

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО



МАТЕРИАЛЫ
V Российской (итоговой) научно-практической
конкурс-конференции студентов и молодых ученых
«АВИЦЕННА—2014»,
посвященной 135-летию со дня рождения
Н. И. Горизонтова

Т о м I

НОВОСИБИРСК
2014

УДК 61(063)
ББК 5
А-20

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, профессор *М. Ф. Осипенко*
д-р мед. наук, профессор *А. П. Надеев*
д-р мед. наук, профессор *В. Г. Кузнецова*

А20 Материалы V Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна–2014» : в 2 т. — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2014. — Т. 1. — 446 с.

Настоящий сборник включает тезисы докладов V Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава РФ, а также научных центров и научно-исследовательских институтов СО РАН г. Новосибирска, вузов г. Новосибирска, Москвы, Санкт-Петербурга, Курска, Самары, Владивостока, Хабаровска, Архангельска, Ижевска, Улан-Удэ, Омска, Томска, Барнаула, Кемерово, Читы, Кыргызстана, Казахстана и Украины. Представленные работы тесно связаны с научной тематикой кафедр и лабораторий, содержат фрагменты перспективных научных разработок в различных областях медицины.

Знакомство с материалами сборника будет полезно студентам, аспирантам, и клиническим ординаторам, преподавателям, а также практическим врачам всех специальностей.

УДК 61(063)
ББК 5

© НГМУ, 2014



Николай Иванович ГОРИЗОНТОВ
(1879 – 1949)

Профессор, заслуженный деятель
науки РСФСР, заведующий кафедрой
акушерства и гинекологии НГМИ
(1936-1949)

почетный профессор НГМУ

*Николаева И.И.,
Шамовская-Островская С.Г.,
Вишневский С.О.*

Николай Иванович Горизонтов родился 11 мая (29 апреля по старому стилю) 1879 года в Казани в многодетной семье преподавателя русского языка и гражданской истории. Отец, Иоанн Тимофеевич Горизонтов в 1898 году принял сан священнослужителя, став настоятелем Петропавловского собора и преподавателем Казанской духовной семинарии. Родители прочили и своему сыну духовную карьеру, отдав его сначала в Казанское духовное училище, а затем в духовную семинарию, которую Николай Иванович окончил в 1899 году.

Однако вопреки воле отца на свои скромные сбережения Николай поехал в г. Дерпт (затем Юрьев, ныне Тарту, Эстония) и в 1899 году поступил на медицинский факультет университета. В те годы Дерптский университет считался центром передовой науки. В нем преподавали видные ученые с мировыми именами. Николай Иванович с головой ушел в учебу. Однако финансовой поддержки из дома не было, и в 1902 году он был вынужден перевестись с 4-го курса на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1904 году, получив звание лекаря с отличием.

Еще в годы учебы Николай Иванович состоял в студенческом научном кружке и занимался исследованиями на кафедре акушерства и гинекологии. По окончании университета ему было предложено продолжить свое образование в акушерско-гинекологической клинике Казанского университета, которой руководил профессор Викторин

Сергеевич Груздев, известный акушер того времени, чье имя носит эта клиника и поныне. Два года Николай Иванович работал в качестве сверхштатного, а с 1906 года – штатного клинического ординатора. За время он стал прекрасным хирургом акушером-гинекологом, освоив большинство хирургических вмешательств в акушерско-гинекологической практике и все известные тогда способы консервативного лечения. Тогда же Н.И. Горизонтов начал работать над диссертацией. Уже в 1906 году вышла из печати его первая научная работа «К вопросу о первичном раковом перерождении дермоидных кист яичника», опубликованная в 15-ом и 16-ом номерах «Врачебной газеты» за 1906 год.

По предложению В.С. Груздева с 1908 года Н.И. Горизонтов для завершения диссертационной работы занял место лаборанта кафедры акушерства и гинекологии Казанского университета. Здесь он активно занимался как научной, так и клинической деятельностью, несмотря на сложное материальное положение. Николай Иванович вспоминал: «Отец умер в 1908 году. Так как он материально не был обеспечен и содержал свою семью (10 человек детей) на заработки, то после его смерти на мою долю, как старшего сына в семье, выпала обязанность оказывать существенную материальную помощь матери, двум братьям и трем сестрам, которые еще не успели закончить своего образования».

Еще до завершения работы над диссертацией Н.И. Горизонтовым был опубликован целый ряд научных трудов, напечатанных в различных медицинских журналах (русских и немецких). Труды были разнообразны по методике выполнения и относились к различным областям гинекологии и акушерства. Основным же направлением его исследований стало изучение вторичной бугорчатки женских половых органов. Собранные и обобщенные результаты исследования на эту тему легли в основу первой монографии Н.И. Горизонтова «Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов». В 1909 году эта работа была полностью опубликована на 257 страницах текста с иллюстрациями, таблицами.

Эта монография Николая Ивановича представляла собой отчасти патолого-анатомическое, отчасти экспериментально-бактериологическое исследование. В ней были детально рассмотрены механизмы развития, проявления, особенности течения и лечения туберкулезного поражения женских половых органов. В отечественной литературе это была первая солидная работа по указанной теме. После

публичной защиты этой работы в 1909 году Николай Иванович Горизонтов был удостоен степени доктора медицинских наук. Высокую оценку диссертационной работе Н.И. Горизонтова дали не только его научный руководитель, профессор В.С. Груздев, но и видные специалисты акушерства и гинекологии из других клиник России и ряда зарубежных стран, которые впоследствии ссылались в своих работах на исследования Н.И. Горизонтова.

Материалы проведенных им исследований в течение последующих трех лет публиковались в ряде русских и зарубежных изданий. Помимо этого капитального труда в последующие годы Николай Иванович опубликовал еще целый ряд важных работ, в том числе «К вопросу об аденомиомах рукава», «К вопросу о глубоких диффузных разрастаниях слизистой матки в толщу миометрия в «Журнале акушерства и женских болезней» (1909, 1911).

В 1909 году Н. И. Горизонтов вынужден был переехать в Саратов, куда он был приглашен после защиты докторской диссертации. В своей автобиографии Николай Иванович так объяснял это решение: «Причиной перехода из Казани на службу в Саратов были мотивы материального характера: потребность иметь больший заработок в связи с необходимостью помогать матери, братьям и сестрам после смерти отца».

В течение двух последующих лет Николай Иванович заведовал городской гинекологической лечебницей Саратова, по совместительству работая в 1910-1911 годах сверхштатным прозектором на кафедре физиологии Саратовского университета. Работа в физиологической лаборатории этого университета давала ему возможность продолжать заниматься научными исследованиями. Так, например, он изучал влияние экстрактов из плаценты на образование молока в молочных железах. Именно в этот период его деятельности вышел труд «К вопросу об отношении плаценты к функции грудной железы и о влиянии экстрактов плаценты на молочную секрецию» (1912).

В 1911 году у Николая Ивановича появилась возможность снова вернуться в акушерско-гинекологическую клинику Казанского университета, где он продолжал работать до 1917 года. Николай Иванович вспоминал: «Мотивом для перехода из Саратова в Казань в акушерско-гинекологическую клинику было желание посвятить себя научно-преподавательской и лечебной деятельности в области акушерства и гинекологии, к тому же мои младшие братья и сестры подросли и начали жить самостоятельно».

Придя на должность штатного ассистента, уже в 1912 году он стал приват-доцентом и в течение последующих пяти лет принимал деятельное участие в научно-педагогической работе старейшей клиники. Николай Иванович Горизонтов читал «частный демонстративный курс женских болезней и практический курс наиболее распространенных акушерских операций на фантоме», вел отдельные курсы по гинекологии и акушерству, выполнял ряд работ по специальности биологического и эндокринологического характера.

В стенах Казанской акушерско-гинекологической клиники Николай Иванович получил основательную подготовку, как в клинической области, так и по линии лабораторно-экспериментальных методов исследования в акушерско-гинекологической специальности. В эти годы он стал автором работ, освещавших актуальные вопросы в гинекологии: об эндометриозных гетеротопиях, о ложной эклампсии («К вопросу об псевдоэклампсии», 1912), о патогенезе ложного слизевика брюшины («Об одном редком случае ложного слизевика брюшины – pseudomuxoma peritonei», 1916) и др.

В Казани в 1912 году Н.И. Горизонтов женился вторым браком на Вере Алексеевне Малютиной. От первого брака имел дочь Ирину (1908 г.р.), от второго – дочь Татьяну (1914 г.р.).

В Казани Николай Иванович продолжал интенсивные научные исследования. Богатая клиническая практика дала ему материал для публикации статей с интересными и редкими клиническими наблюдениями. В начале 1914 года по совету В.С. Груздева он был командирован в Германию «...познакомиться с постановкой дела гинекологической рентгенотерапии и радиотерапии в германских акушерско-гинекологических клиниках...» для изучения возможностей применения рентгеновских лучей в диагностических и лечебных целях у гинекологических больных. Николай Иванович пробыл там 7 месяцев, успел посетить Фрайбургскую клинику профессора Георга Креннига, где выполнил ряд любопытных наблюдений. Однако в связи с начавшейся Первой Мировой войной он был вынужден оставить эту работу и вернуться в Казань.

«В 1914 году в Казанской акушерско-гинекологической клинике было начато лечение амбулаторных больных рентгеновскими лучами. Лечению подверглись 11 больных, страдавших раком матки, у которых, в общей сложности, было произведено 136 сеансов рентгенизации. С началом Первой Мировой войны этот новый тогда вид лечения

амбулаторных больных пришлось временно прекратить вследствие невозможности получения рентгеновских трубок».

В 1916 году Н.И. Горизонтов участвовал в конкурсе на замещение вакантной должности профессора по кафедре акушерства и гинекологии в Томском университете, которую возглавлял профессор Иван Николаевич Грамматикати, виднейший акушер-гинеколог России. Конкурсная комиссия под его председательством, ознакомившись с делами пяти кандидатов, признала наиболее достойной кандидатуру Николая Ивановича. 24 мая 1917 года Н.И. Горизонтов был утвержден, согласно избранию, экстраординарным профессором акушерско-гинекологической клиники университета и переехал в Томск. В том же году в связи с тяжелой болезнью профессор И.Н. Грамматикати был вынужден оставить заведование кафедрой в Томском университете. Ее возглавил Н.И. Горизонтов. Так, вплоть до 1932 года продолжался томский период в жизни Н.И. Горизонтова.

С самого начала работы в Томском университете Николай Иванович продолжил традиции кафедры, заложенные И.Н. Грамматикати, в том числе по руководству студенческим научным кружком при кафедре, организованным еще в 1912 году, а также пополнению кафедрального патологоанатомического музея. В 1927 году в «Сибирском архиве теоретической и клинической медицины», членом редакционного совета которого был Николай Иванович, он опубликовал большую статью, посвященную памяти его предшественника по кафедре профессора И.Н. Грамматикати.

За это время Н.И. Горизонтов подготовил большое количество специалистов в области акушерства и гинекологии. С первых лет работы в Томске у него сложились тесные деловые связи с профессорами В.М. Мышом, П.В. Бутягиным, А.А. Боголеповым, М.Г. Курловым, работавшими тогда в Томском университете.

Николай Иванович на протяжении 15 лет возглавлял кафедру акушерства и гинекологии Томского университета, одновременно совмещая с этой работой должность консультанта Западно-Сибирского бальнеофизио-терапевтического института (ныне Томский НИИ курортологии и физиотерапии). Многие годы Николай Иванович в летнее время работал консультантом на курортах озер Карачи и Шира, а позднее и в Белокурихе. Он занимался изучением влияния бальнеологических факторов на течение женских заболеваний, продолжал бактериологические исследования при гинекологической патологии, из-

учал проявления эндометриоза, внедрял использование рентгенодиагностики в гинекологической практике и лучевой терапии опухолей.

Благодаря усилиям Николая Ивановича Горизонтова Томск стал центром акушерско-гинекологической помощи больным сибирского региона. Еще в 1920 году он организовал здесь гинекологическую больницу (ныне родильный дом имени Семашко), ставшей одной из основных баз его кафедры. Николай Иванович стал также инициатором открытия женской консультации в Томске.



В 1926 году возникла острая потребность в повышении квалификации практических врачей в регионе, и для этого было принято решение открыть специальный институт, который был создан при Томском университете в 1927 году и стал называться Государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ). Николай Иванович вместе с профессорами М.Г. Курловым, В.М. Мышом, А.А. Боголеповым, П.В. Бутягиным, А.Н. Зиминным и другими одним из первых приступил к работе в этом институте.

Первоначально Николай Иванович своей основной работой выбрал медицинский факультет Томского университета, по совместительству заведую кафедрой акушерства и гинекологии ГИДУВа до 1929 года. Когда в 1930 году встал вопрос о переводе института усо-

вершенствования врачей в Новосибирск, на должность заведующего кафедрой акушерства и гинекологии ГИДУВа был избран профессор С.Г. Быков, который, проработав в этой должности всего год, оставил Томск. Таким образом, в 1931 году кафедра акушерства и гинекологии ГИДУВа, переехавшая в Новосибирск, оказалась без руководителя.

В 1932 году Н.И. Горизонтову, наконец, удалось передать свою кафедру в Томске в уже отделившемся от университета медицинском институте своему преемнику – профессору М.К. Бутовскому. Только в сентябре Николай Иванович смог присоединиться к своим коллегам в Новосибирске, возглавив на новом месте кафедру акушерства и гинекологии института усовершенствования врачей. Так начался новосибирский период в жизни Н.И. Горизонтова.

Уже в первые годы работы в Новосибирске тесные узы дружбы связали Николая Ивановича с приехавшим из Ленинграда молодым профессором Александром Леонидовичем Мясниковым. Вместе они стали научными консультантами курорта Белокуриха, выполняя там различные научные исследования. Поддерживались и самые тесные связи Николая Ивановича с казанской школой акушеров-гинекологов и с его томскими учениками и последователями.

Вскоре и в Новосибирске профессор Н.И. Горизонтов приобрел огромный авторитет и уважение как среди врачей, так и среди пациентов. Он брался за самые серьезные операции в области акушерства и гинекологии и, как правило, блестяще выполнял их. Как томская, так и новосибирская школа акушеров-гинекологов, возглавляемая профессором Н.И. Горизонтовым, славились своим основательным подходом к вопросам асептики и антисептики, бережным отношением к больным. Это обеспечивало, прежде всего, хорошие результаты лечения и, с другой стороны, формировало высокий авторитет клиники профессора Н.И. Горизонтова далеко за пределами Новосибирска. Нередко к нему направляли на консультации и операции больных из разных регионов Сибири, в частности из Кузбасса. Николай Иванович и сам неоднократно выезжал в другие города. Там он проводил консультации и операции больных, читал циклы лекций для врачей.

В 1935 году вышел сборник научных работ ГИДУВа в г. Новосибирске, посвященный 30-летию научно-врачебной деятельности профессора Н.И. Горизонтова. В предисловии сборника, ответственным секретарем которого был директор института И.Х. Лившиц, а ответственным секретарем – доцент кафедры акушерства и гинекологии ГИДУВа А.К. Шарнин, говорилось: «...Государственный институт

усовершенствования врачей, имея в лице Николая Ивановича опытного педагога и авторитетного научного деятеля, руководителя одной из ведущих кафедр, выражает твердую уверенность, что он и впредь будет с прежней бодростью и энергией успешно ковать крепкие молодые врачебно-научные кадры, передавая им свои знания, опыт, воспитывая их в духе основ советской медицины и увлекая их энтузиазмом научно-творческого труда».

Профессор В.С. Груздев в статье из этого же сборника отмечал, что «даже из краткого перечня печатных трудов профессора Н.И. Горизонтова можно видеть, какой крупный вклад был им сделан в отечественную науку и литературу по акушерству и гинекологии... Продолжая до сих пор сам энергично работать на научно-литературном поприще, Николай Иванович с успехом руководит и деятельностью в этой области своих учеников». Действительно, в вышедшем сборнике было представлено значительное число работ учеников Николая Ивановича, в частности – интерна Л.И. Гранат, доктора Н.М. Гетман-Сычевой, ординатора Р.И. Мовшович, ассистента Л.А. Орлова, доцента А.К. Шарнина и многих других. Н.И. Горизонтова не случайно считают основателем многих акушерско-гинекологических учреждений Западной Сибири, а врачей акушеров-гинекологов этого обширного края – его учениками, так как практически все акушеры-гинекологи Сибири того времени прошли самую серьезную подготовку у Николая Ивановича Горизонтова.

Осенью 1935 года на базе Новосибирского ГИДУВа был создан Новосибирский государственный медицинский институт (НГМИ). Одновременно Н.И. Горизонтов возглавил созданный в 1935 году Новосибирский филиал Всероссийского научного общества акушеров и гинекологов.

В 1936 году в Заельцовском районе Новосибирска был открыт акушерский корпус окружной больницы (ныне родильный дом городской клинической больницы № 1), в котором было развернуто 30 гинекологических и 30 акушерских коек. Руководителем этой клиники стал профессор Н.И. Горизонтов. На базе клиники в 1936 году в НГМИ была создана кафедра акушерства и гинекологии, где Николаю Ивановичу предложили также занять должность заведующего по совместительству. «Такое совместительство, – отмечал Н.И. Горизонтов, – вызывается тем обстоятельством, что акушерско-гинекологическая клиника ГИДУВа является в то же время базой для кафедры акушерства и гинекологии мединститута».

Обе кафедры стали работать на одной базе, что давало возможность оказывать взаимопомощь и взаимозаменяемость преподавателей. Это обеспечивало слаженную работу обоих коллективов и формирование единых подходов в лечебно-диагностической работе. Первый состав кафедры акушерства и гинекологии НГМИ состоял всего из четырех человек – заведующего кафедрой, профессора Николая Ивановича Горизонтова, доцента Алексея Константиновича Шарнина, и двух ассистентов – Анны Сергеевны Кузьминой и Софьи Давыдовны Левиной.

Николай Иванович Горизонтов одновременно с работой в ГИДУВе и НГМИ проводил большую работу по развитию акушерско-гинекологической службы в Новосибирске и Западно-Сибирском крае. Уже с января 1936 года он стал руководителем краевого кабинета охраны материнства, а также уполномоченным Народного комитета здравоохранения РСФСР по распространению и внедрению обезболивания родов в Западно-Сибирском крае. «Работа эта проводится мною с привлечением врачей акушерско-гинекологической клиники путем широкого применения обезболивания в самой клинике и также путем докладов, лекций, выступлений по радио и в печати» – отмечал Николай Иванович. В частности в 1936 году, в газете «Советская Сибирь» была опубликована статья «Обезболивание родов», и в этом же году им был сделан доклад на съезде врачей Западно-Сибирского края «Обезболивание родов (литературный обзор)».

Много энергии и сил отдавал Н.И. Горизонтов вопросам организации бальнеологического лечения женских заболеваний. Почти все основные грязевые курорты Западно-Сибирского края были изучены им с точки зрения их природных богатств и возможностей наилучшего использования их в деле лечения гинекологических заболеваний. В результате этой многолетней деятельности Н.И. Горизонтов опубликовал множество так называемых бальнеологических работ и клинических наблюдений, как в сборниках, так и в периодической печати. Они затрагивали организационные вопросы грязелечения женских заболеваний на сибирских курортах и внедрение новых методов грязевой терапии. В частности было изучено применение вагинального метода («Опыт вагинального применения грязи озера Карачи при женских болезнях», 1926). Позже в Новосибирске он начал изучать вопросы использования радиоактивных вод курорта Белокуриха в гинекологии. Его с полным правом считают основоположником грязелечения гинекологических больных.

В 1937 году Николай Иванович попал в число «подозрительных лиц» во время известных сталинских репрессий, так как он был сыном священнослужителя, учился в Дерпте, в 1914 году был в Германии, а также был знаком с рядом профессоров, которые первыми подверглись политическим репрессиям в вузе. Однако Николаю Ивановичу удалось избежать ареста и дальнейших преследований, и он продолжил свою научную работу в ГИДУВе и НГМИ.

В 1939 году в ГИДУВе и НГМИ вновь отмечался юбилей Николая Ивановича. В свет вышел очередной сборник, посвященный 35-летию научно-педагогической деятельности профессора Н.И. Горизонтова. Ответственным редактором был профессор А.А. Боголепов, а ответственным секретарем – доцент Л.К. Шарнин. Сборник вновь открывало обращение к Николаю Ивановичу от редакции: «Глубокоуважаемый и дорогой Николай Иванович! В ознаменование Вашей 35-летней врачебной, педагогической, научной и общественной деятельности Ваши сотрудники, друзья, товарищи и ученые по совместной с Вами в прошлом и настоящем работе просят Вас принять этот посвященный Вам сборник, как выражение общего, объединяющего их чувства дружбы, любви, благодарности и уважения к Вам. Один из питомцев школы профессора В.С. Груздева – выдающегося деятеля русской акушерско-гинекологической науки, Вы с честью прошли свой 35-летний путь – путь чуткого и внимательного к интересам больных врача, тонкого диагноста и мастера хирурга, путь опытного педагога, умело преподававшего свои обширные знания тысячам врачей, прошедших Вашу клинику, путь научного исследователя, в своих работах осветившего целый ряд важных вопросов своей специальности. Ваш вдумчивый и исчерпывающий анализ показаний к хирургическому лечению гинекологических больных, всегда доверчиво вверявших Вам свое здоровье и жизнь. Ваша педантично тщательная техника оперирования и успешные результаты Ваших трудов снискали Вам заслуженную известность и славу среди населения, учащихся и врачей обширной Сибири. Все наиболее сложные и запущенные случаи гинекологической и акушерской патологии стекаются в Вашу клинику, где Вы показываете образцы оперативного мастерства. Ваше умение успешно проводить большую и многообразную работу врача-педагога-ученого и общественная деятельность являются наглядным и поучительным примером для воспитываемых Вами поколений молодых и будущих врачей. Желаем Вам от души, дорогой Николай Иванович, продолжать еще долгие годы делиться своим огромным клини-

ческим опытом с младшими Вашими товарищами, учениками и учащимися и на многие годы сохранить силы и энергию, неся их на оздоровление счастливой советской женщины».

В указанном сборнике были приведены статьи профессоров А.А. Боголепова (Новосибирск), М.К. Бутовского (Томск), Ю.А. Лейбчика (Свердловск). П.В. Маненкова и ассистента Л.С. Персианинова – будущего академика и директора Центрального НИИ акушерства и гинекологии (Казань), а также сотрудников клиник Н.И. Горизонтова и других клиник Новосибирского ГИДУВа и медицинского института, его учеников из разных мест.



Годы Великой Отечественной войны были очень тяжелыми и напряженными. Николай Иванович продолжал работать и в ГИДУВе и в мединституте, не взирая на довольно солидный возраст. Кроме этого он был консультантом ряда эвакогоспиталей в г. Новосибирске, выезжая на консультации больных и для оказания помощи при оперативных вмешательствах и в другие города региона. Дорога в его клинику была хорошо знакома как врачам, так и больным.

Во время войны, когда под госпиталь был отдан акушерский корпус клинической больницы № 1, клиника кафедры акушерства и гинекологии ГИДУВа и медицинского института под руководством профессора Н.И. Горизонтова переехала в родильный дом № 1 на улицу Коммунистическая, 17. Только в 1946 году кафедра вернулась на

свое прежнее место, но связь с роддомом № 1 не прерывалась. После прошедшего в ноябре 1946 года городского съезда акушеров, посвященного организации акушерско-гинекологической службы в Новосибирске, Н.И. Горизонтовым и сотрудниками кафедры были прочитаны лекции для акушеров роддома.

Несмотря на военное время, продолжалась работа и Новосибирского филиала Всероссийского научного общества акушеров и гинекологов, во главе которого стоял Н.И. Горизонтов. Николай Иванович неоднократно выступал на заседаниях общества, на одном из которых, в частности, им был сделан доклад «Младенческая смертность по акушерско-гинекологическим учреждениям г. Новосибирска, ее анализ и меры борьбы».

Николай Иванович Горизонтов умер 29 апреля 1949 года в Новосибирске в возрасте 70 лет, оставив после себя блестящую сибирскую школу акушеров-гинекологов и добрую память в сердцах потомков.

Всю жизнь профессор Н.И. Горизонтов занимался поиском новых методов диагностики и лечения гинекологических заболеваний. Он уделял большое внимание бактериологическим исследованиям и эндокринологии в гинекологии, изучал механизмы развития, проявления, особенности течения и лечения туберкулезного поражения женских половых органов, написав первую в отечественной литературе серьезную работу по указанной теме. Ему удалось внедрить новые в те годы методы рентгенодиагностики и рентгенотерапии доброкачественных и злокачественных новообразований женской половой сферы. При изучении влияния бальнеологических факторов сибирских курортов им были научно обоснованы и внедрены методы вагинального грязелечения и применение радоновых ванн в гинекологии.

Н.И. Горизонтовым написано более 95-ти научных работ, в том числе 4 монографии, а также ряд статей в Большой медицинской энциклопедии: статья «Кольпотомия» (1929) и «Туберкулез фаллопиевых труб» (1935). Николай Иванович участвовал в качестве соавтора первого русского капитального труда «Руководство по женским болезням», изданного в Москве под редакцией Л.А. Кривского, написав для него раздел заболеваний наружных половых органов женщины. Он был соавтором и редактором конспекта «Терапевтический справочник по акушерству и гинекологии» для студентов медицинских вузов, пользовавшийся в те годы большой популярностью.

Н.И. Горизонтов много лет являлся соредактором единственного в то время специального журнала акушеров-гинекологов СССР «Журнал акушерства и женских болезней», а также издававшихся в

Сибири «Сибирского медицинского журнала», «Сибирского архива теоретической и клинической медицины» и «Сибирского клинко-профилактического журнала».

Под его руководством выполнены докторская диссертация доцента А.К. Шарнина, кандидатские диссертации доцентов А.С. Кузьминой и М.С. Фролова. За свою многолетнюю педагогическую деятельность он подготовил не одну тысячу врачей, став основателем сибирской школы гинекологов.

Николая Ивановича Горизонтова по праву можно считать самым выдающимся акушером-гинекологом в Сибири. Он – крупнейший клиницист и ученый, виртуозный хирург и блестящий диагност, талантливый педагог и лектор, чуткий и обаятельный человек. В оперативном лечении мочеполовых свищей, одном из самых трудных разделов оперативной гинекологии, Н.И. Горизонтов почти не имел неудач. Он был хирургом, с успехом выходившим из самых сложных, казалось, безнадежных случаев. Он всегда отличался безотказностью и добротой. Это не просто подкупало, но и восхищало всех, кто обращался к нему за помощью.

Как общественный деятель Николай Иванович Горизонтов в разные годы был председателем акушерско-гинекологической секции общества практических врачей Томска, членом правления Всесоюзного общества акушеров-гинекологов, председателем его Новосибирского отделения, членом ученого совета по родовспоможению при Министерствах здравоохранения СССР и РСФСР, являлся депутатом Дзержинского райсовета и депутатом Новосибирского городского Совета, работая в секции здравоохранения.

Николай Иванович был награжден орденом Трудового Красного Знамени (1944), медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1946), отмечен Почетной грамотой Новосибирского городского Совета (1932), Краевого отдела Союза Медсантруд (1934), Новосибирского облисполкома (1939, 1940). Ему было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР», «Почетный профессор НГМУ».



**Константин Владимирович
РОМОДАНОВСКИЙ**
(1889 -1968)

**Профессор, заведующий кафедрой
нормальной анатомии НГМИ
(1948-1964), проректор НГМИ по
научной и учебной части (1948-1953)**

*Николаева И.И.,
Шамовская-Островская С.Г.*

В 2014 г. исполняется 135 лет со дня рождения профессора, заведующего кафедрой нормальной анатомии Новосибирского государственного медицинского института Константина Владимировича Ромодановского.

Константин Владимирович Ромодановский родился 15 июня 1889 года в городе Куйбышеве (ныне Самара) в семье служащего из дворян, которые корнями уходили в род Рюриковичей.

В 1907 году Константин Владимирович поступил на медицинский факультет Казанского университета. Еще, будучи студентом, начиная с 1910 года, он помогал ассистентам в проведении практических занятий, а также начал проводить исследования в области экспериментальной анатомии. Тему научной работы, а также руководство в ее выполнении ему предложил его учитель – выдающийся представитель ленинградской школы анатомов, профессор Владимир Николаевич Тонков, который придавал большое значение эксперименту, исследовал коллатеральное кровообращение, пластичность кровеносных сосудов в различных условиях, кровоснабжение нервов, первым применил рентгеновские лучи для анатомического изучения скелета. За научную работу К.В. Ромодановскому была присуждена золотая медаль. По окончании университета в 1912 году ему было предложено место ассистента (помощника прозектора) на кафедре анатомии (1914 г.).

Во время Первой мировой войны К.В. Ромодановский был мобилизован и в течении всей войны находился в действующей армии.

В Казанский университет удалось вернуться лишь в 1918 году, где он продолжил работать ассистентом кафедры нормальной анатомии до занятия Казани Белой армией. Но судьба забросила его далеко на восток страны.

С октября 1918 по декабрь 1919 года К.В. Ромодановский был вновь мобилизован в качестве военного врача Казанского кавалерийского полка армии Колчака. В конце 1919 года добровольно вместе с группой офицеров и солдат он сдался в плен Красной Армии в Красноярский полк, в котором продолжил службу.

По окончании службы, с начала 1919 по июль 1920 года, К.В. Ромодановский работал заведующим организованной им инфекционной больницей в Красноярске.

В ноябре 1920 года Постановлением Сибревкома было решено открыть в Омске медицинское отделение (на правах факультета) в составе Сибирского ветеринарно-зоотехнического института. В связи с этим возникла необходимость в организации специальной кафедры анатомии человеческого тела (в дополнение к существовавшим в институте кафедрам естественно-биологического профиля). Для этого в Омск был приглашен воспитанник казанской школы морфологов К.В. Ромодановский. В 1921 году ему было поручено на базе этого медицинского отделения организовать самостоятельный Омский медицинский институт. Константин Владимирович, будучи приват-доцентом, стал первым заведующим кафедрой нормальной анатомии, в первые годы работы кафедры, читая лекции и по топографической анатомии и заведую по совместительству кафедрой гистологии (1925-1927). С его именем связано возникновение омской анатомической научной школы. С 1922 по 1929 годы К.В. Ромодановский исполнял обязанности ректора Омского мединститута, был членом правления вуза и при этом занимался преподавательской деятельностью.

В 1927 году К.В. Ромодановскому предоставили длительную научную командировку в Ленинград (в лабораторию академика В.Д. Сперанского) и Германию. В Берлине он посетил лаборатории Кучинского и Кайбеля, а также профессора Люборша.

В 1929 году Константину Владимировичу было присвоено звание профессора. В Омске К.В. Ромодановский стал одним из первых анатомов, заложивших основы функционального подхода к изучению строения тела человека с привлечением онто- и филогенетических принципов для объяснения многих закономерностей его построения. Эти принципы преподавания нормальной анатомии были незыблемыми на протяжении многих лет существования Омского медицинского института (ныне – академии).

В 1931 году К.В. Ромодановский был переведен в Ленинград для участия в организации «медвуза-больницы» на базе бывшей детской Выборгской больницы, который позднее был преобразован в педиатрический институт (ныне – Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет). В 1932 году он был избран заведующим кафедрой нормальной анатомии этого института. Понадобилась исключительная настойчивость профессора К.В. Ромодановского и всего сравнительно неболь-

шого в то время коллектива, чтобы в короткий срок подготовить всё необходимое для начала учебных занятий и научных исследований. В это время вышла его работа «Способ приготовления сухих анатомических препаратов» (1937). Здесь до 1941 года он был не только заведующим кафедрой, но и заместителем директора (проректором) по организации вуза, заведующим учебной частью, деканом, ученым секретарем совета института, председателем государственной экзаменационной комиссии.

В начале Великой Отечественной войны часть преподавателей Ленинградского педиатрического института были мобилизованы в армию, часть – эвакуировались вместе с профессором К.В. Ромодановским в Сталинабад (ныне – Душанбе). В 1941 году он возглавил кафедру нормальной анатомии Сталинабадского медицинского института. В это же время в течение четырех месяцев в 1942 году он исполнял обязанности директора этого института, а с апреля по июнь 1942 года заведовал кафедрой топографической анатомии по совместительству.

В декабре 1942 года К.В. Ромодановский был переведен в Барнаул в Астраханский медицинский институт (ныне – академия), который был туда эвакуирован во время войны. С 1943 по 1948 годы он заведовал кафедрой нормальной анатомии, совмещая эту работу с заведованием кафедрой гистологии (1944). Здесь он продолжал заниматься исследованием лимфатической системы и изучением функциональной анатомии.

В 1948 году Константин Владимирович Ромодановский был назначен заведующим кафедрой нормальной анатомии Новосибирского государственного медицинского института. С этого момента начался настоящий расцвет научной и педагогической деятельности профессора К.В. Ромодановского. Он стал вторым руководителем кафедры после доцента-анатома Апполинария Иннокентьевича Казанцева, научные исследования при котором были посвящены анатомии периферической нервной системы. С приходом профессора К.В. Ромодановского на кафедре сразу заметно изменился характер учебно-методической работы кафедры, которая приобрела ярко выраженную научную основу. Он был бессменным руководителем СНО.

К.В. Ромодановский организовал новый учебный музей кафедры, рентгеновскую установку, макро- и микроанатомические лаборатории, изложив этот опыт в своих работах «Некоторые методы применяемые при макро- и микроскопическом исследовании» (1957) и «О монтаже препаратов учебного музея по нормальной анатомии» (1958).

Под руководством К.В. Ромодановского изменилось и направление научных исследований кафедры. Он умело вовлек весь коллектив кафедры в разработку единой проблемы – анатомии и физиологии лимфатической системы, интерес к которой проявился у него еще в 30-е годы. Ядро кафедры на тот момент составили преподаватели из числа выпускников НГМИ (В.А. Морозова, Ю.И. Бородин, А.М. Шурина, С.Г. Колаева, Б.Н. Степанов, Л.В.

Пупышев, Е.Д. Коновалов, Э.С. Богатина, Г.В. Томчик). К концу 50-х - началу 60-х годов научные интересы молодого коллектива кафедры в большей степени концентрировались вокруг изучения морфофункциональных преобразований лимфатического русла в различных функциональных и экспериментально-патологических условиях. К разработке новой проблемы были привлечены также сотрудники кафедры старшего поколения (Ю.С. Яковлева, К.Г. Реминная, В.М. Скорицкая, В.Д. Пономарева, Т.Я. Одынец, Н.А. Минаева, М.М. Собстель). К.В. Ромодановский одним из первых отечественных анатомов начал изучать функциональный подход к изучению лимфатической системы и создал новое научное направление - функциональная морфология лимфатической системы. Его научные идеи по функциональным взаимоотношениям между кровеносной и лимфатической стали основой для сибирской научной школы.

В работах К.В. Ромодановского, Н.А. Минаевой, К.Г. Реминной, Б.Н. Степанова, Е.Д. Коновалова, Ю.И. Бородина было показано, что лимфатическая система имеет множественные связи между подпаутинным пространством спинного мозга и периферическими лимфоциркуляторными структурами. Это были новые факты, позволяющие предполагать наличие тесных функциональных, а, возможно, и анатомических связей между ликвороносными и лимфатическими путями в организме. Установленная связь лимфатического русла небных миндалин с лимфатическими сосудами средостения давала возможность исследователям объяснить патогенез ряда воспалительных заболеваний сердца как результат лимфогенного распространения инфекции из области миндалин в средостение при хроническом тонзиллите («Пути оттока лимфы от миндалин кролика», 1958). Кроме того, в 50-е годы в НГМИ некоторые кафедры института были объединены для изучения вопросов ревматизма, который тогда относился к числу важнейших проблем медицины. В рамках изучения этой патологии у К.В. Ромодановского вышла работа «Новые данные анатомии лимфатической системы, подтверждающая теорию лимфогенного пути распространения вируса ревматизма (1958).

Особое место в изучении иннервации лимфатических узлов принадлежит работе ученика К.В. Ромодановского Юрия Ивановича Бородина «Иннервация подколенных лимфатических узлов кошки и влияние нервов на ток жидкости через узел», которая была защищена им как кандидатская диссертация в 1956 году. Работа стала своеобразным рубежом, от которого начался отсчет новых научных разработок на кафедре. Это исследование означало поворот к оригинальной оценке роли лимфатической системы в механизмах периферической циркуляции жидкости в организме.

В 1964 году Ю.И. Бородин сменил своего учителя и стал заведующим кафедрой нормальной анатомии. Он продолжил заниматься изучением функциональной анатомии лимфатической системы, начатое его учите-

лем, перейдя от описательной анатомии лимфатической системы к экспериментальной лимфологии.

К.В. Ромодановский с 1964 года перешел на должность научного консультанта кафедры, и оставался им до последних дней своей жизни. Константин Владимирович Ромодановский умер 8 февраля 1968 года.

Профессор К.В.Ромодановский был автором многих научных трудов по различным актуальным вопросам анатомии, представляющим серьезный научный интерес. Его перу принадлежат работы по кровоснабжению покровов головы, по биодинамике человека, по соединению костей плечевого пояса. Одна из главных тем – исследование различных отделов лимфатической системы и связи ее с подбололочными пространствами головного и спинного мозга («Об анатомической связи подбололочных пространств головного и спинного мозга с лимфатической системой» (1927), Характер отложения туши в лимфатических узлах при однократном введении ее в субарахноидальное пространство» (1929).

За заслуги в области научно-педагогической деятельности и развития здравоохранения, многолетнюю плодотворную деятельность профессор К.В. Ромодановский был награжден орденом Ленина (1953), многими медалями, в том числе «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945», удостоен знака «Отличнику здравоохранения» (1956).



К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЮРИЯ ИВАНОВИЧА БОРОДИНА

*Николаева И.И.,
Шамовская-Островская С.Г.,
Елясин П.А., Надеев А.П.*

Юрий Иванович Бородин родился 22 марта 1929 г. в Благовещенске Амурской области, в семье служащих. В 1941 г. семья эвакуировалась в Новосибирск, где Юрий получил среднее образование в школе № 57. В 1947 г. он поступил в Новосибирский государственный медицинский институт, который окончил с отличием в 1953 г., получив специальность «врач-лечебник». Сразу после окончания вуза Юрий Иванович остался в аспирантуре при кафедре нормальной анатомии НГМИ (ныне кафедра анатомии человека). Его руководителем стал заведующий этой кафедрой, профессор Константин Владимирович Ромодановский, известный своими анатомо-физиологическими исследованиями в области лимфологии.

Так, опыт, приобретенный еще на студенческой скамье, помог Юрию Ивановичу в работе над диссертацией на тему «Иннервация подколенного узла кошки и влияние нервов на ток жидкости через узел», посвященной изучению влияния нервов на лимфоток через лимфоузлы в эксперименте, которую он успешно защитил в 1956 г. Работа над кандидатской диссертацией стала одним из первых серьезных исследований, способствовавших созданию новой современной науки – функциональной лимфологии. С этого момента началась и педагогическая деятельность Ю.И. Бородина – он стал преподавать анатомию в вузе, быстро пройдя путь от ассистента (1956-1959) до доцента (1959-1962). В 1964 г., после ухода с заведования кафедрой нормальной анатомии мединститута К.В. Ромодановского, его ученик Юрий Иванович Бородин возглавил кафедру, оставаясь в этой должности до 1989 г.

Большой цикл работ Юрия Ивановича и его учеников были посвящены изучению взаимоотношений между двумя дренажными системами организма: венозной и лимфатической. Сочетание деятельности этих путей циркуляции жидкостей, особенностей структуры их в различных условиях ста-

ли предметом многолетних исследований Ю. И. Бородин. Результатом этих исследований в 1969 г. стала докторская диссертация по функциональной анатомии венозного и лимфатического русел в нормальных условиях гемодинамики и при венозном застое на тему: «Анатомо-экспериментальное исследование лимфатических путей и вен в нормальных условиях гемодинамики и при венозном застое». Через год после защиты докторской диссертации Ю.И. Бородин получил звание профессора. Так был сделан шаг от фундаментальной морфологии к следующему уровню науки о лимфатической системе – экспериментальной лимфологии.

Наряду с научной и педагогической деятельностью Ю.И. Бородин активно занимался организационной деятельностью в вузе. В сентябре 1970 г. он был назначен проректором НГМИ по учебной работе, а с 1971 по 1980 гг. руководил Новосибирским медицинским институтом в должности ректора. За время руководства Ю.И. Бородиным НГМИ вуз стал одним из десяти ведущих институтов в стране по своему положению и значимости.

Продолжало развиваться взаимовыгодное сотрудничество НГМИ с Сибирским филиалом АМН СССР, открытым в 1971 г. на базе вуза. В 1980 г. Юрий Иванович возглавил Сибирское отделение АМН СССР, оставаясь в этой должности до 1989 г. В марте 1983 г. Юрий Иванович был избран вице-президентом АМН СССР. Занимая эти должности, он показал себя талантливым организатором науки. В Сибирском отделении в этот период помимо 4-х действовавших было создано еще 15 новых институтов.

Тогда же была создана лаборатория клинической и экспериментальной лимфологии, затем переросшая в отдел, который в 1990 г. возглавил Ю.И. Бородин. В 1991 г. этот отдел был преобразован в первый в мире научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (НИИКиЭЛ). Директором этого института Юрий Иванович оставался до 2004 г., превратив его в многопрофильное научное учреждение, объединяющее вокруг лимфологической тематики анатомов, гистологов, иммуноморфологов, патоморфологов, патофизиологов, фармакологов, биохимиков, биофизиков, клиницистов разного профиля (хирурги, терапевты, акушеры-гинекологи).

Выдвинутая им концепция «лимфатического региона» представила теоретическую основу для разработки методов лимфосанации – целенаправленная лимфостимуляция, лимфопротекция и лимфокоррекция – лимфопротезирование. Клиническое применение этих методов и эффективной схемы многоуровневой многокомпонентной лимфодетоксикации расширило возможности лимфотропной терапии и хирургии при лечении ряда заболеваний воспалительного, обменного и эндокринного характера. Им были сформулированы новые концептуальные представления о механизме саногенного действия природных и искусственных сорбентов. Было установлено, что сорбционный материал не только сам обладает детоксикационным действием, но и, являясь синергистом, играет роль лимфопротекторного фактора, сохраняя тем самым дренажно-детоксикационную возможность регио-

нарных лимфатических структур. Идея такого функционального синергизма лимфатических структур и сорбирующих веществ послужила теоретической предпосылкой формирования концепции лимфопротезирования и, в конечном счете, создания биомодели лимфатического узла, успешно примененного при лечении воспалительных заболеваний в хирургической и гистологической практике. Применение разработанных методов позволило снизить летальность, сроки лечения, уменьшить количество вводимых препаратов при различной патологии и повысить качество жизни пациентов.

Работы Юрия Ивановича Бородина в области экспериментальной и клинической лимфологии широко известны у нас и за рубежом. Он автор более 600 научных публикаций, в том числе около 30 монографий. Ю.И. Бородин являлся заместителем Председателя Всесоюзного общества анатомов, гистологов и эмбриологов, где он координировал научные работы областных отделений этого общества в Сибири. Был членом международного номенклатурного анатомического комитета и болгарского общества анатомов, Председателем научного совета АМН СССР по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера, членом совета по высшей школе при министерстве здравоохранения СССР, членом экспертного совета ВАК, Председателем Совета ректоров Новосибирских вузов.

В 2000 г. за большой вклад в развитие концепции оздоровления населения с позиции профилактической и клинической лимфологии Юрию Ивановичу Бородину было присвоено звание Почетного жителя города Новосибирска.

Ю.И. Бородин продолжает преподавать на кафедре анатомии человека, является членом Ученого совета и Председателем попечительского совета НГМУ, а также Председателем ассоциации выпускников НГМИ-НГМА-НГМУ. Юрий Иванович - замечательный лектор и умеет один и тот же материал подавать с разных точек зрения, доступно говорить о сложных проблемах с любой аудиторией, начиная с членов диссертационного совета и заканчивая студентами.

Юрий Иванович Бородин создал сибирскую школу лимфологов, воспитав целую плеяду учеников и последователей. Заслуги Юрия Ивановича Бородина в развитии фундаментальной лимфологии снискали ему большое уважение и почет, были отмечены государственными наградами.

Академик Юрий Иванович Бородин является одним из ведущих ученых-анатомов в стране и за рубежом по проблемам лимфологии и с неослабевающим интересом продолжает заниматься широким кругом научных проблем, связанных с изучением структуры, функции и патологии лимфатической системы, а также вопросом функционального взаимодействия лимфатической системы с другими органами и системами организма.



К 90-ЛЕТИЮ ВЛАИЛЯ ПЕТРОВИЧА КАЗНАЧЕЕВА

*Богорянова П.А.
Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный ме-
дицинский университет
Научный руководитель: зав. кафедрой,
д.м.н., профессор Куимов А.Д.*

У каждой науки есть свои основоположники и есть гении, которым тесно в рамках одной дисциплины. Влаиль Петрович Казначеев по праву принадлежит к плеяде великих ученых-глобалистов, у которых наукой становится все, к чему прикасается их мысль. Влаиль Петрович родился 17 июля 1924 г. в Томске в семье инженера, в раннем детстве переехал с родителями в Новосибирск. В 1942 году В. Казначеев стал курсантом Ярославского интендантского училища в Омске. С 1943 по 1945 год участвовал в Великой Отечественной войне: был заведующим спецотделом Генштаба Красной Армии, начальником секретной части Ярославского пехотного училища, заведующим отделом штаба полка, командиром взвода 1676-го артиллерийского полка Украинского фронта. После тяжелого ранения находился в госпитале на излечении (Одесса). В 1945 году поступил в Новосибирский государственный медицинский институт. Получив диплом врача, работал клиническим ординатором (1950—1953), ассистентом (1953—1956), затем доцентом (1956—1963), профессором (1963—1964), заведующим кафедрой терапии (1950—1960), ректором Новосибирского государственного медицинского института (1964—1971). С 1971 по 1980 год Влаиль Петрович являлся председателем Сибирского филиала АМН СССР, с 1971 по 1992 год возглавлял Институт клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения АМН, затем Институт общей патологии и экологии человека СО РАМН (1992—1998). Во времена своего управления институтом В. П. Казначеев много сделал для студентов. Большое внимание он уделял подготовке молодых кадров: было создано научное студенческое общество, ко-

торое стало поставщиком, системой отбора наиболее талантливых студентов. Многие из них спустя годы вошли в элиту преподавательского состава Новосибирского медицинского института. Строились студенческие общежития, новый крупный лабораторно-учебный корпус, была закончена пристройка в современном административном здании института. По инициативе В. П. Казначеева институт из ведомства Минздрава РСФСР переведен в подчинение Минздрава СССР, в связи с чем резко возрос авторитет Новосибирского института и вокруг него начали объединяться интересы медицинских институтов и органов здравоохранения Зауралья. Возникало все больше вопросов о численности населения Сибири и притоке мигрантов, рождаемости и смертности в регионе, стала очевидной проблема глобального характера: необходимость в объединении интересов народонаселения Зауралья в одном ведомстве. В 1970 году в Новосибирске на базе медицинского института был создан Сибирский филиал Академии медицинских наук СССР с Институтом клинической и экспериментальной медицины. Председателем СФ АМН СССР и директором ИКЭМ назначен член-корреспондент АМН В. П. Казначеев. для работы СФ был передан морфологический корпус медицинского института (по ул. Ядринцевской, 14), кафедры анатомии, гистологии, нормальной физиологии, биохимии, находившиеся там, были перенесены в строящийся лабораторный корпус. В.П. Казначеев многократно представлял отечественную медицинскую науку на различных международных форумах в Канаде, США, Чехословакии, Франции, Испании, Дании, Монголии и других странах.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

К.В. Акулова, О.В. Игнатьева, В.А. Лескова, А.С. Саранчин,
В.В. Смолянская

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Читинская государственная медицинская академия
Научный руководитель: Мудров В.А.*

Рациональное ведение родов у беременных с макросомией плода относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, поскольку клиническое несоответствие остается ведущей из причин родового травматизма матери и плода, а также перинатальной смертности и детской инвалидизации.

Цель работы. Определить достоверный метод прогнозирования вероятности развития родового травматизма при макросомии плода.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 254 историй родов крупным плодом на базе ГУЗ ККБ Перинатальный центр в период с 2012 по 2014 гг. В контрольную группу вошли 100 беременных с предполагаемой массой плода менее 4 кг, сопоставимые с основной группой по возрасту и паритету родов.

Результаты исследования. В основной группе в 84% случаев роды произошли на сроке 39-41 неделя, в контроле – в 79%. У 55% женщин роды произошли крупным плодом мужского пола, в контрольной группе данный показатель составил 44%. Перворожаящие в основной группе составили 34%, повторнорожаящие — 66% женщин. При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний в основной группе превалирует АКО-48% и гестационный сахарный диабет-10%. В контрольной группе данные показатели составили 12% и 4% соответственно. На родоразрешение через естественные родовые пути планировалось 78% женщин. Роды осложнились несвоевременным излитием ОПВ у 62% женщин с макросомией плода, в кон-

трольной - у 26%. Первичная родовая слабость у беременных крупным плодом составила 22%, вторичная — 16%, дискоординированная родовая деятельность — 6%. В контрольной группе — 8%, 4 % и 7 % соответственно. В 38% случаев в основной группе в родах были выявлены признаки внутриутробной гипоксии плода, что в 2 раза чаще, чем в контрольной группе (20%). Рождение детей в состоянии асфиксии различной степени отмечалось у 24% женщин основной группы, в группе контроля — у 12%. Дисточия плечиков в основной группе наиболее часто встречалась при симметричной форме макросомии- у 6%, при ассиметричной форме — у 1% рожениц. Значимую роль играет отношение размера головки плода к поперечному размеру плечиков: при индексе менее 0,66 риск дисточии плечиков возрастает до 70%. Родовой травматизм плода в основной группе составил 47% (травмы ШОП-22%, переломы ключиц -16%, кефалогематомы-8%, ВЖК-1%). В контрольной группе родовой травматизм составил 11 % (травмы ШОП-6%, кефалогематомы – 5%). Церебральная ишемия в неонатальном периоде диагностирована у 38% новорожденных основной группы, что в 3 раза больше, чем в контрольной ($p < 0,05$). Только у 34% основной группы естественные роды закончились благоприятным исходом для новорожденного. При этом 95% женщин были повторнорожающие, срок наступления родов не превышал 39 недель, пол плода в 78% случаев был женский, форма макросомии- симметричная (90%), АКО не более I степени, стабильные цифры гликемии в течение периода наблюдения.

Вывод. Прогностически благоприятными факторами ведения родов через естественные родовые пути при макросомии плода являются: наличие родов в анамнезе, срок гестации не более 39 недель, симметричная форма макросомии, АКО не более I степени, стабильные цифры гликемии в течение периода наблюдения. В развитии дисточии плечиков значимую роль играет отношение размера головки плода к поперечному размеру плечиков, что может являться критерием целесообразности ведения естественных родов при макросомии плода.

С.А. Гавриш*
**ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК МАРКЕР
РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАННЕГО ВЫКИДЫША**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Ю. Иванова*

Эндоотелиальный покров сосудов играет важную роль в процессе развития беременности. Дисфункция эндотелия приводит к нарушению пер-

вой и второй волны инвазии трофобласта, что провоцирует развитие локальной ишемии миометрия, увеличение тонуса матки и становится причиной осложненного течения беременности. Исследование вазомоторной функции эндотелия на ранних сроках беременности при осложненном ее течении является одним из перспективных направлений для понимания причин развития акушерской патологии в дальнейшем и возможности ее коррекции.

Цель работы: изучение состояния вазомоторной функции эндотелия при беременности, осложненной угрожающим ранним выкидышем.

Материалы и методы: обследовано 60 пациенток, находившихся в I триместре на стационарном лечении по поводу угрожающего выкидыша. Первую (контрольную) группу составили 30 беременных с угрожающим ранним выкидышем без признаков эндотелиальной дисфункции; вторую (основную) группу - 30 пациенток с развившейся угрозой прерывания беременности на фоне имеющейся эндотелиальной дисфункции.

Вазомоторную функцию эндотелия оценивали с помощью линейного датчика 7,5 МГц и ультразвуковой системы Aloka-SSD-1700.

Результаты: сравнительный анализ анамнестических факторов и особенностей течения беременности, родов, периода ранней неонатальной адаптации между пациентками основной и контрольной группы выявил, что в основной группе сопутствующие экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности и родов встречались в 3-5 раз чаще, чем в контрольной. При оценке эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в контрольной группе общий прирост диаметра плечевой артерии в ходе проведения компрессионной пробы составил $28,5 \pm 5,2\%$ с практически трехкратным увеличением скорости кровотока в ней. В основной группе общее уменьшение диаметра плечевой артерии составило $17,3 \pm 0,35\%$, с отсутствием достоверных изменений скорости кровотока, что доказало наличие дисфункции эндотелия у обследованных пациенток.

Вывод. В основной группе, где были выявлены экстрагенитальные заболевания по различным органам и системам, влияние экзогенных факторов (курение), риск развития дисфункции эндотелия и, как следствие, акушерских осложнений намного выше, чем в контрольной, что и подтвердили полученные результаты исследования вазомоторной функции эндотелия. При проведении пробы с ЭЗВД у женщин основной группы наблюдался стойкий вазоспазм, как следствие эндотелиальной дисфункции. Таким образом, несостоятельность эндотелия, выявленная на ранних сроках беременности является маркером развития осложненного течения беременности задолго до начала клинических проявлений, что, соответственно, позволяет улучшить исходы беременности и родов.

В.Д. Анисимова, А.Н. Потапова, Н.В. Смирнова
**ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ГБУЗ НСО НГПЦ
ЗА 2011-2013 ГГ.**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент О.Д. Лузан*

Актуальность. В Новосибирской области развивается эпидемия ВИЧ-инфекции, что характеризуется распространенностью ВИЧ среди беременных женщин выше 1%. По данным Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, число родившихся детей от ВИЧ-позитивных матерей в Новосибирской области за 2011 год составило 318 человек, за 2012 год – 423, за 2013 год – 328.

Цель исследования: изучить особенности исходов беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 157 историй родов ВИЧ-инфицированных пациенток на базе ГБУЗ НСО НГПЦ за 2011-2013 гг.

Результаты исследования. Возраст пациенток был от 20 до 42 лет (в среднем $28 \pm 4,79$ лет). У 59,2% ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в течение настоящей беременности. Половой путь передачи в 28,7%, парентеральный 25,5%, в остальных 45,8% нет данных о пути инфицирования. Противовирусную терапию во время беременности получали 63,7%, отказались от проведения профилактики по ВИЧ 36,3%. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции во время родов проводилась у 79,58% рожениц. На учете в женской консультации состояли 76% беременных. Наличием рубца на матке после операции кесарева сечения, у 11,5%; 9,55% имели в анамнезе героиноую наркоманию. В структуре сопутствующих патологий ведущие места занимают хронический вирусный гепатит В или С – 25,5%. Осложнения течения беременности возникли у 61,13%: фетоплацентарная недостаточность 37,58%, анемия 8,28% и преэклампсия 14,65%, сочетание хронической гипоксии плода и синдрома задержки развития плода 10,83%. Самопроизвольные срочные роды произошли у 69%. Доля преждевременных родов составляет 28%. Среди методов родоразрешения преобладали роды через естественные родовые пути 88%. У 12% родоразрешение проводилось путем операции кесарева сечения. Длительность родов в среднем составила $7,31 \pm 2,17$ часов. Преждевременное излитие околоплодных вод у 25,5%, слабость родовой деятельности у 2,5%. Острая преждевременная отслойка плаценты в 1,27%. Эпизиотомия выполнена у 9,55%. В послеродовом периоде осложнения возникли у 27,4% родильниц.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных женщин часто возникают осложнения беременности в виде сочетания вторичной фетоплацентарной недоста-

точности, преэклампсии, анемии, хронической внутриутробной гипоксии плода и синдрома задержки развития плода. Наличие ВИЧ-инфекции у беременных повышает риск преждевременных родов. У большинства ВИЧ-инфицированных женщин роды велись через естественные родовые пути. Родоразрешение путем операции кесарева сечения проводилось у 12%. В послеродовом периоде осложнения возникли у 27,4% родильниц.

О.В. Арефьева, Е.А. Дубкова*, Ю.А. Диреева,
Ю.С. Тимофеева, Д.В. Махаева, А.В. Титенко
**ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА
СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., ассистент А.В. Усова*

Актуальность. Одним из главных направлений Глобальной инициативы по охране здоровья женщин является профилактика соматических заболеваний и повышение качества жизни женщин, поскольку начало века в РФ характеризуется изменением репродуктивного поведения населения и деформацией социального образа жизни. В настоящее время наиболее эффективным методом контрацепции являются комбинированные оральные гормональные контрацептивы, которые помимо противозачаточного действия обладают широким лечебным эффектом, улучшающим прогноз и качество жизни женщин, при приеме которых быть побочные эффекты, среди которых головные боли, депрессивные и тревожные расстройства, тромбоз вен нижних конечностей, увеличение веса и др. В то же время клиническая практика показывает, что на фоне приема эстрогенов обменно-эндокринные нарушения у женщин могут усугубляться. Если подобный эффект в некоторых случаях допустимо корректировать дополнительной терапией, то при гормональной контрацепции оптимальным является выбор метаболически инертного препарата.

Цель исследования. Определение влияния гормональных контрацептивов на соматический и иммунный статус женщин репродуктивного возраста.

Задачи исследования. 1. Изучить соматический статус женщин репродуктивного возраста. 2. Оценить эффективность, безопасность и влияние КОК на соматический и иммунный статус и качество жизни женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие женщины (n=100) в возрасте $26,3 \pm 4,3$ лет, страдающие хроническим тонзиллитом и

принимающие различные КОК. В последствие исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от принимаемого КОК (Джес, Клайра, Ярина). Критериями включения в исследование были: нормальные результаты бактериологического и цитологического исследования влагалищных и цервикальных мазков; регулярная половая жизнь (более 4 вагинальных половых актов за последний месяц); применение КОК не менее 6 месяцев. Обследование включало: анкетирование, общеклиническое, гинекологическое, биохимическое исследование, цитокиновый профиль.

Результаты: По результатам первичного и контрольного исследования плазмы крови не было обнаружено достоверных различий в показателях цитокинового профиля: ИЛ1 β 4,2 \pm 1 пг/мл, ИЛ6 6,4 \pm 1,2 пг/мл, ИЛ8 4,8 \pm 1 пг/мл, рецепторный антагонист ИЛ1 β 88 \pm 0,1 пг /мл). в течение 12 месяцев приема КОК не было выявлено обострение хронического тонзиллита.

Выводы: 12-ти месячный приём исследуемых КОК уменьшает средний балл депрессии на 41,7% и тревоги – на 44,6%, не вызывает нарастание избыточной массы тела и усугубления соматической патологии. Вероятно, это достигается путем снижения в КОК концентрации эстрогенного компонента, комбинирования его с высоко специфическими современными прогестинами, а также максимальной приближенности компонентов противозачаточного гормонального препарата с естественными женскими половыми гормонами.

И.С. Бородай*, И.Н. Щербина*, Муавия Салем Альмарадат* СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А. Щербина

Привычное невынашивание беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота этой патологии колеблется от 10 до 25% и не имеет тенденции к снижению. Поэтому углубленное изучение факторов риска самопроизвольного аборта и разработка на этом основании эффективных и доступных диагностических тестов и методов лечения продолжает оставаться одним из важнейших вопросов акушерства.

Цель исследования: снижение репродуктивных потерь путем определения особенностей кровотока в системе мать-плацента-плод при привычном невынашивании беременности (ПНБ) и разработка новых подходов к комплексному лечению данной патологии.

Материалы и методы. В исследование участвовали 85 беременных женщин с ПНБ. I группу составили 43 беременных, которым проводилась

стандартная терапия угрозы прерывания беременности. II – 42 беременных, которым проводилась комплексная терапия с применением экстракта клеток плацентарной ткани (ЭКПТ).

Результаты. При доплерометрическом исследовании женщин с ПНБ отмечалось снижение индексов сосудистого сопротивления в межворсинчатом пространстве (ИР - $0,36 \pm 0,03$, ПИ - $0,49 \pm 0,06$), увеличение периферического сопротивления в маточных артериях (ПИ - $2,69 \pm 0,02$), повышение сосудистого сопротивления спиральных артерий (ПИ - $0,78 \pm 0,05$), артерии пуповины (ПИ - $3,53 \pm 0,16$), снижение скоростей кровотока в венозном протоке у плода.

Количество отмеченных положительных результатов было больше у беременных II группы. Преждевременные роды отмечены у 4 (9,3%) женщин I группы, тогда как во II группе – у 2 (4,8%) женщин ($p < 0,05$). Выкидышами закончились беременности у 10 (23,3%) женщин I группы, а во II – лишь у 2 (4,8%) женщин ($p < 0,05$). Значительное число родов, проведенных через естественные родовые пути, отмечено в группе женщин, получавших ЭКПТ в комплексной терапии, – 34 (81,0%), тогда как в I группе – 25 (58,1%); путём кесарева сечения соответственно у 6 (14,3%) женщин II группы и 8 (18,6%) женщин первой группы.

Выводы. Применение ЭКПТ в комплексном лечении ПНБ приводит к улучшению показателей маточно-плацентарного-плодового кровотока, что способствует пролонгации беременности, позволяет значительно снизить число осложнений течения беременности и улучшить исход родов.

Н.А. Брындина, Т.И. Голубева
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО
ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С
КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ И ВИДОВОЙ
СОСТАВ *CANDIDA* В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ
НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии
детей и подростков,*

*Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.В. Акудович*

Актуальность. Нами было изучено течение позднего неонатального периода 164 новорожденных, родившихся от матерей с вульвовагинальным кандидозом и получавших комплексное (тержинан + имозимаза) и традиционное лечение тержиномом. А также обследовано 42 новорожденных от женщин с нормобиоценозом влагалища в течение всей беременности. У новорожденных из ротовой полости чаще всего выявляются *Candida albicans* –

у 57,5 %, у 27,5 % - в ротовой полости были выявлены грибы *C. parapsilosis*, а *C. glabrata* – у каждого седьмого новорожденного (15 %). Следует отметить, что инфицирование плода может происходить как трансплацентарным, так и восходящим путем. Однако трансплацентарный путь встречается крайне редко. Подтверждением же внутриутробного инфицирования плода является обнаружение грибов, идентичных материнским, у детей, родившихся путем операции кесарево сечение.

Материалы и методы. Нами изучен микробный пейзаж ротовой полости у 20 новорожденных, родившихся от матерей с вульвовагинальным кандидозом путем операции кесарево сечение. Из них у 13 (65 %) при микробиологическом исследовании ротовой полости обнаружены грибы рода *Candida*. *Candida albicans* были обнаружены у 11 новорожденных (84,62 %), у 1 (7,69 %) - *C. parapsilosis*, у 1 (7,69 %) - *C. glabrata*. Виды грибов рода *Candida* во влагалище у матери и в ротовой полости у новорожденного были идентичны. Заражение происходит за счет контакта грибов с кожей и слизистыми плода, а также при аспирации или заглатывании им инфицированных околоплодных вод. При этом клиника кандидоза у ребенка может проявиться относительно поздно – на 5-15 сутки жизни. С целью выявления особенностей течения позднего неонатального периода, нами были составлены и разосланы анкеты женщинам основной и контрольной групп в течение двух месяцев после родов. Из контрольной группы ответили 33 пациентки, из основной – 47.

Результаты. Нами были выявлены инфекционные заболевания у детей в позднем неонатальном периоде в зависимости от метода лечения кандидозного вагинита у беременных. Как следует из полученных данных, кандидозный стоматит (хейлит, глоссит) в контрольной группе выявлен в 2,5 раза чаще, чем у новорожденных основной группы (45,46 % и 19,15 % соответственно). Различия статистически достоверны ($P < 0,02$). В контрольной группе ринит появляется у каждого четвертого новорожденного первого месяца жизни, что достоверно выше, чем в основной группе ($P < 0,05$). Характер становления микробиоценоза кишечника у новорожденных напрямую зависит от состояния микрофлоры влагалища у матерей в период беременности. Нами были выявлены достоверные различия в характере формирования микробиоценоза кишечника у детей в позднем неонатальном периоде. Явления дисбактериоза (диарея, запоры) в контрольной группе у новорожденных встречаются в 3 раза чаще (63,64 %). Опрелости и кожная сыпь встречается значительно чаще в контрольной группе и локализуются в паховой и перианальной областях, что, скорее всего, связано с нарушением стула (понос).

Выводы. Высокая частота инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных в позднем неонатальном периоде от матерей с кандидозными вагинитами позволяет аргументировано высказаться о необходимости проведения этиологического лечения кандидозных вагинитов у беременных.

О.В. Владимирова
**ВЕРИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА:
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ**

*Кафедра патологической анатомии,
кафедра акушерства и гинекологии №2,
Омская государственная медицинская академия*
*Научные руководители: д.м.н., доцент, профессор С.И. Мозговой,
к.м.н., ассистент О.В. Лазарева*

Актуальность. В структуре гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста частота хронического эндометрита (ХЭ) составляет до 73%. Истинная распространенность ХЭ может разительно отличаться ввиду трудностей диагностики, клинической и морфологической верификации, при этом часто ХЭ является причиной бесплодия.

Цель исследования: создание маркерного способа диагностики хронического эндометрита (ХЭ) прежде всего как фактора бесплодия, позволяющего объективно и в короткий срок поставить диагноз.

Материалы и методы. Для исследования было взято 95 образцов ткани эндометрия, из которых 50 были окрашены гематоксилином и эозином, 45 - методом иммуногистохимии (ИГХ) с использованием CD138. 4 врачам-патологоанатомам предлагалось поставить диагноз с использованием традиционного подхода и с применением метода детекции CD138-позитивных плазмоцитов. Данные были обработаны с определением каппа-коэффициента.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено достаточно частое несовпадение мнений экспертов, обусловленное вариабельностью выявления плазматических клеток традиционным методом, а при оценке препаратов, окрашенных методом ИГХ, в большинстве случаев мнение патологоанатомов совпало. Каппа-коэффициент составил при традиционном методе - 0,42 и с CD138 - 0,86.

Выводы. 1. Обязательный этап диагностики ХЭ- морфологическое исследование, и самым специфичным гистологическим признаком является обнаружение плазматических клеток с использованием биомаркера - CD138+плазмоцитов. 2. Диагностику ХЭ, основанную на оценке гистологических препаратов, окрашенных сначала гематоксилином и эозином, а затем методом иммуногистохимии с CD138, позволяет поставить верный диагноз (исключить ложноположительные результаты). 3. На основании статистического анализа коэффициент согласия между исследователями при иммуногистохимическом методе составил 0,86, что соответствует очень хорошему уровню согласия, при традиционном методе - 0,46, т.е. средний уровень согласия.

Иммуногистохимия (CD138) – удобный и надежный способ определения эндометриальных плазмоцитов при ХЭ. Широкое применение данной

методики предполагает усовершенствование точности диагностики и минимизацию несовпадений диагнозов, поставленных одному и тому же пациенту разными исследователями.

И.С. Власова, Н.А. Пацюк
**ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ У ЖИТЕЛЬНИЦ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул
Научный руководитель: к.м.н., А.И. Гальченко*

Актуальность. В современном мире в связи с улучшением социально-экономических условий жизни и увеличением ее продолжительности все большую актуальность приобретают медико-социальные проблемы, связанные с менопаузой. Большинство женщин, в развитых странах мира живет после наступления менопаузы в течение 20-30 лет. Менопауза – это последняя менструация, четко определяемое биологическое событие, но именно она является предвестником многих потенциальных проблем со здоровьем, которые могут повлиять не только на качество, но и подчас на продолжительность жизни женщины.

Цель исследования: оценка клинического течения хирургической менопаузы у жительниц Алтайского края.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 1000 пациенток после двусторонней овариэктомии с различным объёмом оперативных вмешательств на женских половых органах.

Результаты. Перименопаузальный период после хирургического выключения функции яичников осложнился развитием постовариоэктомического синдрома (ПОЭС) у всех 1000 больных. У 374 (37,4%) пациенток он возник уже в стационаре на 3-5 сутки после операции, у 541 (54,1%) в первые три месяца. У 53 (5,3%) больных данный симптомокомплекс манифестировал в период от 3 до 6 месяцев, а у 32 (3,2%) от 6 до 12 месяцев. У 54 (5,4%) пациенток до операции уже имелись проявления климактерического синдрома (КС), выраженность которых после оперативного вмешательства не изменилась лишь у одной. Обнаружена зависимость степени тяжести ПОЭС от типа течения пременопаузы. Сравнительный анализ характера менструальной функции до операции показал, что среди больных с тяжёлой и средней степенью синдрома у 52,6% и 45,7% женщин соответственно был отмечен регулярный менструальный цикл, у 42,1% и 42,9% выявлены нарушения менструальной функции по типу мено-метроррагии, а у 5,3% и 11,4% – по типу опсоменореи, тогда как при лёгком течении заболевания у каждой второй женщины (50%) наблюдалось нарушение менструальной функции по типу опсоменореи, что свидетельствовало о гипофунк-

ции яичников, развившейся до операции. Исследование зависимости тяжести течения ПОЭС и КС от частоты экстрагенитальной патологии выявило более тяжелое течение синдромов у больных, имеющих сочетанную патологию. Средние и тяжелые формы данных заболеваний у них встречались достоверно чаще ($p < 0,05$). Заслуживает внимания тот факт, что большинство обследованных отметили значительное ухудшение здоровья в первый год после операции. Большинство больных гипертонической болезнью (63,3%) сообщили об учащении гипертонических кризов и большей лабильности АД. 400 из 1000 обследованных (40%) отметили появление одного, либо нескольких новых экстрагенитальных заболеваний. У 20 % была впервые выявлена гипертоническая болезнь, у 11% – гипотония, у 11% – патология щитовидной железы, у 5,7% – заболевания ЖКТ, 10,7% – остеохондроз. Семь пациенток перенесли инсульт в первый год после операции, 20-ти впервые был поставлен диагноз стенокардии напряжения. 6,7% женщин предъявляли жалобы на усиление разрушения зубов, 10% первой на снижение зрения.

Выводы: хирургическая менопауза приводит к нарушению гомеостаза в организме женщины, вызывая развитие КС и ПОЭС, что способствует ухудшению общесоматического здоровья.

А.С. Волкова, Е.А. Круглова, А.А. Кузьмин
**ТРОМБОФИЛИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. доцент В.В. Кузьмина*

Актуальность. На сегодняшний день тромбофилии являются причиной более чем 45% случаев невынашивания и недонашивания беременности, 80% преэклампсий, приводя к ПОНРП, кровотечениям в родах с неблагоприятным прогнозом как для матери, так и для плода.

Цель исследования - изучить течение и исход беременности у женщин с тромбофилией.

Задача исследования - выяснение роли как приобретенных, так и наследственных дефектов гемостаза на течение беременности, родов и послеродового периода на фоне комплексной терапии выявленных гемореологических нарушений.

Был проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт 45 беременных с подтвержденными наследственными и приобретенными тромбофилиями. Молекулярный анализ генетических дефектов гемостаза выполнялся методом ПЦР и диагностики АФС по ВА.

В результате обследования у 16 (35,6%) пациентов была диагностирована мутация по MTHFR (из них 14 - с гетерозиготным типом наследования,

у 2 (4,4%) – с гомозиготным типом наследования), у 3 (6,7%) мутация V фактора Лейдена (из них 2 – с гетерозиготным типом наследования), у 1 – с гомозиготным типом наследования), у 2 (4,4%) по протромбину С (все гетерозиготные формы, у 12 (26,7%) комбинированная форма тромбофилии, АФС у 4 (8,8%) беременных.

С целью характеристики состояния гемостаза был проведен сравнительный анализ параметров тромбоэмии, характеризующих гиперкоагуляцию, до и на фоне лечения.

В качестве антитромботической терапии применялись ингибиторы функции тромбоцитов, препараты антикоагулянтного действия и средства ослабляющие метаболические повреждения сосудистого эндотелия.

На момент родоразрешения 39 беременных женщин имели доношенный срок, и у 4 женщин были преждевременные роды. Из 45 родов: самопроизвольные срочные роды произошли у 26 беременных женщин (57,7%), оперативные роды у 19 беременных (42,3%). Живых новорожденных 46 (одна двойня). Росто-весовые показатели при срочных родах у 39 новорожденных соответствовали норме, и в 2 случаях – СЗРП I и II степени.

Назначение антикоагулянтной терапии беременным с генетическими формами тромбофилии улучшает прогноз беременности с благоприятными исходами, как для матери, так и для плода. Назначение низкомолекулярных гепаринов должно зависеть от уровня маркеров тромбоэмии и фибринообразования. Доза НМГ должна быть адекватной на протяжении всей беременности.

С целью улучшения реологии крови за счет удаления факторов агрегации и активации тромбоцитов, снижения агрегационных свойств форменных элементов крови, восстановления функции эндотелиоцитов показан мембранный плазмоферез. Чем раньше начата противотромботическая терапия и эфферентные методы лечения, тем лучше исходы беременности. С наследственными формами тромбофилии с явлениями тромбоэмии терапия должна начинаться уже в прегравидальном периоде, чтобы избежать неблагоприятных прогнозов для плода.

И.В. Габдрахманова, О.Ю. Зубова
ОСТЕОПОРОЗ У ЖЕНЩИН ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент О.Б. Калинкина*

Актуальность. Постменопаузальный остеопороз – заболевание, в основе которого лежит прогрессирующая потеря костной ткани после есте-

ственной или индуцированной менопаузы. Согласно заключению экспертов ВОЗ, частота остеопороза занимает третье место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Ситуацию с остеопорозом называют «безмолвной эпидемией», так как потеря массы костной ткани происходит исподволь и часто диагностируется лишь после переломов.

Целью работы является изучение связи показателей минеральной плотности костной ткани и содержания костных минералов у женщин разных возрастных групп, значение этих показателей в ранней диагностике остеопороза, в прогнозировании развития переломов, выбор оптимальной тактики ведения больных.

Материалами для настоящего исследования послужили данные клиничко-лабораторных исследований 138 женщин в возрасте от 40 до 89. Исследование состояния костной ткани проводили путем измерения минеральной плотности костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии. Результаты исследования: нормальное содержание минеральной плотности костной ткани выявлено у 30 (24,6%), остеопения у 55 (44,2%) женщин, остеопороз - у 35 (31,2%) пациенток. Показатели остеопороза были максимальны при длительности менопаузы более 18 лет.

Применялись следующие варианты лечения: заместительная гормональная терапия (ЗГТ) у 40 пациенток в возрасте 40-45 лет, ЗГТ в комбинации с кальцитонином – у 46 пациенток в возрасте от 40 до 50 лет, изолированное назначение кальцитонина – у 52. С целью ЗГТ назначался фемостон 2/10. Кальцитонин (миакальдик) назначался по 200 МЕ в сутки, по 1 дозе интраназально в виде спрея. В результате проведенного лечения у всех пациенток отмечался положительный клинический эффект. Наибольший клинический эффект отмечался при комбинированном применении гормонотерапии и кальцитонина

С нашей точки зрения необходим комплексный подход к диагностике остеопении и остеопороза. При терапии климактерического остеопороза целесообразно сочетать назначение заместительной гормональной терапии и негормональных препаратов, влияющих на кальциевый обмен в костной ткани.

Д.А.Галкина
**ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ
РАВНОВЕСИЕ ПЛОДОВОЙ КРОВИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ
ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. В. А. Мельников*

Актуальность. Преэклампсия – наиболее часто встречающееся осложнение беременности, родов и послеродового периода, приводящее к кислородной недостаточности плода. Одной из главных причин, способствующей страданию детей при этом виде патологии, являются структурные изменения плаценты, приводящие к нарушению кровообращения вследствие системной эндотелиальной дисфункции у беременных. Вследствие вышеописанных изменений в плаценте при гестозе формируется плацентарная недостаточность, ухудшается одна из основных функций – газообменная, что вызывает, тем самым, нарушение кислотно-основного равновесия крови и кислородное голодание плода. Изменения внутриклеточного метаболизма в сторону преобладания анаэробного процесса является ведущим патогенетическим механизмом развития гипоксических и ишемических повреждений новорожденного. Кислотно-основное равновесие и газовый состав крови плода являются отражением последствий кислородной недостаточности.

Целью нашей работы является выявление корреляционных связей между показателями газового состава, кислотно-основного равновесия плодовой крови и оценкой новорожденного по шкале Апгар при преэклампсии.

Были обследованы 74 пациентки и их новорожденные, проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. Состояние новорожденных определялось по шкале Апгар на первой минуте наблюдения. Определение газов крови и показателе КОР проводилось на газовом анализаторе ABL 5 фирмы Radiometr (Дания).

Результаты. При преэклампсии у новорожденных выявлены изменения показателей газового состава и КОР как в артериальной, так и венозной крови, которые ведут к развитию патологического метаболического ацидоза. Показатели газового состава и кислотно-основного равновесия плодовой крови более точно, чем оценка новорожденного по шкале Апгар, отражают тяжесть перенесенной ребенком внутриутробной гипоксии.

Т.И.Голубева, Н.А.Брындина
**ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ
КАНДИДОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом гинекологии детей и подростков,
Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.В. Акудович*

Материалы и методы. Было обследовано 398 беременных с кандидозным вульвовагинитом. Самой распространенной формой влагалищной инфекции является вагинальный кандидоз (35,43 %), с преобладанием смешанных форм (37,59 % всех вагинитов). Нами выделены 9 видов грибов рода *Candida*. Из них доминирующим возбудителем является *Candida albicans* (52,01 %), что подтверждает наметившуюся тенденцию снижения их роли в развитии кандидозных вагинитов за счет повышения роли *Candida non- albicans*. Так, *Candida glabrata* выявлена в 12,42 %, *Candida parapsilosis* - 7,04 %, *Candida tropicalis* – 4,7 %. На долю же оставшихся видов (*Candida kefyr*, *crusei*, *intermedia*, *utilis*, *guillirmondii*) приходится 9,4 %. Микст-инфекция (сочетание 2 и более видов грибов) выявлено у 42 (14,09 %) пациенток. Нами проведено лечение у 164 пациенток во 2 и 3 триместрах беременности. Из них 88 беременных (контрольная группа) получали традиционное лечение тержианом, а у 76 женщин (основная группа) в комплексе с этим препаратом применялся отечественный иммобилизованный протеолитический фермент – имозимаза (№ 010402, регистрационный номер 94/128/5) с протеолитической активностью 60 ПЕ/мл. После обработки слизистой влагалища раствором имозимазы в задний свод влагалища вводилась вагинальная таблетка тержинана и, обильно смоченная имозимазой (общий объем 5 мл), марлевая полоска, которую женщина удаляет самостоятельно через 6 часов. Так как имозимаза в очаге воспаления действует в течение 4-5 суток, то эта процедура повторяется через каждые 4 дня (всего 3-4 раза), а тержианан вводится в течение 10 дней непрерывно. Эффект лечения оценивался как отличный, хороший и без эффекта. Все пациентки, получавшие комплексное лечение, отметили значительное улучшение к концу первых суток, а на третьи сутки – жалоб не предъявляли. Переносимость лечения была хорошей, ни в одном случае не возникла угроза прерывания беременности. В процессе лечения даже нивелировались имеющиеся симптомы угрожающего аборта.

Результаты. Нами выявлена высокая эффективность (93,42 %) комплексного лечения по сумме отличных (80,26 %) и хороших (13,16 %) результатов. Следует отметить, что в 6,58 % случаев на фоне выраженного клинического эффекта нам не удалось добиться полной эрадикации возбудителя. Традиционный способ лечения тержианом на 16,15 % менее эффективен (77,27 %). При данном методе лечения в 22,73 % не удалось достичь

ни клинического, ни микробиологического эффектов ($\chi^2 = 7,03$; $p < 0,01$). Выявлено, что эффективность комплексной терапии при редко встречающихся видах возбудителей (*Candida guilliermondii*, *parapsilosis*, *tropicalis*) составляет практически 100 % и намного ниже выражена при монотерапии (66,7 %, 66,7 % и 33,3 % соответственно). Рецидивы заболевания при монотерапии выявлены в 32,96 %, что более, чем в три раза чаще, чем при комплексной терапии (9,21 %) ($p < 0,001$, $\chi = 9,06$). Комплексное лечение бессимптомного носительства грибов рода *Candida* у беременных более эффективно (100 %) и необходимо, поскольку предупреждает развитие вагинитов. Обсеменение аналогичными материнским грибами ротовой полости новорожденных в первые сутки жизни при комплексном лечении беременных почти в 3 раза реже, чем при монотерапии (16,28 % и 45,71 % соответственно).

Выводы. Таким образом, разработанный нами способ комплексного лечения кандидозных вагинитов является высокоэффективным и доступным методом лечения у беременных и приводит к снижению осложнений беременности, в послеродовом периоде как у матерей, так и новорожденных.

А.А. Гурина НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛА ПЛОДА В АКУШЕРСТВЕ

*Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.Н. Маркелова,*

Актуальность. Известно более 300 наследственных заболеваний и признаков, сцепленных с полом. Например, гемофилия А и В, различные формы умственной отсталости, сцепленные с X хромосомой, например, синдром Мартина–Белла, прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна и Беккера, нефрогенный несахарный диабет, X-сцепленная глухота и др. Выяснение пола плода на ранних сроках беременности может предотвратить случаи рождения больных детей в семьях с отягощённой наследственностью. Также врачу важно знать пол плода для принятия решения о возможности гормональной терапии беременной при гиперандрогении надпочечникового генеза (врождённая дисплазия коры надпочечников). Основным методом пренатального установления пола сейчас является УЗИ диагностика, однако данный метод не всегда корректен и часто субъективен. С 20 недели беременности можно определить пол плода путем кордоцентеза с 99% точностью, но данная процедура связана с большим количеством осложнений как для матери, так и для плода.

Неинвазивная пренатальная диагностика - новое для России направление. При развитии плода в утробе матери постоянно происходит обновление его клеток за счет апоптоза. ДНК из отмирающих клеток плода (фетальная ДНК) попадает в кровоток беременной женщины. Такая фетальная ДНК может быть выделена из материнской крови уже на пятой недели беременности. Определение пола плода основано на выявлении в крови беременной маркеров мужской Y-хромосомы.

Целью работы является исследование возможности оптимизации наблюдения беременных женщин, с риском рождения детей с заболеваниями, сцепленными с полом, основанная на определении пола плода с ранних сроков беременности с помощью отечественных тест-систем «ДНК-пол ребенка» производства ООО «Гентехнология» (Россия). Данная тест система не имеет аналогов на российском рынке. Следовательно была поставлена задача определить чувствительность и специфичность данного метода.

Исследование проводилось кафедрой акушерства и гинекологии №1 совместно с «Центром планирования семьи и репродукции» Самарской области.

Проводилась оценка фетальной ДНК из плазмы крови беременной женщины. Были использованы образцы крови 200 беременных женщин объемом 7 мл. Для выделения вкфДНК использовали ПЦР-амплификацию с одновременной гибридизационно-флуоресцентной детекцией.

Результаты. После того, как женщины родили детей, стало возможным оценить результаты исследования. Появилось на свет 115 мальчиков и 85 девочек, что полностью совпало с результатами анализа. Путем построения четырехпольной таблицы сопряженности были рассчитаны чувствительность и специфичность метода, которые оказались равны 100%.

Верификация половой принадлежности плода на ранних сроках гестации особенно важна для своевременной диагностики генетической патологии, сцепленной с полом. Выявление такой патологии в первом триместре беременности может оказаться решающим фактором для принятия окончательного решения родителями, обратившимися за консультативной помощью.

Выводы. Так как чувствительность и специфичность метода неинвазивной диагностики равны 100% его можно рекомендовать для внедрения в медицинскую практику акушер-гинекологами. Данный метод позволяет оптимизировать ведение беременных женщин, с риском рождения детей с заболеваниями, сцепленными с полом.

Х.С. Даудова, Т.А. Антонова
**АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ
РОДОВ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом педиатрии,
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ
Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.Л. Алексеева*

Актуальность. Одной из ведущих проблем охраны репродуктивного здоровья является проблема бесплодия. По данным специальных исследований, число бесплодных браков достигает 20%, однако, некоторые международные эксперты приводят цифру 24-25%.

Установлена частота данной патологии в Сибирском регионе: в Томской области - 17,4% [Филиппов О.С., 1999], в Новосибирской - 19% [По рошина Н.И., 2000] и в Иркутской области - 19,56% [Кузьменко Е.Т., 2007].

Частота бесплодия в браке в городе Улан-Удэ при активном выявлении составляет 19,7%, не зависит от этнической принадлежности пациентов и существенно отличается в районах города с различной степенью техногенного загрязнения [Ринчиндоржиева М.П., 2011].

Цель исследования. Сравнительный анализ течения беременности и родов у пациенток после ЭКО и без ЭКО по данным историй родов.

Задачи: 1.Оценить течение беременности и родов у пациенток после ЭКО. 2.Оценить состояние здоровья новорожденных рожденных от пациенток после ЭКО.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ течения беременности и исходов родов по историям родов пациенток (141) и историям новорожденных (155) в ГРД №2, РПЦ г.Улан-Удэ за период 2011-2013 гг.

Результаты исследования. Всего проанализировано 141 карта, из них 41 (1группа) по программе ВРТ и 100 (2 группа) – беременность наступила естественным способом. При анализе гинекологических заболеваний высокий процент получен в группе ВРТ не случайно, известно, что ряд гинекологических заболеваний являются причиной бесплодия. Так, в 25% миома матки, в 15% воспалительные заболевания придатков, эндометриоз и патология шейки матки в 15 % случаев, в 22% случаев была произведена тубэктомия. Во второй группе имело место нарушение биоценоза влагалища в виде бактериального вагиноза, специфического кольпита в 34% случаев, патология шейки матки в 8% случаев. 12% пациенток из первой группы поступили с преждевременным излитием околоплодных вод. Во второй группе у 47% наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод. Нами отмечено, 16% недоношенных детей от женщин с ЭКО рожденных на сроке 34-35 недель гестации, по сравнению со второй группой - 2,9%. Среди заболеваемости новорожденных особое внимание имеет гипоксически-

ишемическая энцефалопатия. Так, у 22% новорожденных первой группы отмечена ГИЭ Iст., у 8%- ГИЭ IIст., у 2%-ГИЭ IIIст., что связано, по нашим исследованиям, с недоношенностью и сопутствующими осложнениями во время беременности: фетоплацентарная недостаточность, маловодие и внутриутробная гипоксия плода. Во второй группе ГИЭ Iст. отмечена у 33% новорожденных, ГИЭ IIст.—у 2 %, что также можно связать с осложнениями во время беременности-фетоплацентарной недостаточностью и внутриутробной гипоксией плода.

Выводы:

1.Хронические воспалительные заболевания чаще встречаются после ВРТ.

2. Преждевременное излитие околоплодных вод у пациенток без ЭКО коррелирует с частотой нарушения биоценоза влагалища в виде бактериальных вагинозов и специфических кольпитов.

3. Более тяжелое поражение ЦНС в виде гипоксическо-ишемического поражения II и III степеней отмечена у новорожденных рожденных от пациенток после ЭКО в связи с частотой встречаемости недоношенности.

А.И. Дедловская

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ И НЕСОСТОЯВШИМСЯ ВЫКИДЫШЕМ В ПЕРИОД С 1990 ПО 2010 ГОДЫ

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1, Самарский
государственный медицинский университет*

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.С.Липатов

Актуальность. В настоящее время установлено, что 15-20% беременностей заканчивается самопроизвольным прерыванием, в структуре репродуктивных потерь доля неразвивающейся беременности составляет 10-20%, а среди самопроизвольного прерывания беременности на ранних стадиях – 30-50%. Рост осложнений беременности в последние годы связывают с изменением экологической обстановки, социально-экономической ситуации, образа жизни населения. Однако, изучение причин роста частоты невынашивания беременности с учетом сочетанного влияния факторов риска на эмбриоплацентарный комплекс ранее не проводилось.

Цель исследования: количественная оценка сочетанного влияние факторов риска невынашивания беременности на эмбриоплацентарный комплекс при клинической реализации неразвивающейся беременности. Для количественной оценки факторов риска невынашивания беременности применялась шкала В.М. Сидельниковой (2002 г.).

Изучение динамики частоты неразвивающейся беременности было проведено среди жительниц Советского, Кировского, Промышленного и Красноглинского районов городского округа Самара в период с 1990 по 2010 гг. с оценкой показателей каждые пять лет. Для проведения сравнительного анализа факторов риска ретроспективно (по данным архивных материалов) были сформированы две группы: I (основная) группа включала 100 женщин с неразвивающейся беременностью и 100 женщин с самопроизвольным выкидышем за 2009-2011 гг.; во II группу (сравнения) вошли аналогичные группы женщин за 1989-1991 гг.

Результаты. В целом, сравнительный качественный и количественный анализ факторов риска невынашивания беременности в группах сравнения позволил сделать заключение о том, что при обоих клинических вариантах невынашивания беременности ранних сроков имеет значение не качественная характеристика действующих факторов риска, а их количество, приходящееся на одну беременную женщину.

Исходя из полученных данных, можно сделать заключение о том, что рост частоты реализации неразвивающейся беременности за последние 20 лет, как клинического варианта ранних репродуктивных потерь, связан с снижением устойчивости эмбриоплацентарного комплекса к повреждению при значительном увеличении количества действующих факторов риска.

Л.С.Джохадзе*, Ю.В.Копылова*, А.П.Османова
**РОЛЬ АНГИОГЕННОГО ДИСБАЛАНСА В
ПАТОФИЗИОЛОГИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва
Научные руководители: д.м.н. проф. О.В.Макаров*

Актуальность. Во многом патофизиология плацентарной недостаточности (ПН) и преэклампсии (ПЭ) схожа. ПЭ всегда подразумевает наличие плацентарной недостаточности той или иной степени выраженности, хотя далеко не у всех беременных с плацентарной недостаточностью и формированием СЗРП развивается симптомокомплекс, характерный для ПЭ. Преэклампсия – это состояние с формированием полиорганной недостаточности, с развитием «материнского» синдрома, с обязательным наличием артериальной гипертензии, в то время как при «чистой» ПН, мы наблюдаем изолированное нарушение функции в системе «мать-плацента-плод» без формирования генерализованного эндотелиоза и развития системных нарушений.

Цель: изучить особенности изменения уровня про- и анти-ангиогенных факторов роста при преэклампсии и плацентарной недостаточности с формированием СЗРП.

Материалы и методы. I основную группу составили 116 пациенток с ПН и СЗРП, II группу сравнения 86 беременных с ПЭ, III контрольную группу 52 беременные с физиологическим течением беременности. Всем беременным проведено исследование уровня про-ангиогенного (PlGF) и антиангиогенных (sFlt-1, sEng) факторов роста в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы «R&D Systems» (Великобритания).

Результаты: у беременных с ПЭ наблюдается достоверное повышение уровней антиангиогенных факторов роста (sFlt-1 - $37058,36 \pm 5840,17$ пг/мл, sEng - 69940 ± 810 пг/мл) и снижение проангиогенного плацентарного фактора роста ($29,92 \pm 5,5$ пг/мл) по сравнению с беременными с ПН и СЗРП (sFlt-1 - $19438,6 \pm 3131,8$ пг/мл, sEng - 17483 ± 5865 пг/мл, PlGF - $146,5 \pm 45$ пг/мл) и здоровыми беременными (sFlt-1 - 3299 ± 544 пг/мл, sEng - 5440 ± 410 пг/мл, PlGF - $239,1 \pm 65,9$ пг/мл). В исследуемых сроках гестации у беременных с ПН уровень ангиогенного коэффициента K, являющегося отношением sFlt-1/PlGF, составлял $610,4 \pm 26,3$, что достоверно ниже значения коэффициента в группе с ПЭ ($1675,4 \pm 491,1$, $p < 0,05$). В то же время в обеих группах значение коэффициента было повышено по сравнению с контролем ($240,2 \pm 7,0$, $p < 0,05$). Диапазон значений коэффициента K $480,51 - 4336,73$ обладает чувствительностью 74%, а специфичностью 100 % в отношении преэклампсии.

Выводы. Плацентарная недостаточность с формированием СЗРП и ПЭ характеризуются увеличением антиангиогенных сосудистых факторов роста на фоне снижения проангиогенного фактора и нарастанием их дисбаланса. Однако преэклампсия характеризуется более выраженным ангиогенным дисбалансом с преобладанием антиангиогенной активности, что приводит к формированию не только «изолированной» ПН, но и к развитию системных изменений, срыву адаптационных механизмов материнского организма и развитию полиорганной недостаточности, что угрожает жизни и здоровью не только плода, но и беременной.

Л.С. Джохадзе*, А.П.Османова
**АНГИОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА В
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
АТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва
Научный руководитель: д.м.н. проф. О.В.Макаров*

Цель: определение роли проангиогенных и антиангиогенных факторов роста в дифференциальной диагностике различных видов артериальной ги-

пертонии у беременных.

Материалы и методы. Обследованы 69 беременных с хронической артериальной гипертонией (ХАГ) I степени тяжести без поражения органов-мишеней, 35 беременных с преэклампсией (ПЭ) средней степени тяжести и 49 пациенток с физиологическим течением беременности. Исследование уровня проангиогенного (PIGF) и антиангиогенных (sFlt-1, sEng) факторов в сыворотке крови в 28-34 недели гестации проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы «R&D Systems» (Великобритания) в точном соответствии с рекомендациями фирмы-производителя. Математическую обработку полученных данных проводили с использованием методов вариационной статистики с помощью пакетов программ (Statistica 7 (StatSoft) и Exel 2010 (Microsoft)).

Результаты. У беременных с преэклампсией средней степени тяжести наблюдается достоверное повышение уровней антиангиогенных факторов роста (sFlt-1 - $37058,36 \pm 5840,17$ пг/мл, sEng - 69940 ± 810 пг/мл) и снижение проангиогенного плацентарного фактора роста ($29,92 \pm 5,5$ пг/мл) по сравнению с беременными с ХАГ (sFlt-1 - $5573,16 \pm 773,64$ пг/мл, sEng - 7100 ± 810 пг/мл, PIGF - $155,83 \pm 30,37$ пг/мл) и здоровыми беременными (sFlt-1 - 3299 ± 544 пг/мл, sEng - 5440 ± 410 пг/мл, PIGF - $239,1 \pm 65,9$ пг/мл). В исследуемых сроках гестации у беременных с ХАГ уровень ангиогенного коэффициента К, являющегося отношением sFlt-1/PIGF, составлял $62,3 \pm 11,4$, что достоверно ниже значения коэффициента в группе с ПЭ ($1675,4 \pm 491,1$, $p < 0,05$). В то же время в обеих группах значение коэффициента было повышено по сравнению с контролем ($24,2 \pm 7,0$, $p < 0,05$). Содержание sFlt-1 и эндоглина в сыворотке крови повышено не только при ПЭ, аналогичные изменения, хотя и в меньшем масштабе, обнаружены и у пациенток с ХАГ. Уровень плацентарного фактора роста у пациенток с ХАГ и ПЭ ниже по сравнению с нормой. Как и в случае с антиангиогенными факторами, изменение концентрации проангиогенного PIGF более выражено у беременных с ПЭ по сравнению с ХАГ. Диапазон значений коэффициента К $480,51 - 4336,73$ обладает чувствительностью 74%, а специфичностью 100 % в отношении преэклампсии.

Выводы. В сроки гестации 28-34 недели отмечается достоверное повышение уровней антиангиогенных факторов роста (sFlt-1 и sEng) и снижение уровня проангиогенного фактора роста (PIGF) у беременных с ХАГ и с ПЭ по сравнению с нормотензивными беременными. Проведение дифференциальной диагностики различных форм артериальной гипертонии у беременных необходимо проводить с учетом ангиогенного коэффициента К. Определение дополнительных количественных критериев для дифференциальной диагностики преэклампсии и хронической артериальной гипертонии, позволит снизить процент гипердиагностики преэклампсии и досрочного родоразрешения беременных с хронической артериальной гипертонией для улучшения исходов у матери и плода.

Ю.А. Диреева, Ю.С. Тимофеева, Л.А. Терджанян,
Е.И. Литовченко, А.В. Титенко, И.А. Дубровин
**ДИНАМИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК
СТУДЕНТОК НГМУ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В. Усова*

Актуальность. Репродуктивное поведение современных подростков характеризуется высокой сексуальной активностью в сочетании с отсроченной реализацией репродуктивной функции и низкой информированностью о возможностях современных методов контрацепции, что приводит высокому риску незапланированной беременности, которая в 80% случаях заканчивается абортом (Каугородова L.A. et al., 2008). Студенты составляют группу высокого медико-социального риска по абортам и ИППП (Хамошина М.Б., 2013) вследствие сочетания таких неблагоприятных факторов, как смена привычного окружения, высокая концентрация лиц противоположного пола, длительный период обучения, низкий уровень доходов и др. В образовательную программу по дисциплине “Акушерство и гинекология” входит изучение современных методов контрацепции и актуальных вопросов репродуктологии, что оказывает влияние на репродуктивные установки студентов учреждений высшего профессионального медицинского образования.

Цель работы – оценить влияние приобретения профессиональных медицинских знаний на репродуктивное поведение студенток НГМУ.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди студенток НГМУ 2008-2009 гг. поступления (исследуемая группа, n=136) путем анализа данных анонимного анкетирования, проведенного на 3-4 курсах и на 5-6 курсах обучения в НГМУ.

Результаты. Анализ данных анонимного анкетирования показал, что большинство студенток регулярно (не реже 1 раза в год) посещают гинеколога (80,4%), при этом значительно меньшее количество девушек испытывают тревогу (33,3%) в сравнении с данными исследования 2012 г. (74%). При возникновении проблем, связанных с половой жизнью, студентки чаще всего обращаются к врачу (78,4%), значительно реже к родителям (5,8%) и друзьям (3,9%). Несмотря на то, что большинство девушек (74,5%) считают себя осведомленными в вопросах контрацепции и не испытывают необходимости в получении дополнительных знаний в этой области, лишь 64,7% опрошенных регулярно предохраняется от нежелательной беременности и ИППП. Но эти результаты значительно превышают те, которые были получены на основании данных недавних исследований (Данилова И.М., 2008;

Вострикова Т.В., 2009; Семятов С.М., 2009; Лебедева М.Г., 2010), показавших, что регулярно использует средства контрацепции лишь каждая четвертая россиянка в возрасте 15-24 лет. Среди часто используемых методов контрацепции превалирует барьерный метод (72,5%), гормональную контрацепцию используют 25,5% опрошенных. Количество студенток НГМУ, использующих естественные методы предохранения от нежелательной беременности, за два года снизилось с 16% до 7,8%, что, вероятнее всего, связано с получением знаний о низкой контрацептивной эффективности этих методов. В сравнении с данными исследования, проведенного студентами-членами СНО по акушерству и гинекологии в 2012 г., количество девушек, готовых в случае незапланированной беременности пойти на аборт, снизилось с 54% до 31,4%.

Выводы. Приобретение профессиональных медицинских знаний, в том числе касающихся современных методов контрацепции, последствий искусственного прерывания беременности, оказывает влияние на репродуктивное поведение студенток старших курсов, что находит подтверждение в увеличении количества девушек, регулярно использующих контрацепцию и посещающих акушера-гинеколога не реже 1 раза в год и уменьшении числа тех, кто в случае незапланированной беременности готов пойти на аборт и использует в качестве контрацепции методы с низкой контрацептивной эффективностью.

Ю.А. Диреева, Е.А. Дубкова*, Ю.С. Тимофеева
ВОССТАНОВЛЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У
ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В. Усова*

Актуальность. Эстрогены вызывают пролиферацию и созревание эпителия влагалища. При разрушении пролиферирующих поверхностных эпителиоцитов влагалища высвобождается гликоген, метаболизирующийся до глюкозы обоими ферментами, которые секретируются как клетками влагалища и шейки матки, так и лактобактериями. Наличие дисбиоза влагалища характерно для пациенток с синдромом поликистозных яичников, поскольку сопровождается изменением гормонального фона в сторону дефицита эстрогенов, нарушением запаса гликогена в эпителии влагалища, являющегося питательной средой для лактобацилл.

Цель исследования - разработка адекватной и своевременной комплексной терапии дисбиотических состояний нижних отделов половой системы у женщин с синдромом поликистозных яичников.

Объект и методы исследования: были обследованы 30 пациенток с синдромом поликистозных яичников и различными формами нарушений микробиоценоза влагалища, которые были разделены на 3 группы, сопоставимые по основным характеристикам. В 1-ю группу вошли 10 женщин, которым назначали санацию влагалища метронидазолом с последующим восстановлением нормальной лактофлоры с помощью препарата Гинофлор-Э. Во 2-ю группу вошли 10 женщин, которым после санации влагалища метронидазолом проводилось восстановление лактофлоры препаратом Лактожиналь. В 3-ю группу вошли 10 женщин, которым назначали санацию влагалища метронидазолом с последующим восстановлением нормальной лактофлоры препаратом Ацилакт. Критериями эффективности лечения были результаты клинического, бактериологического, а также микроскопического исследований. Средний возраст женщин в группах был сопоставимым – $23 \pm 2,3$, $25,1 \pm 2,1$, $24 \pm 2,3$ года соответственно.

Результаты. Проведена оценка биоценоза влагалища у 30 женщин с синдромом поликистозных яичников. Анализ данных бактериоскопического и бактериологического исследований биотопов влагалища и цервикального канала в группах (до лечения) показал, что дисбиотический характер выявленных изменений заключался в резком угнетении резидентной микрофлоры влагалища и цервикального канала (лактобактерии) на фоне конкурентного замещения представителями факультативной условно-патогенной группы микроорганизмов: аэробов, анаэробов. Выявлен нормоценоз у 11 %, промежуточный тип биоценоза у 47 %, дисбиоз у 52 %. Это потребовало назначения двухэтапной схемы лечения, включающей в себя санацию влагалища с последующим восстановлением его лактофлоры. Полное восстановление микрофлоры отмечалось только в 1-й и 2-й группах на первом этапе двухэтапной терапии. Рецидив дисбиоза в течение месяца отмечался у 5 женщин в 3-й группе. Положительные результаты терапии выражались в купировании клинических субъективных симптомов на фоне нормализации уровня pH влагалищной среды.

Выводы: на примере клинических наблюдений доказано преимущество использования лактобацилл в сочетании с эстрадиолом на втором этапе лечения, учитывая низкий процент рецидива заболевания у пациенток с синдромом поликистозных яичников.

Е.А. Дубкова*

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ
КОНТРАЦЕПТИВОВ (КОК) НА УРОВЕНЬ
АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА (АМГ) В ПАТОГЕНЕЗЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В.Усова*

Актуальность. Несмотря на существенный прорыв в сфере изучения процессов старения яичников, остается ряд теоретических пробелов в фундаментальных знаниях по данному вопросу. В 2011г рабочая группа экспертов из 5 ведущих стран мира (STRAW), изучающая этапы старения репродуктивной системы, показала необходимость проведения дополнительных исследований и разработки современных биомаркеров, отражающих стадию формирования преждевременной недостаточности яичников (Sioban D.Harlow, 2012). Маркерами оценки овариального резерва являются возраст женщины, регулярность ритма менструаций, уровни ФСГ, АМГ, объем яичников и число в них антральных фолликулов (Уварова Е.В., 2010; Ennis S., 2006).

Цель исследования: определить, влияет ли прием КОК на уровень АМГ у женщин с преждевременным истощением яичников.

Задачи исследования: 1. Исследовать влияние КОК на состояние яичников, овариальный резерв у женщин с преждевременным истощением яичников (ПИЯ). 2. Выявить изменение уровня АМГ на фоне приема КОК. 3. Показать колебания уровня АМГ на фоне проведения ЗГТ или монотерапии дегидроэпиандростероном.

Материал и методы исследования: для исследования были отобраны женщины в возрасте 39 ± 3 года, пришедшие на прием в женскую консультацию №4, 3 НГПЦ с диагнозом ПИЯ. Сроки исследования: 6 месяцев. Критерии включения: средний возраст 39 ± 3 года, прием КОК в анамнезе, вторичная аменорея, гипопострогения, повышение уровня ФСГ, отрицательная проба с гестагенами. Критерии исключения: возраст старше 45 лет, младше 35 лет, женщины в перименопаузальном периоде, отсутствие приема КОК. Пациенткам исследуемой группы определялись уровни гормонов: ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, кортизола, АМГ. Проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты исследования. У всех женщин с ПИЯ, применявших в анамнезе КОК имела место аменорея, при УЗИ органов малого таза были выявлены изменения в яичниках, что проявлялось в уменьшении объема яичников, отсутствии или наличии единичных фолликулов. При исследовании уровней гормонов отмечалось значительное увеличение соотношения ФСГ/эстрадиол, значительное снижение АМГ, в отличие от контрольной

группы женщин, не применявших КОК. АМГ является биомаркером, отражающим овариальный резерв. Прослежено резкое снижение его уровня на фоне приема КОК. Проведение ЗГТ или монотерапии дегидроэпандростероном восстанавливает менструальный ритм, отмечается резкое повышение АМГ, нормализация остального гормонального спектра.

А.А. Дынник*, О.А. Заец
**ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ
АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА**

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А. Щербина

Актуальность. В современный период все более широкое распространения приобретает ультразвуковая диагностика (УЗИ) органов малого таза. Она стала неотъемлемой частью диагностического алгоритма в гинекологической практике. Ее преимуществом является полное отсутствие противопоказаний к применению, ионизирующего излучения, использование в качестве ультразвукового окна наполненного мочевого пузыря, который способен отодвинуть заполненные газом петли кишечника, получение заключения сразу после окончания исследования. Эхоsonoграфия позволяет надежно оценить анатомические особенности и гормональный статус. Кроме диагностической ценности, значение эхографии заключается в том, что она дает возможность обеспечить динамическое наблюдение. Таким образом УЗИ является неинвазивным, высокоинформативным методом, который можно считать золотым стандартом в диагностике многих заболеваний.

Все это приобретает особый смысл при обследовании детей и подростков. То есть УЗИ органов малого таза является методом выбора в детской и подростковой гинекологии.

Целью исследования было выявление особенностей состояния внутренних органов малого таза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК) с учетом индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. В исследование было включено 156 пациенток в возрасте 11-18 лет с АМК, I группу составили 72 пациентки с нормативным индексом массы тела, II гр. – 54 пациентки с избыточной массой тела, и III гр. – 30 больных с ее дефицитом.лет. Исследование осуществлялось с помощью УЗ диагностического аппарата «Toshiba» Sal 50A (Япония). В режиме серой шкалы оценивали размеры матки и яичников, их эхоструктуру. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программного обеспечения Statistica 5.5 (Stat. Soft. Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Анализ данных, полученных при УЗИ органов малого таза у девочек-подростков с АМК свидетельствовал, что несмотря на индивидуальные особенности, средние значения длины матки, передне- заднего и поперечного размеров не имели существенных различий в обследованных группах. Сравнение индивидуальных эхосонаографических показателей у больных с разным течением АМК выявило, что более чем у трети из них регистрировались увеличенные размеры матки, причем наиболее часто это отмечалось среди пациенток II гр. (48,3 % против 38,2 % в I гр. и 34,2 % в II гр., $P_{\chi^2} < 0,01$).

Наличие «М-эхо» более 10 мм (срединная маточная структура отражающая состояние эндометрия), расценивалось нами как гиперплазия и наблюдалось с одинаковой частотой (I гр. - 60,9 % , II гр. - 60,3 % , III гр. - 68,4 %).

Характер ультразвуковых эхограмм яичников свидетельствует, что более чем у половины всех больных в яичниках определялись фолликулярные кистозные образования от 10 до 20 мм и фолликулярные кисты от 25 до 40 мм в диаметре. Удельный вес девушек с персистирующими фолликулами или кистами в I гр. составила 33,9 % , в III гр. - 44,7 % , а в II гр. - 20,7 % , что достоверно меньше чем в других группах ($p_{f1} < 0,03$; $p_{f2} < 0,001$).

Таким образом характерным для больных с АМК пубертатного возраста характерным является увеличение размеров матки и яичников, особенно на фоне избыточной массы тела. Более чем у трети АМК формируются на фоне персистенции фолликулов или кист яичников, что необходимо учитывать при выборе метода терапии. В современных условиях ультразвуковая сонография органов малого таза является неотъемлемой частью диагностического и лечебного алгоритма больных с аномальными маточными кровотечениями в периоде пубертата.

С. Ю. Зайцева, А.И.Дедловская
**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ
«ФИЗЛОГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ» И «МЕХАНИЗМОВ
ГЕСТАЦИОННОЙ АДАПТАЦИИ» В РАННИЕ СРОКИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Ю.В. Тезиков*

Множество научных исследований, посвящённых различным осложнениям беременности, констатируют изменения клинико-лабораторных показателей, сопровождающих то или иное патологическое состояние, но остается открытым вопрос: каковы же предпосылки данных изменений и что является пусковым фактором в развитии патологических процессов гестации.

Целью работы является выявление особенностей воспалительной реакции, иммунологического профиля, гемостаза, функционального состояния эндометрия у здоровых беременных женщин в сравнении с группой здоровых небеременных женщин.

Материалы и методы. Было обследовано 50 женщин, разделенных на две группы: I группа – здоровые беременные женщины (30 человек), II группа – здоровые небеременные женщины (20 человек). Всем женщинам были проведены определения в крови содержания следующих маркеров – ИЛ1 β , ИЛ6, ФНО α , ИФН γ , С-реактивный белок, ИЛ4 и ИЛ10; гликоделин; лимфоциты с фенотипом CD95+, общий IgE, фибронектин, Д-димеры, и выявлены отличия по содержанию их в сыворотке крови между женщинами с физиологической гестацией и здоровыми небеременными женщинами. Отмечается увеличение маркеров следующих процессов: воспалительной реакции (ИЛ1 β , ИЛ6, ФНО α , ИФН γ , ИЛ4, ИЛ10 – в 1,3-3 раза; СРБ – в 70 раз), функциональной активности эндометрия (гликодена), сосудисто-эндотелиальных и гемостазиологических нарушений (лимфоцитов с фенотипом CD95+, общего IgE, фибронектина, Д-димеров – в 1,1-4 раза).

Выводы: при физиологической гестации вследствие действия факторов «физиологического повреждения», необходимых для формирования гемохориального типа плацтации, имеет место активация реакций неспецифического воспалительного ответа, сосудистого эндотелия, системы гемостаза, которые сдерживаются от системной реализации механизмами «гестационной адаптации».

А.О. Замятина, Е.А. Иванова, О.В. Меринова

ЭНДОМЕТРИОЗ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра акушерства и гинекологии,

Тюменская государственная медицинская академия

Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры Максимова Н.А.

Актуальность: по данным разных авторов, эндометриоз встречается у 38-65% женщин репродуктивного периода и по частоте занимает третье место после воспалительных процессов и миомы матки. В связи с нарастающей широкой распространенностью, высокой частотой бесплодия, выраженным болевым синдромом, приводящим к снижению качества жизни, эндометриоз превращается в медико-социальную проблему и повышает значимость поиска общего, максимально эффективного подхода к ведению пациенток и совершенствование методов профилактики.

Цель исследования: сформулировать оптимальные методы профилактики возникновения и рецидивов эндометриоза.

Материалы и методы исследования: проведено исследование распространенности эндометриоза, определены основные его проявления, выявлены факторы риска по возникновению данной патологии и сформулированы методы профилактики. В исследовании принимали участие женщины, наблюдающиеся или впервые обратившиеся к врачу акушеру-гинекологу по поводу диагностированного эндометриоза.

Результаты: эндометриоз – заболевание преимущественно молодых женщин: 20 – 25 лет (23%), 25 – 30 лет (41%), 30 – 35 (26%). Клиническая картина эндометриоза разнообразна, это и нарушение менструального цикла (100%), и бесплодие (32%) и наиболее характерные – тазовые боли (90%). Возникновению же эндометриоза у девочек и девушек может способствовать ретроградное забрасывание менструальной крови по маточным трубам во время занятиями спортом (38%). Не маловажное значение приобретает наследственная предрасположенность к заболеванию (63%). Играет роль фактор стенозирования после акушерских и гинекологических операции, во время которых происходят вскрытие полости матки и механическое нарушение целостности эндометрия: кесарево сечение (21%), вылушение фиброматозных узлов и кистозных образований (18%), операции по поводу миомы матки (9%), частые аборт (67%) и диагностические выскабливания (3%). Своевременное лечение хронических воспалительных процессов: кольпит (13%), циститы (28%), хронические заболевания ЛОР - органов (47%), хронические патологии ЖКТ (52%), а также устранение иммуносупрессирующих вирусных агентов – ВПГ (30%), ЦМГ (32%), так же следует рассматривать как меру профилактики эндометриоза.

Выводы: профилактику эндометриоза целесообразно проводить как женщинам, которые когда-то вылечились от эндометриоза, так и тем, кто никогда не сталкивался с эндометриозом. Необходимые рекомендации по профилактике возникновения и рецидивов эндометриоза включают в себя: посещение гинеколога в любом возрасте 1 раз в полгода; своевременное лечение хронических гинекологических заболеваний; борьба с повышенной массой тела; половой и физический покой в дни менструаций; выбор гормональной контрацепции, как основного метода предохранения от нежелательной беременности; отказ от абортов; предотвращение стрессовых ситуаций. Приведенные мероприятия выходят за пределы профилактики заболевания. Однако они преследуют цель возможно раннего выявления эндометриоза и своевременного начала лечения, когда можно обойтись меньшим его объемом и предотвратить генерализацию процесса.

И.А.Зубрилина, А.И.Подрезова
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО
ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С
КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ**

*Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом гинекологии детей и подростков,
Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.В.Акудович*

Материалы и методы. Нами было изучено течение раннего неонатального периода 164 новорожденных, родившихся от матерей с вульвовагинальным кандидозом и получавших комплексное (тержинан + имозимаза) и традиционное лечение тержианом. А также обследовано 42 новорожденных от женщин с нормобиоценозом влагалища в течение всей беременности. При оценке состояния новорожденного нами использовалась шкала Апгар.

Результаты. Выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) между новорожденными от матерей, получавших монотерапию и комплексное лечение вульвовагинального кандидоза. На первой минуте оценка составила соответственно 7,46 и 7,92 балла, а на 5-й минуте – 8,42 и 8,98 балла. Снижение оценки у новорожденных от матерей после монотерапии происходило из-за снижения мышечного тонуса (снижение двигательной активности), рефлекторной активности (снижение сосательного рефлекса) и изменением окраски кожных покровов (локальный и общий цианоз). Весо-ростовые показатели в момент рождения в обеих группах существенно не отличаются, но динамика веса имеет характерные черты. Так у новорожденных от матерей получавших лечение тержианом выявляется значительное падение веса в первые сутки после родов, продолжающееся до 4 суток. Восстанавливается вес лишь на 6-7 сутки. У новорожденных же основной группы не выявлено резкого падения массы тела. Исходная масса тела восстанавливается к 4 суткам. При изучении течения раннего неонатального периода было выявлено, что осложнения у новорожденных от матерей с кандидозным вульвовагинитом после лечения тержианом встречаются в 66,24 % случаев, что в 3 раза больше, чем у новорожденных от женщин, получавших комплексную терапию (22,03 %). Согласно представленных данных, токсическая эритема у новорожденных контрольной группы встречается в 7 раз чаще (14,77 %), желтуха различной степени выраженности – у каждой второй пациентки (42,05 %), пиодермия – в 3,5 раза чаще (4,55 %). Нами изучена обсемененность грибами рода *Candida* ротовой полости новорожденных в течение первых суток жизни. У 26 обследованных детей от женщин с нормобиоценозом грибы рода *Candida* не были обнаружены ни в одном случае. Из 35 новорожденных от женщин с кандидозным вагинитом, получавших традиционное лечение тержианом, у 16 (45,71 %) детей были обнаружены гри-

бы рода *Candida*. В основной группе женщин, получавших комплексное лечение, нами было обследовано 43 новорожденных, из которых грибы рода *Candida* были обнаружены только у 7 (16,28 %), реже почти в 3 раза. Различия достоверны ($P < 0,01$). Следует отметить, что инфицировались дети, рожденные от матерей с хорошим эффектом от лечения или при отсутствии такового, т.е. в тех случаях, когда не удалось добиться полной эрадикации возбудителя. Интересно отметить, что у этих женщин выявляются грибы рода *Candida* не только во влагалище, но и в прямой кишке. Одновременно нами были обследованы 23 пациентки и их новорожденные, которые поступали на родоразрешение с кандидозным вагинитом и им не успевали провести антимикотическое лечение. При отсутствии лечения в ротовой полости грибы рода *Candida* высеваются в 73,91 % случаев. Виды грибов, выделенные у новорожденных в ротовой полости, были идентичны материнским.

И.А.Зубрилина, А.И.Подрезова
**ВИДОВОЙ СОСТАВ ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ
КАНДИДОЗНОМ ВАГИНИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом гинекологии детей и подростков,
Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.В.Акудович*

Материалы и методы. Учитывая возрастающую распространенность кандидозных вагинитов при беременности, нами изучен видовой состав грибов рода *Candida* у 298 беременных женщин с кандидозным вульвовагинитом в течение 2 и 3 триместра. Видовую принадлежность выделенных штаммов грибов рода *Candida* определяли на основании результатов оценки морфологических типов роста на твердой и жидкой питательных средах Сабуро и биохимической активности ассимиляции углеводов с использованием индикаторов, методом «пестрого ряда», с контролем на полуавтоматическом анализаторе «Bio Merieux» (Франция). Для типирования были использованы 2 % растворы пяти углеводов (глюкоза, галактоза, мальтоза, лактоза, сахароза). Видовая принадлежность оценивалась по измененной окраске опытного раствора в сравнении с контролем. Использованы клинические, кольпоскопические, бактериологические, статистические методы исследования.

Результаты. В результате проведенных исследований нами выделены 9 клинически значимых в акушерской практике видов грибов рода *Candida*. Из них доминирующим возбудителем кандидозных вагинитов является *Candida albicans* (52,01 %), что вполне согласуется с наметившейся в настоящее время тенденцией возрастания роли грибов non-albicans в возник-

новении кандидозных вагинитов. Так, *Candida glabrata* выявлен у каждой восьмой (12,42%), *Candida parapsilosis* - у 21 (7,04 %), *Candida tropicalis* – у 14 (4,7 %) из обследованных пациенток. На долю же оставшихся видов (*Candida kefyr*, *Candida krusei*, *Candida intermedia*, *Candida utilis*, *Candida guilliermondii*) приходится только 9,74%. Микст – инфекция (сочетание двух и более видов грибов рода *Candida*) обнаружена у 42 (14,09 %) пациенток. Основным ассоциантом во всех случаях были грибы вида *Candida albicans* – 38 (90,48 %), которые сочетались с *Candida glabrata* - у 16 (38,10 %) пациенток, *Candida parapsilosis* – у 12 (28,57 %), *Candida kefyr* – у 6 (14,29 %), *Candida tropicalis* – у 4 (9,52 %), *Candida utilis* – у 4 (9,52 %), *Candida intermedia* – у 4 (9,52 %). У 9,52 % беременных с микст-инфекцией выявлено инфицирование тремя видами грибов рода *Candida* (*Candida albicans*, *Candida glabrata*, *Candida tropicalis*). Для подтверждения достоверности метода «пестрого ряда» нами проведено параллельное исследование видовой принадлежности грибов с использованием полуавтоматического микробиологического анализатора «Bio Merieux» (Франция). При этом совпадение результатов были отмечены у 96,67 % пациенток. Из них у 46,67 % женщин обнаружены грибы *Candida albicans*, у 20 % выявлены *Candida krusei*, у 13,33 % - *Candida glabrata*, у 10 % - *Candida parapsilosis*, у 6,67 % - *Candida tropicalis*. У одной пациентки (3,33 %) методом «пестрого ряда» не удалось идентифицировать вид возбудителя. На полуавтоматическом анализаторе, на основании особенностей в расщеплении сахаров «пестрого ряда» (углеводы расщепляются с образованием кислоты и газа, а лактоза – с образованием кислоты), морфологических особенностей спор грибов (мелкие, округлые) и роста колоний (мелкие, выпуклые, гладкие), он был определен как *Candida sake*. Полученные данные могут быть использованы для идентификации данного вида возбудителя кандидозных вагинитов методом «пестрого ряда».

Таким образом, выявлены особенности видовой принадлежности грибов рода *Candida* – возбудителей кандидозных вульвовагинитов у беременных и показано изменение структуры возбудителей за счет возрастания роли *Candida non-albicans*.

Н.Л. Иванова, А.С. Савченко
**ГОРИЗОНТОВ НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ - ВРАЧ, ПЕДАГОГ,
УЧЕНый**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В. Усова*

Профессор Николай Иванович Горизонтов родился 29 апреля 1879 г. в Казани, где и получил среднее образование. В 1899 г. он поступил на меди-

цинский факультет Юрьевского университета. С 4 курса перешел на медицинский факультет Казанского университета, в котором 22 мая 1904 года он получает звание лекаря с отличием. В том же году, интересуясь акушерско-гинекологической дисциплиной, Николай Иванович становится сверхштатным ординатором акушерско-гинекологической клиники Казанского университета. В 1908 году развертывает в ней клинико-экспериментальную работу. В 1909 г. защищает диссертацию на тему «Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов» и удостоивается медфаком и Советом Казанского университета степени доктора медицины. С 1912 года в течение 5 лет он принимал деятельное участие в научно-педагогической работе старейшей клиники, читая отдельные курсы по гинекологии и акушерству. В мае 1917 г. избирается медфаком и Советом Томского университета профессором акушерско-гинекологической клиники, директором которой он состоит до октября 1932 г. За это время подготавливает многочисленных кадры по акушерско-гинекологической дисциплине и публикует большое количество научных работ. Интересовался проблемой лучистой терапии в гинекологии. В этой области проводит ряд ценных наблюдений по вопросу рентгенотерапии доброкачественных и злокачественных новообразований женской половой сферы. Привлекаемый перспективами более широкой педагогической деятельности и более серьезной и разнообразной постановки научно-исследовательской работы, Николай Иванович в 1932 г. переходит в Новосибирский институт усовершенствования врачей в качестве заведующего акушерско-гинекологической клиникой института. Именно с профессором Горизонтовым связан период научного становления в Новосибирске акушерско-гинекологической службы. Под его руководством тысячи студентов получили специальное образование, обогатившись солидным теоретическим и практическим опытом. Им было воспитано большое число врачей и ученых, развивающих на тот момент современные акушерско-гинекологические направления во многих городах страны. За время своей деятельности он вместе со своими сотрудниками выпустил 87 научных работ. Его перу принадлежит 69 научных работ, часть которых находится в рукописях. О многогранной деятельности профессора Н.И. Горизонтова свидетельствует научная направленность его трудов, охватывающая вопросы онкогинекологии, туберкулеза половых органов, оперативной гинекологии, эндокринологии, организации здравоохранения, медицинской статистики, культурологии. За заслуги в области здравоохранения и науки Н.И. Горизонтов был награжден орденом Трудового Красного Знамени. Во время Великой Отечественной войны профессор Н.И. Горизонтов вел большую научную и практическую работу по снижению детской и материнской смертности, им изучены были влияния психогенных факторов на функционирование половой системы женщины. Большое значение имели научные разработки по применению викасола в акушерско-гинекологической практике и рекомендации по профилактике и лечению послеродовых инфекционных заболеваний антибиотиками. Отдельные темы, затронутые Н.И. Гори-

зонтовым, являются актуальными по сей день, что можно предположить, исследуя рукописи профессора, например, «Законопроект правительства о запрещении абортов и расширении сети акушерских кроватей, яслей и т.д., и наши врачебные ближайшие задачи в связи с ним». Рукопись.

В.Ю. Казакова
**АНАЛИЗ ОБЪЕМА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ВИЧ ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.С. Матюшкина

Актуальность. Проблема ВИЧ уже не одно десятилетие остается актуальной в мире: по данным ВОЗ зарегистрировано более 50 млн больных СПИДом или инфицированных ВИЧ на конец 2013 года. Уровень заболеваемости высок во многих субъектах нашей страны, среди которых и Приморский край. За период с 2011 по 2013 гг. отмечается тенденция феминизации ВИЧ инфекции в Приморском крае. Особого внимания заслуживает возрастание числа ВИЧ инфицированных беременных, что увеличивает риск вертикального пути передачи инфекции. Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери может происходить внутриутробно, интранатально, а также при грудном вскармливании. Риск вертикальной передачи ВИЧ в различных регионах составляет в среднем 30–35%. В период беременности, если не проводилась программная противовирусная защита, возбудитель передаётся плоду в 20–25% случаев; при проведении названной программы риск можно снизить до 7,5%. Приведенные данные делают необходимым и обоснованным применение перинатальной профилактики передачи ВИЧ инфекции.

Задачами нашей работы является проведение эпидемиологического мониторинга беременных с ВИЧ-инфекцией в Приморском крае и анализ проведения перинатальной профилактики.

Материалы и методы. В работе приведены статистические данные о ВИЧ-инфицированных беременных Приморского края и объеме перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции за 2011-2013 годы по данным Краевого СПИД-центра г. Владивостока. Среди всех обследованных было определено число родов и абортов, а также произведена оценка объема перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции.

Результаты и выводы. Анализируя полученные данные, можно отметить большое количество родов среди ВИЧ инфицированных женщин, что определяет задачи работы акушера-гинеколога, основной целью которой яв-

ляется рождение здорового ребенка, несмотря на инфицированность матери. Поэтому ранняя диагностика беременности у ВИЧ+ женщины и взятие ее на диспансерный учет, своевременное направление этой группы беременных в специализированные центры является первостепенной задачей акушера-гинеколога. За 2011 год Краевым СПИД-центром проведена перинатальная профилактика передачи ВИЧ-инфекции в полном объеме 74,7% женщинам от числа родивших в этом году ВИЧ-инфицированных, в 2012 году – 78%, в 2013 году – 81,6%. Экстренная химиопрофилактика (в интранатальный период и химиопрофилактика у новорожденного) проведена 16,5% родившим женщинам в 2011 году, 14,8% - в 2012 году и 12,3% - в 2013 году. Химиопрофилактика только у новорожденного проведена в 5,5%, 4,6% и 4,3% случаев в 2011, 2012 и 2013 годах соответственно. Не проводилась профилактика передачи ВИЧ-инфекции у 3,3% женщин в 2011 году, 2,6% - в 2012 году и 1,8% - в 2013 году. Анализируя данные за три года по объемам перинатальной профилактики, можно отметить увеличение случаев проведения полной химиопрофилактики среди инфицированных беременных и прогрессирующее снижение случаев с неполной химиопрофилактикой или ее отсутствием, что отражает качество работы акушеров-гинекологов в женской консультации и Краевом СПИД-центре. Таким образом, слаженная и организованная работа акушеров-гинекологов на всех этапах ведения ВИЧ-инфицированной беременной, начиная с момента постановки на учет и до периода родов, и врачей-неонатологов в послеродовом периоде может обеспечить реализацию механизмов профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ на всех трех этапах (до, во время и после родов) и рождение здоровых детей.

Ю.В. Копылова, Е.В. Волкова, О.В. Макаров
**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ
ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С
СЗРП**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва*

Актуальность. Плацентарная недостаточность (ПН) и синдром задержки роста плода (СЗРП) являются наиболее распространенными осложнениями беременности. В России СЗРП отмечается в 2,4-17% и не имеет тенденции к снижению. Ведущая роль в патогенезе ПН отводится факторам, влияющим на развитие сосудистой сети плаценты: эндотелиальный фактор роста (VEGF), плацентарный фактор роста (PlGF) и факторам, замедляющим и блокирующим процессы ангиогенеза - VEGF-R1 (Flt-1) и эндо-

глин (Eng). Изучение основ фетоплацентарного ангиогенеза позволит разработать комплекс мероприятий по ранней диагностике ПН и улучшит выбор оптимальной акушерской тактики.

Цель. Определение роли сосудистых факторов роста в патогенезе ПН.

Материал и методы исследования. В исследование включены 168 беременных: I основную группу составили 116 пациенток с ПН и СЗРП, II контрольную группу - 52 соматически здоровые пациентки с физиологическим течением беременности. Основная группа разделена на 3 подгруппы, в зависимости от степени тяжести СЗРП: 1А подгруппу составили 44 беременных с СЗРП I степени тяжести, 1Б подгруппу составили 38 беременных с СЗРП II степени и 1В подгруппу - 34 беременных с СЗРП III степени. Исследование проводили в сроке от 28 до 37 недель. Беременным проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковая фетометрия и плацентография, доплерография, кардиотокография. Специальные методы исследования: определение концентрации PlGF, s-Flt-1 и s-Eng методом ИФА.

Результаты. Выявлены достоверные отличия сосудистых факторов роста у беременных с ПН и СЗРП, по сравнению со здоровыми пациентками. Уровень s-Flt-1 у беременных основной группы в 5,5 раз выше по сравнению с контрольной группой и составил $19438,6 \pm 3131,8$ pg/ml и $3492,4 \pm 552,5$ pg/ml ($p < 0,05$). Уровень s-Eng у беременных основной группы был в 4 раза выше по сравнению с контрольной группой и составил 21600 ± 5865 pg/ml и 5440 ± 670 pg/ml ($p < 0,05$). Концентрация PlGF у беременных основной группы в 1,5 раз меньше по сравнению со здоровыми беременными и составила $146,5 \pm 45$ pg/ml и $239,1 \pm 66,9$ pg/ml, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. ПН и СЗРП характеризуются нарушением баланса между сосудистыми факторами роста, в сторону увеличения антиангиогенных факторов и уменьшения проангиогенных. Результаты исследования помогут выработать правильной тактики ведения беременности с целью снижения перинатальных осложнений и потерь.

Н.А. Короткая, Е.В. Горбунова
**ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА И
ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ
ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В.Усова*

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт - состояния, приводящие к тяжёлой инвалидизации и гибели человека. Причи-

ны, вызвавшие эти осложнения, многообразны. Например, наличие соматического и висцерального ожирения, гиперлипидемии, подагры, гипергомоцистеинемии, антифосфолипидного синдрома, малой подвижности или длительного постельного режима, развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей, а также генетически детерминированные изменения в системе гемостаза и, конечно, приём оральных контрацептивов.

Цель: ретроспективно исследовать риск возникновения инсульта и инфаркта миокарда на фоне применения гормональной контрацепции. **Задачи:** Исследовать группы женщин: 1. Имеющие другие факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (курение, возраст и т.д.). 2. Не имеющие факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ медицинской документации в терапевтическом отделении и женской консультации.

Результаты. Исследование проводилось в течение 6 месяцев. В группу исследования вошли 60 женщин в возрасте $40 \pm 3,2$ года использующие для лечения или противозачаточного эффекта гормональные контрацептивы. На фоне приёма комбинированных ОК практически у всех в исследуемой группе отмечалось значительное повышение комплекса тромбин-антитромбин (ТАТ). В большинстве случаев отмечалось повышение концентрации D-димера и агрегационной активности тромбоцитов. Тромботический инсульт случается в 6 раз чаще у принимающих ОК, чем у непринимающих. Курение и гипертензия являются наиболее важными факторами риска субарахноидального кровоизлияния. Женщинам с артериальной гипертензией свойственен повышенный риск геморрагического инсульта. Относительный риск геморрагического инсульта у принимающих ОК при наличии артериальной гипертензии в 10 раз превышает риск у принимающих препараты, но не страдающих артериальной гипертензией. У некурящих женщин, проверяющих АД и не страдающих артериальной гипертензией, при приёме ОК с низкой дозировкой стероидов риск ишемического инсульта в 1,5 раза выше, чем у не пользующихся такой контрацепцией.

Выводы. Эти данные свидетельствуют об усилении тромботической готовности женщин при приёме гормональных контрацептивов на фоне предсуществующего наследственного или приобретённого дефекта системы гемостаза.

А. В. Котельникова
**СТРУКТУРА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ**

*Кафедра акушерства и гинекологии, Дальневосточный
государственный медицинский университет, г. Хабаровск*

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

к.м.н., доц. Н. В. Стрельникова

Среди воспалительных заболеваний слизистых оболочек гениталий бактериального происхождения, возникающих во время беременности, значительное место занимают дисбиотические состояния, обусловленные изменением нормальной микрофлоры половых путей.

Целью нашего исследования было изучение микробного пейзажа органов репродуктивной системы беременных женщин с воспалительными процессами с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Материалы и методы исследования. В ходе исследовательской работы, нами осуществлялся забор содержимого влагалища женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение в связи с угрозой прерывания беременности. Определение микроорганизмов проводилось с помощью стандартных бактериологических методов по Приказу № 535. Затем у выделенных штаммов определяли чувствительность к антибиотикам диско-диффузным методом по стандартным методикам на среде Мюллера – Хинтона.

Результаты. Всего было обследовано 62 беременных женщины, у которых из грам негативной флоры преобладали штаммы *Escherichia coli* – у 16,13% исследованных женщин, которые были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину, цефтриаксону – в 87% случаев и имипенему, амикацину - в 100%. Из грам позитивной микрофлоры чаще обнаруживались *Staphylococcus epidermidis* - у 16,13% женщин, *Staphylococcus aureus* – у 11,29% женщин, чувствительные к оксациллину, амоксиклаву, цефепиму и левофлоксацину в 100% случаев. Выделены грибы *Candida albicans* у 8,06% женщин, *C. kruzei* и *C. tropicalis* - у 4,83%. У грибов высокая чувствительность определялась к флуконазолу, кетоконазолу, нистатину в 85% случаев. Вывод: в результате проведенных исследований установлено, что из влагалища беременных женщин наиболее часто выявлялись: *Escherichia coli* и *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*. Большинство штаммов, вне зависимости от их родовой принадлежности, были чувствительны к левофлоксацину, цефтриаксону, амоксиклаву, имипенему. Более 50% выделенных микроорганизмов были резистентны к гентамицину, тетрациклину, стрептомицину, эритромицину и бензилпенициллину.

А.Ю. Лядвин, С.В. Петров*, А.В. Хардииков
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ
ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доц. А.В. Хардииков*

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов при неосложненном пиелонефрите во время беременности.

Материалы и методы. Проведен анализ течения беременности и родов у 300 пациенток с неосложненным пиелонефритом (пиелонефрит впервые диагностированный во время беременности; хронический пиелонефрит с обострением во время беременности; хронический пиелонефрит без обострений во время беременности - соответственно классификации А. Я. Пытеля, С. Д. Голигорского, 1977) и у 50 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «Statistica 6.0», достоверными принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У пациенток с пиелонефритом гипохромная анемия выявлена в 28,0% случаев, что более чем в 3 раза чаще, чем у пациенток контрольной группы (8,0%). Также значительно чаще течение беременности при пиелонефрите осложнялось преэклампсией – в 18,0%, по сравнению с 4,0% в контрольной группе. В 31,0% случаев у пациенток с пиелонефритом беременность осложнялась хронической фетоплацентарной недостаточностью, маловодием в 11,0%, многоводием в 20,0% наблюдений, в группе здоровых беременных аналогичные показатели составили 12,0%, 6,0%, 8,0% соответственно. Беременность протекала с явлениями угрозы прерывания у 22,0% пациенток с пиелонефритом и только у 8,0% пациенток контрольной группы. Преждевременная частичная отслойка плаценты (хориона) наблюдалась у 17,0% пациенток с пиелонефритом и только у 6,0% пациенток контрольной группы. Частота ретенционных изменений в почках (гидронефроз I-II степени) у пациенток при наличии пиелонефрита обнаруживались в 6,25 раз чаще, чем в группе здоровых беременных – в 25,0% и в 4,0% случаев соответственно. Преждевременные роды наблюдались у 9,0% пациенток с пиелонефритом, в группе сравнения – в 4,0% случаев. Частота родоразрешения путем кесарева сечения составила 22,0% у пациенток с пиелонефритом и 12,0% - у пациенток контрольной группы. Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод у 37,0% пациенток исследуемой группы и только у 12,0% пациенток контрольной группы. Аномалии сократительной деятельности матки диагностировались у 17,0% пациенток с пиелонефритом и у 10,0% пациенток контрольной группы. Перинатальных

потерь в сравниваемых группах не было. Средняя масса новорожденных у пациенток с пиелонефритом составила: $3269 \pm 40,5$ г, что было существенно ниже, чем в контрольной группе - $3482 \pm 12,1$ г ($p \leq 0,05$). Оценка новорожденного по шкале Апгар в группе пациенток с пиелонефритом была значительно ниже, чем в контрольной группе - $7,6 \pm 0,4$ балла и $8,9 \pm 0,3$ балла ($p \leq 0,05$). Клинические признаки внутриутробного инфицирования присутствовали у 19,0% новорожденных в группе пациенток с пиелонефритом и только у 4,0% новорожденных из контрольной группы. Заболеваемость новорожденных в основной группе составила 68,0%, в группе контроля 32,0%.

При сравнении изучаемых параметров наиболее выраженные отклонения в течении беременности, родов и состоянии новорожденного наблюдались у пациенток с обострением хронического пиелонефрита во время гестации, а минимальные нарушения были у пациенток с хроническим пиелонефритом без обострения во время беременности.

Таким образом, при хроническом пиелонефрите частота осложнений беременности, родов, заболеваемость новорожденных значительно выше, чем у здоровых пациенток, достигая максимальных значений у пациенток с обострением процесса во время гестации.

А.Ю. Лядвин, С.В. Петров*, А.В. Хардигов
**ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ
НЕОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доц. А.В. Хардигов*

Цель. Выявить связь между клинической формой неосложненного пиелонефрита беременных и гистоморфологическими изменениями плаценты.

Материалы и методы. Проведено макроскопическое, морфометрическое и гистологическое исследование плацент 300 пациенток с неосложненным пиелонефритом во время беременности, разделенных на 3 группы в соответствии с классификацией А. Я. Пытеля и С. Д. Голигорского (1977): пиелонефрит впервые диагностированный во время беременности (1) ($n=100$); хронический пиелонефрит с обострением во время беременности (2) ($n=100$); хронический пиелонефрит без обострений во время беременности (3) ($n=100$) и от 50 соматически здоровых женщин (контрольная группа). У всех пациенток беременность завершилась срочными родами живым плодом без пороков развития. Данные гистоморфологического исследе-

дования плацент интерпретировались согласно классификации Цинзерлинга В.А. и Мельникова В.Ф. (2002). Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента, достоверными принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты. При макроскопическом исследовании плаценты после родов получены следующие результаты. У пациенток контрольной группы средняя толщина плаценты в средней части составила $3,2 \pm 0,3$ см. В группах 1 и 3 не выявлено статистически значимых отклонений данного параметра ($p \geq 0,5$). У пациенток 2 группы в 16,0% толщина плаценты была менее 1,5 см, а в 45,0% случаев – более 3,5 см. Наличие петрификатов, инфарктов плаценты в исследуемых группах встречалось в 37,0%, 24,0% и 0% соответственно, в контрольной группе – в 2,0% случаев. Средняя масса плаценты в контрольной группе составила $513,4 \pm 18,6$ г. У пациенток 1 и 2 групп масса плаценты была достоверно больше: $565,1 \pm 31,0$ и $651,4 \pm 16,3$ г. соответственно ($p < 0,05$), у пациенток 3 группы – $544 \pm 15,7$ г., несущественно отличаясь от массы плаценты в контрольной группе ($p \geq 0,5$). Длина пуповины у здоровых пациенток составила $62,2 \pm 2,6$ см., в группах 1 и 2 она была существенно меньше – $56,4 \pm 2,3$ см. и ($p < 0,05$); $54,2 \pm 2,7$ см. ($p < 0,05$); в 3 группе – $57,7 \pm 2,2$ см., что незначительно отличалось от показателя у здоровых пациенток ($p \geq 0,5$). У 62,0% пациенток контрольной группы была нормальная гистологическая структура плаценты; в 1 группе – в 40,0%, во 2 – в 24,0%, в 3 – в 55,0% случаев. Компенсаторно-приспособительные изменения в виде нарушения созревания ворсин, выраженной васкуляризации и увеличения числа терминальных ворсин, истончения синцитиотрофобласта, образования синцитиальных почек, синцитиокапиллярных мембран при нормальном просвете сосудов выявлены в 1 группе – в 23,0%, во 2 – в 17,0%, в 3 – в 19,0% случаев; в контрольной группе – 17,0% случаев. Инволютивно-дистрофические изменения в плаценте: уменьшение межворсинчатых пространств, наличие афункциональных зон, гиалиноз, склероз и кальциноз стромы терминальных ворсин с утолщением стенок и уменьшением просвета артерий, очаги фибриноидного некроза, инфаркты, ишемии, кисты выявлены в исследуемых группах в 19,0%, 26,0%, 16,0% случаев соответственно; в контрольной группе – в 13,0% случаев. Воспалительные изменения в плаценте выявлены в исследуемых группах в 18,0%, 23,0%, 10,0% случаев соответственно и только у 8,0% пациенток контрольной группы.

Таким образом, клиническая форма пиелонефрита оказывает влияние на гистоморфологические характеристики плаценты. Наиболее выраженные изменения плаценты выявлены у пациенток с хроническим пиелонефритом с обострением во время беременности, а также при впервые выявленном во время беременности пиелонефрите.

Ю.С. Мандрыгина
**РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ
ПУТИ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Омская государственная медицинская академия
Научный руководитель: доцент Ю.И. Чуловский*

Актуальность. На сегодняшний день стала очень актуальной проблема родоразрешения у женщин с оперированной маткой, т.к. возросла частота операции кесарево сечение (частота кесарева сечения по Омской области составляет около 20%). В России частота абдоминальных родов, в среднем, составляет 15-16%, достигая 30-40% в крупных перинатальных центрах. Следствием неоправданного роста частоты кесарева сечения является увеличение числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой, у которых ведение последующих беременностей и родов представляет серьезную проблему.

Очень часто показанием к оперативному родоразрешению является наличие рубца на матке. А на причины предыдущего кесарева сечения, анамнез, состояние рубца мало кто обращает внимание. По данным разных авторов, при наличии рубца на матке после кесарева сечения роды через естественные родовые пути с благоприятными результатами как для матери, так и для плода возможны у 25-70% беременных (Айламазян Э.К., 2005; Краснопольский В.И., 2007).

Определение тактики родоразрешения у женщин с оперированной маткой требует индивидуального подхода. Необходимо учитывать состоятельность рубца на матке, показания к первому кесареву сечению, сопутствующую патологию, акушерско-гинекологический анамнез, согласие пациентки.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 982 истории родов у женщин с рубцом на матке. Из них 22 (4,4%) родили через естественные родовые пути, 496 (95,6) пациенток родоразрешались путем операции кесарево сечение. Беременные женщины с рубцом на матке были тщательно обследованы для выработки дальнейшей акушерской тактики. 20 % женщин, оперированных повторно, отказались родоразрешаться через естественные родовые пути при полноценном рубце (клинически и по данным ультразвукового исследования), в связи с настроем на оперативное родоразрешение с момента постановки на учет в женской консультации.

Результаты. Ни один рубец на матке не может считаться абсолютно полноценным, поэтому никогда нельзя быть твердо уверенным в конечном благоприятном исходе родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке ни для матери, ни для ребенка.

Накопленный акушерами опыт позволил выделить ряд условий, при наличии которых формируется полноценный рубец и роды через естествен-

ные родовые пути становятся возможными. Этими условиями являются: наличие в анамнезе единственного кесарева сечения, произведенного поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте; неосложненное течение операции и послеоперационного периода; отсутствие при данной беременности осложнений, являвшихся показаниями к первой операции; головное предлежание плода; средние размеры плода при нормальных размерах таза; расположение плаценты вне зоны рубца; отсутствие признаков неполноценности рубца.

Резервом для родоразрешения через естественные родовые пути является разъяснительная работа в женских консультациях по возможности родов через естественные родовые при наличии полноценного рубца на матке.

Э.А. Маркова, О.А. Свитич, А.З. Хашукоева,
О.В. Макаров

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

*Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва
ФГБУ «НИИВС им. И.И. Мечникова» РАМН, г. Москва*

Актуальность. Существующий широкий спектр противовирусных препаратов не снижает частоту заболеваемости вирусными инфекциями, особенно в акушерстве и гинекологии. Доказана этиологическая роль герпесвирусной инфекции, в частности, вируса простого герпеса 2 типа (ВПГ-2) и цитомегаловируса в патологии и привычном невынашивании беременности. Фотосенсибилизированная фотомодификация крови (ФМК) – высокотехнологичный частный метод фотодинамической терапии (ФДТ), основанный на использовании фотодинамического повреждения клеток в ходе фотохимических реакций. Установлена возможность фотодинамической инактивации оболочечных вирусов. Данный факт послужил к проведению *in vitro* исследований по противовирусной ФДТ.

Целью исследования было изучение и оценка противовирусной эффективности фотосенсибилизированной ФМК при герпесвирусной инфекции.

Материалы и методы. Проводили заражение культуры клеток *Vero* вирусом простого герпеса 1 (ВПГ-1) и 2 (ВПГ-2) типов. Дозы заражения для ВПГ-1 составили 6,0, 5,0, 4,0 ТЦД₅₀/0,1мл, и для ВПГ-2 - 4,5, 3,5, 2,5

ТЦД₅₀/0,1мл. После инфицирования в полученную систему вводили раствор фотосенсибилизатора «Фотодитазин» в различных концентрациях (от 0 и 10 до 200 мкг/мл). Затем проводили лазерное облучение. В эксперименте применяли аппарат физиотерапевтический «АФС» (ООО «Полироник») с длиной волны 662 нм и максимальной мощностью излучения на выходе 180 мВт. Использовали различные дозы лазерного облучения от 0 и 0,285 до 10,62 Дж/см². Также изменяли время инкубации до и после облучения. Таким образом, для изучения механизмов фотодинамического воздействия на инфицированную ВПГ культуру клеток и оценки противовирусной эффективности фотосенсибилизированной ФМК была разработана определенная схема проведения экспериментов.

Результаты. Были подобраны оптимальные условия (концентрация фотосенсибилизатора «Фотодитазин» 10 мкг/мл, оптимальная доза лазерного облучения 1,8 Дж/см² (t облучения 30 сек), оптимальные условия экспериментов соблюдение инкубации до и после облучения не менее 30 мин) для реализации противогерпетического эффекта ФДТ *in vitro*. Комплексное воздействие лазерного облучения и фотосенсибилизатора на культуру клеток, инфицированных ВПГ-1 и ВПГ-2, приводило к достоверному снижению титра вируса более чем на два порядка (в 100-1000 раз).

Закключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии противовирусной эффективности фотодинамического воздействия на модели *in vitro*. Экспериментальные данные являются обоснованием к применению фотосенсибилизированной ФМК у пациенток с привычным невынашиванием беременности.

А.А. Наливайко, Е. В. Шмидтке ПРЕДГРАВИДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Научный руководитель: к.м.н., ассистент М.Г. Николаева*

Актуальность: ожирение привлекает специалистов различных отраслей медицины в связи с возрастающей распространенностью данной патологии. В России избыточный вес наблюдается у 30–40% женщин. Распространено ожирение и среди беременных, число которых достигает 12,3–38%. Ожирение во время беременности – фактор риска осложненного течения и неблагоприятного исхода беременности, родов и послеродового периода. В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о влиянии предгравидарного ожирения на течение и исходы беременности у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе.

Цель исследования: изучить влияние предгравидарного ожирения на течение и исходы беременности у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе.

Материалы и методы: проведено исследование случай-контроль, в которое вошло 334 женщины. Основную группу составили 167 пациенток с предгравидарным ожирением 1 или 2 степени, группу контроля - 167 женщин с нормальной массой тела. Группы были сопоставимы по возрасту и социальным характеристикам. Статистическую обработку результатов проводили методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Критическое значение уровня статистической значимости, при проверке нулевых гипотез, принималось равным 0,05. Эффект воздействия каждого конкретного фактора оценивался по величине отношения шансов (ОШ). Для демонстрации силы связи вычисляли 95% доверительный интервал (ДИ) для ОШ.

Результаты: анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что у беременных с предгравидарным ожирением достоверно чаще регистрируются гипертензивные состояния, в том числе гипертоническая болезнь 1-2 степени 10,8% (18/167) против 2,4% (4/167) ($p=0,002$) и нейрциркуляторная дистония по гипертоническому типу 22,8% (38/167) против 2,4% (4/167) ($p<0,001$). Варикозная болезнь у пациенток основной группы встречается в 1,5 раза чаще, чем в группе контроля: 43,1% (72/167) против 30,5% (51/167) ($p=0,02$). Спектр гинекологической патологии и паритет беременностей в сравниваемых группах был одинаков. Несмотря на то, что число репродуктивных потерь (самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности) на одну пациентку в группах сравнения было сопоставимо ($1,6\pm0,3$ и $1,5\pm0,4$), антенатальная гибель плода в анамнезе пациенток с ожирением встречались достоверно чаще: 0,05% (9/167) против 0,01% (2/167) ($p=0,03$). Анализ течения настоящего гестационного процесса выявил существенные отличия в группах сравнения. В группе пациенток с предгравидарным ожирением частота развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) составила 13,2%, что достоверно больше, чем в группе контроля - 6,6% (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1-4,5; $p=0,046$). Преэклампсия на фоне предгравидарного ожирения в нашем исследовании, осложнила течение беременности достоверно чаще: 39,5% против 14,4% (ОШ 2,9; 95% ДИ 2,3-6,3; $p<0,001$), в основном за счет ее средне-тяжелых форм: 19,2% против 2,4% в контроле (ОШ 9,7; 95% ДИ 3,3-28,0; $p<0,001$). У пациенток с ожирением достоверно чаще регистрировалась внутриутробная задержка развития плода: 13,2% против 6,6% в группе контроля (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1-4,5; $p=0,046$), а вес новорожденных был меньше: 3194 ± 396 против 3451 ± 543 ($p=0,05$). В основной группе преждевременные роды составили 14,4% против 4,2% в группе контроля (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,6-9,2; $p=0,001$).

Выводы: предгравидарное ожирение является неблагоприятным фоном для гестационного процесса. У пациенток с ожирением шанс развития ИЦН увеличивается в 2,1 раза, преэклампсии в 2,9 раза (в основном за счет

ее тяжелых форм), формирование ЗРП в 2,1 раза, преждевременных родов в 3,8 раза. У пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе нормализация массы тела является обязательной на этапе предгравидарной подготовки.

Т.А.Перепелова
**ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО
РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Газазян М.Г.*

Актуальность. Во всех странах отмечается рост частоты кесарева сечения (КС), который трудно остановить, так как при последующей беременности к показаниям со стороны плода присоединяется показание, обусловленное наличием рубца (Савельева Г.М., Караганова Е.Я., 2008). На процессы формирования рубца влияют многие факторы: хирургическая техника операции, шовный материал, рациональное ведение периоперационного периода, преморбидный фон женщины (Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У, 2008). Несмотря на сложившиеся принципы оперативной техники и высокое качество современного шовного материала нередкими являются случаи несостоятельности или разрыва матки по рубцу.

Цель: определить факторы формирования несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение, сформированы 2 группы: основная 32 женщины-с несостоятельным рубцом на матке, интраоперационно нижний сегмент матки у них был представлен в виде локального или тотального истончения миометрия менее 2 мм; контрольная группа - 68 женщин с полноценным рубцом.

Обследование включало: изучение общего, гинекологического и акушерского анамнеза, особенностей течения настоящей беременности, ультразвуковое исследование.

Результаты: средний возраст пациенток основной группы составил $30,0 \pm 5,26$, контрольной $30,44 \pm 4,2$ лет. Различные формы экстрагенитальной патологии выявлены у 47% беременных основной и 38% контрольной группы, среди них чаще встречались: бессимптомная бактериурия, варикозная болезнь нижних конечностей, пролапс клапанов сердца, остеохондроз, миопия, анемия.

Одно КС в прошлом имели 92% женщин контрольной и 87% основной группы, выявлено достоверно больше женщин основной группы с повторным КС: 12% против 7,3% женщин с полноценным рубцом ($p < 0,05$).

Установлены достоверные различия среди воспалительных заболеваний органов малого таза, таких как: эндометрит 19%, аднексит 15%, кольпит 15% женщин основной группы против 3%; 5,8%; 4,4% контрольной группы соответственно ($p < 0,05$). Статистически значимых различий по количеству медицинских аборт в исследуемых группах не выявлено. Интервал между предшествующим КС и настоящей беременностью, составивший менее двух лет, у женщин с несостоятельным рубцом был выявлен в 2 раза чаще. Среди женщин контрольной группы преобладали те, у которых интервал между операциями составил более 5 лет- 72%, против 53% пациенток основной группы. Данная беременность протекала с осложнениями достоверно чаще у женщин с несостоятельным рубцом: преждевременные роды у 47%, фетоплацентарная недостаточность у 22%, гестоз у 12% женщин, против 12%, 6%, 4,5% контрольной группы соответственно.

По данным УЗИ признаки внутриутробного инфицирования (амнионит, плацентит) были диагностированы в 2 раза чаще у женщин основной группы.

Выводы: к факторам влияющим на формирование неполноценного рубца на матке относятся: отягощенный соматический анамнез, повторное кесарево сечение, интервал между операциями менее двух лет, осложненное течение беременности, наличие очагов хронической инфекции.

А.И.Подрезова, И.А.Зубрилина **СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
гинекологии детей и подростков,*

Иркутский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Н.В.Акудович

Актуальность. Одним из достоверных критериев, позволяющих судить о состоянии микробиоценоза влагалища, является характер микрофлоры. Бытующие со времен Дедерлейна представления о микрофлоре влагалища, как однородной и постоянной, в настоящее время кардинально пересматриваются. Вагинальная микрорекосистема весьма динамичная и многокомпонентная по видовому составу. В настоящее время нормальную микрофлору человека принято подразделять на автохтонную, как постоянную и близкородственную организму, и транзиторную, или случайную. Автохтонная микрофлора доминирует по численности популяций, хотя количество видов её невелико, а транзиторная же не превышает 3-5 % от всего пула, составляющего микробиоценоз.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 398 женщин во II и III триместрах беременности. Из них 132 (33,17 %) пациентки состояли

на диспансерном учете по беременности в Областном перинатальном центре (ОПЦ). Они были обследованы амбулаторно. Обследование 266 (66,83 %) пациенток проводилось в отделении патологии беременных ОПЦ.

Нами было изучено динамическое изменение микробиоценоза влагалища в течение беременности у 117 пациенток. Каждая вторая женщина в течение первого триместра имеет нормальный микробиоценоз влагалища (48,28 %). Во II триместре количество женщин с нормобиоценозом влагалища уменьшается более, чем в 2 раза (22,97 %). В III триместре нормомикробиоценоз влагалища встречается в 2,4 раза ($P < 0,001$) чаще (54,46 %), чем в I триместре. Улучшение микробиоценоза влагалища в III триместре отмечено также и в других исследованиях (Черкасов С.В., 1998; Анкирская А.С., 1999; Симчера И.А., 1999; Кравчук Л.А., 2000). Это связано с качественным и количественным изменением бактериальной флоры, увеличение содержания лактобактерий в третьем триместре, которые способны подавлять рост грибов рода *Candida* и конкурировать с ними за участки связывания на эпителиоцитах (Величко Е.В., Быков В.Л., 1989).

Результаты. Известно, что от состояния микробиоценоза влагалища зависит уровень кислотности влагалищного содержимого. Так, при I степени чистоты влагалищного содержимого pH равен 4-4,5, при II степени – 5,0-5,5, при III – 6,0-7,2, при IV - $> 7,2$ (Капитаненко А.М., Дочкин И.И., 1988). Низкое значение pH создает неблагоприятные условия для развития патогенной микрофлоры во влагалище. Перекиси, опсоины, молочная, уксусная и жирные короткоцепочечные кислоты являются важными составляющими содержимого влагалища (Назарова Е.К. и соавт., 2003). Эти вещества являются продуктами жизнедеятельности лактобактерий и обеспечивают поддержание кислотности влагалищного содержимого на уровне 3,7-4,5 (Кира Е.Ф., 1999).

С целью изучения уровня кислотности влагалищного содержимого в зависимости от характера микробиоценоза нами проведена pH-метрия влагалищного содержимого 86 пациенткам с нормомикробиоценозом влагалища, 70 – с бактериальным вагинозом, 164 пациенткам с вульвовагинальным кандидозом.

Значение pH у обследованных пациенток находился в диапазоне от 3,5 до 7,5. Самые низкие значения pH нами зарегистрированы в группе пациенток с нормомикробиоценозом ($4,31 \pm 0,34$), что соответствует I – II степени чистоты влагалищного содержимого. Данный показатель вполне согласуется с приводимыми в литературе данными – 3,7-4,5 (Кира Е.Ф., 1999; Анкирская А.С., 1999).

Таким образом, результаты нашего исследования позволяют характеризовать вагинальную микроэкосистему, как весьма динамичную и многокомпонентную по видовому и количественному составу микрофлоры.

А.М. Рахатаев, У.С. Солтанбекова
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО СРЕДСТВА
МЕЗОГЕЛЬ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2,
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, Казахстан
Научный руководитель: д.м.н. Л.К. Калиева*

Одним из эффективных средств профилактики спайкообразования в брюшной полости являются противоспаечные гели. На сегодня единственным разрешенным к клиническому применению в Казахстане является противоспаечный рассасывающийся гель – Мезогель производства ООО «Линтекс». В эксперименте Мезогель вводили в объеме 10,7 мл/кг (по таблице G.S.DiZerega, 1999).

Цель исследования: Определение эффективности Мезогель в эксперименте.

Материал и методы исследования: Для определения эффективности Мезогеля экспериментально у 40 половозрелых кроликов весом от 2,0 до 3,0 кг создана модель спаек в брюшной полости. Для этого в условиях операционной производилась лапаротомия, травматизация близлежащего к слепой кишке участка париетальной брюшины путем иссечения ее скальпелем (1х1см) и десерозирования участка размером 1х1см слепой кишки влажной салфеткой, в качестве инородного тела на участки десерозации посыпался стерильный тальк.

Повторная лапаротомия производилась через 14 дней и оценивалась распространенность спаечного процесса в брюшной полости. У 30 из 40 кроликов при повторной операции выявлен спаечный процесс на участках травматизации париетальной брюшины и слепой кишки. Спайки были рыхлыми, плоскостными. Спайки во время повторной лапаротомии были разъединены острым путем, кровотечение после разъединения спаек не наблюдалось.

30 кроликов были разделены на 3 одинаковые группы однородной по развитию послеоперационных спаек. Животным 1-й группы на места разъединения спаек на париетальной брюшине и висцеральной брюшине кишечника был нанесен Мезогель тонким слоем площадью, превышающим края раны на 2 см. Во 2-й группе животным после рассечения спаек введен Мезогель в дозе 10,7мл/кг независимо от площади поражения брюшины, в 3-й группе (контрольная) животных операция ограничилась лапаротомией и разъединением спаек.

Результаты. Через 14 дней после повторной лапаротомии произведена третья лапаротомия и оценена эффективность Мезогеля. Единичные

висцеро-париетальные спайки наблюдались у 2 из 10 животных 1-й группы, и у 3 из 10 2-й группы животных. Послеоперационные рубцовые изменения на париетальной брюшине визуально были рыхлыми, тонкими с инъекцией сосудов. На кишечнике, места разъединения спаек стали незаметными.

В 3-й группе спайки наблюдались у 6 из 10 животных. В спайки были вовлечены петли кишечника, причем не только в местах разъединения, но и неповрежденных во время операции участках кишечника. Визуально спайки были рыхлыми, тонкими, также наблюдались единичные грубые, утолщенные спайки.

Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о том, что Мезогель – эффективное противоспаечное средство. Нанесение Мезогеля только на поврежденную область париетальной и висцеральной брюшины также эффективна, как и введение его в объеме 10,7 мл/кг не зависимо от площади поражения.

М.В. Решетникова, З.Э. Фарзалиева,
Е.В. Потехина, Н.М. Плющева

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ
БЕЗВОДНОМ ПРОМЕЖУТКЕ
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
кафедра факультетской педиатрии и неонатологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. ассистент Оноприенко Н.В.,
к.м.н. доцент Андриюшина И.В.*

Актуальность. Преждевременные роды – это одна из актуальных проблем в акушерстве и гинекологии. В современном мире частота преждевременных родов не только не снижается, но имеет тенденцию к увеличению за счет роста количества многоплодных беременностей, широкого распространения вспомогательных репродуктивных технологий. Сейчас каждый 14 ребенок в Российской Федерации рождается недоношенным. Актуальность данной проблемы определяется не только медицинской, но и её социальной значимостью, так как на долю недоношенных, а особенно маловесных детей приходится до 60 - 70% случаев ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП, нарушений зрения и слуха, тяжелых хронических заболеваний легких.

Цель научной работы. Определить перинатальные потери при преждевременном излитии околоплодных вод в группе беременных с очень ранними преждевременными родами.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе Новосибирского городского перинатального центра. Проанализировано 26 материнских и детских историй болезни с очень ранними преждевременными родами до 28 недель за 2012-2013 гг на базе МБУЗ НГПЦ.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 30-32 года. Обращает на себя внимание высокая частота хронических воспалительных заболевания малого таза и травматические деформации шейки матки. Необходимо отметить наличие в анамнезе у каждой пятой женщины медицинских аборт, у каждой 4-ой самопроизвольных выкидышей, в 11,5 % встречается первичное бесплодие. В 2 случаях беременность была индуцирована по программе ЭКО. В течение беременности превалировала угроза прерывания беременности.

Хроническая ВМИ - в 42,3 %, низкая плацентация – 23,%, маловодие-15,3%.

Длительность безводного периода составила от 12 до 154 часов.

В 80% случаев у матерей проведена антибактериальная терапия. У всех женщин была проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств у плода: - дексаметазоном в 62,5% и флостероном в 37,5%.

Из 27 новорожденных перинатальные потери составили всего 2 случая. Все новорожденные проходили лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, 48% - в дальнейшем были переведены на II этапе МБУЗ НГПЦ и были выписаны домой, 52% переведены в ДКБ№4

При анализе данных новорожденных обращает на себя высокий риск развития патологии – у 27% новорожденных выявлены пороки развития, у 74% - ретинопатия, практически у 100% отмечалась дыхательная недостаточность.

Выводы. Обращает на себя внимание увеличение частоты очень ранних преждевременных родов, что в свою очередь ведет к увеличению случаев ранней неонатальной смертности и развитию патологии у новорожденных. Но при своевременной профилактики респираторного дистресс синдрома плода даже на фоне длительного безводного промежутка, а также при своевременном выявлении и коррекции факторов перинатальных рисков у матерей, значительно снижается частота перинатальных потерь.

С. А.Рябова*

**РОЛЬ СКРЫТОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В
ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор В. А. Мельников*

Актуальность. Проблема бактериального вагиноза является одной из ведущих в структуре акушерско-гинекологической и перинатальной патологии в силу широкого распространения и негативного влияния на течение, исход беременности, а так же состояние новорожденного. Распространенность бактериального вагиноза среди женщин репродуктивного возраста в различных популяциях более 15-80 %. Особую проблему представляет собой рецидивирующий бактериальный вагиноз, резистентный к проводимой терапии и способствующий снижению работоспособности пациенток. Частота рецидивов бактериального вагиноза в течение трех месяцев после курса лечения – 20-30%, а в течение года – 70%.

Известно, что железо как микроэлемент, играет большую роль в регуляции метаболизма во влагалище. Ранее проведенные исследования доказали роль анемии в повышении кислотности влагалищной жидкости, что является маркером бактериального вагиноза. Несомненно, при этом главную роль играет снижение гемоглобина и соответственно сывороточного железа в сыворотки крови. Но наибольшую значимость в настоящее время приобретает проблема скрытого железодефицита, при котором количество гемоглобина остается в норме, а на первое место выступает снижение запасов железа, главным образом за счет снижения уровня сывороточного ферритина и повышения концентрации трансферриновых рецепторов.

Цель исследования: изучить влияние скрытого дефицита железа в организме женщины на развития рецидивирующего бактериального вагиноза.

Материалы и методы исследования. В исследование включена группа из 50 женщин, у которых определялись показатели ресурсов железа в крови. Основную группу составили 30 женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом. Контрольную группу составили 20 пациенток с нормоценозом влагалища. Мы сравнивали показатели ресурсов железа в организме путем забора сыворотки крови и определения в ней рутинных индикаторов ресурсов железа (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, средний объем эритроцита, среднее содержание гемоглобина в эритроците и ферритин). Определялся и более чувствительный и специфический показатель - концентрация трансферриновых рецепторов.

Результаты исследования. Нами выявлено, что при рецидивирующем бактериальном вагинозе имеется достоверное снижение запасного фонда железа, главным образом за счет снижения уровня сывороточного феррити-

на и повышения концентрации трансферриновых рецепторов в сыворотке крови. Поэтому можно обоснованно утверждать, что железодефицитное состояние организма женщины - независимый прогностический фактор риска возникновения данного синдрома. Таким образом, в случае рецидивирующего течения бактериального вагиноза у женщин целесообразно проводить исследования на наличие скрытого железодефицита. Кроме того, открываются новые перспективы в лечении и профилактике рецидивирующих дисбиотических процессов гениталий, направленные на коррекцию железодефицитных состояний.

М.М. Садыкова, А.М. Рамазанова
**ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан
Научный руководитель: доцент, к.м.н. С.А. Кабылова*

Актуальность: во время физиологической беременности происходят выраженные изменения регуляции и формирования костной ткани, что проявляется относительным снижением содержания кальция и фосфора, ПТГ, витамина D, повышением активности щелочной фосфатазы, что соответствует увеличению резорбции с одновременным снижением формирования костной ткани и потерям минеральных составляющих. Данное состояние в последствии может привести к остеопорозу.

Цель исследования: определить уровень минеральной плотности кости у беременных.

Методы и материалы: анкетирование, денситометрия пяточной кости с помощью аппарата SONOST.

Результаты. Всего было обследовано 22 беременных женщины. Прогностическими критериями развития остеопенического синдрома у беременных являются: исходное снижение МПКТ по t-критерию ниже уровня -0,60 в возрасте 18-40 лет и по z-критерию – ниже -0,35. I триместр-13,6%, I I триместр-36,4%, I I I триместр- 50%. Нормальный уровень минеральной плотности-31,5%, остеопения-68%, остеопороз-0,5%. Возраст беременных женщин: 21-25 -40,9%, 26-30-22,7%, 31-35- 22,7%, 36-40-9%, старше 41-4,7%. Значение ИП I триместр- 81,9%, II триместр- 81,5%, III триместр- 74,1%. Значение t-индекса: I триместр -0,79; II триместр -0,78; III триместр -0,71. Значение z-индекса: I триместр -0,83; II триместр -0,79; III триместр -0,8.

Выводы. У обследованных женщин в I триместре наблюдалось снижение показателя МПКТ по t-критерию, тенденция к снижению индекса проч-

ности и z-критерия. Во II триместре - динамика к дальнейшему снижению показателя МПКТ. В III триместре отмечались наименьшие значения исследованных показателей МПКТ, но не по z-индексу. Снижение минеральной плотности костной ткани, таким образом, было характерно для всех беременных женщин в условиях обследованной популяции.

Т.О. Семченко*, Д.Е. Ваулин*, Ю.К. Воронина, К.Ю. Сотникова

УЛЬТРАСТРУКТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Центральная научно-исследовательская лаборатория,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Кулешов В.М.,
д.б.н., проф. Айдагулова С.В.*

Актуальность. Биопсия эндометрия, выполненная в среднесекреторную фазу менструального цикла, важна для датировки фазы цикла с гистологической верификацией рецептивности эндометрия, что необходимо в том числе для определения даты «открытого окна имплантации» при планировании ЭКО. В последние годы структура эндометрия «вне фазы», т.е. не соответствующая фазе цикла, имеет место почти у половины фертильных женщин в популяции, что сопоставимо с показателем инфертильных пациенток репродуктивного возраста при привычном невынашивании беременности (ПНБ). Это свидетельствует о том, что рутинное гистологическое исследование эндометрия практически не содержит информации, значимой для диагностики и лечения бесплодия.

Цель работы – ультраструктурное исследование эпителиоцитов эндометрия при ПНБ.

Материалы и методы. Проведено светооптическое изучение полутонких срезов и электронно-микроскопическое изучение ультратонких срезов цуг-биоптатов эндометрия, полученных на 22–24 день менструального цикла (в лютеиновую фазу цикла) у 15 пациенток с ПНБ и 10 женщин сопоставимого возраста, обследуемых перед процедурой ЭКО по поводу мужского фактора бесплодия. Биоптаты фиксировали в 4% растворе параформальдегида, заливали в смесь эпона и аралдита, что обеспечивает высокую сохранность структуры фиксированных тканей. Светооптическое исследование полутонких срезов проводили с помощью универсального микроскопа Axio Scope.A1 (C. Zeiss), ультраструктурное исследование эпителиоцитов эндометрия – с помощью электронного микроскопа JEM-100S.

Результаты исследования. При светооптическом исследовании полутонких срезов в биоптатах эндометрия фертильных женщин отмечено пре-

обладание активно секретирующих желез с дифференцировкой glandулоцитов на реснитчатые и секреторные эпителиоциты, при этом высокие полиморфные выпячивания апикальной плазмолеммы в виде пиноподий формировались у 43 – 56% эпителиоцитов. На полутонких срезах, окрашенных реактивом Шиффа и толудиновым синим, визуализировались внутриклеточные маркеры гормонозависимой дифференцировки эпителиоцитов эндометрия, детализируемые при электронно-микроскопическом исследовании. В ядрах большинства glandулоцитов локализовались «внутриядерные вакуоли», или внутриядерная канальцевая система; в цитоплазме имелись крупные депозиты гликогена и мегамитохондрии, сопоставимые с размерами ядра, с большим числом регулярно упакованных крист.

У всех пациенток с ПНБ в среднюю стадию фазы секреции менструального цикла отмечены структурные маркеры выраженной атрофии эндометрия, в том числе атрофии и гипосекреции эпителиоцитов при отсутствии внутриядерных канальцевых систем, ядрышек, мегамитохондрий и наличием диффузных зерен гликогена в отдельных клетках; невысокие пиноподии на апикальной плазмолемме отмечены лишь у 2 – 4% эпителиоцитов.

Выводы. Выявленные ультраструктурные изменения эпителиоцитов отражают незавершенность секреторной трансформации эндометрия и свидетельствуют о торможении терминальной дифференцировки эпителия эндометрия, являющегося представителем гормонозависимых быстрообновляющихся тканей, что имеет несомненное значение в патоморфогенезе привычного невынашивания беременности.

Т.С. Сигильетова*
**СЛУЧАЙ ФЛЕБОТРОМБОЗА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ
КОНТРАЦЕПЦИИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Тюменская государственная медицинская академия
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.А. Карпова*

Актуальность. На сегодняшний день во всем мире проблема тромбозов и тромбозмболий занимает значительное место в практической медицине, в том числе в акушерско-гинекологической практике. По данным исследований, проведенных в 90х годах, риск развития венозного тромбоза при приеме гормональных контрацептивов увеличивается в 2-3 раза. Значительный риск тромботических и тромбозмболических осложнений может наблюдаться при наличии у женщины генетически обусловленного или приобретенного тромбофилического состояния. Однако при воздействии дополнительного фактора – такого, как назначение гормональных контрацептивов, риск тромботических осложнений многократно увеличивается. В на-

стоящее время к наиболее изученным и распространенным тромбофилиям относятся антифосфолипидный синдром и генетические тромбофилии – мутация Лейдена, мутация протромбина G20210A, мутация метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T), дефицит протеина C, дефицит протеина S, дефицит антитромбина III. Роль сочетания других тромбогенных полиморфизмов до конца не изучена.

Клиническое наблюдение. Пациентка Б., 23 лет госпитализирована в экстренном порядке в ГБУЗ ТО ОКБ №2 с жалобами на боли, отек в левой нижней конечности в течение двух суток. Диагноз: илеофemorальный тромбоз слева. Социальное положение – служащая. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. Половая жизнь – регулярная. Контрацепция – эстроген-гестагенное кольцо (15 мкг этинилэстрадиола/120 мкг этоноргестрела в сутки) в течение трех менструальных циклов. Семейный тромбофобический анамнез отягощен во второй степени родства: у бабушки со стороны матери инфаркт в возрасте 40 лет с летальным исходом.

Молекулярно-генетическое тестирование выполнялось на базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», методом ПЦР в режиме реального времени в препаратах ДНК человека полученных из цельной периферической крови. Выполнено исследование генетических полиморфизмов, ассоциированных с риском нарушения системы гемостаза и генов фолатного цикла: протромбина (F2 G20210A), проакцелирина (FV G1691A), фибриногена (FGB G455A), ингибитора активатора плазминогена тип I (PAI-I 5G6754G), α -2 интегрин - тромбоцитарного рецептора к коллагену (ITGA2 C807T), b3-интегрин - тромбоцитарного гликопротеина IIIa к фибриногену (ITGB3 T1565C), метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T), метионинсинтетазаредуктазы (MTRR A66G), метионинсинтетазы (MTR A2756G).

У пациентки выявлено сочетание гетерозиготных полиморфизмов генов проакцелирина (FV G1691A), α -2 интегрин (ITGA2 C807T), ингибитора активатора плазминогена тип I (PAI-I 5G6754G), метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T), метионинсинтетазаредуктазы (MTRR A66G). Тромбофильный риск составил 7 баллов.

Вывод. Данное клиническое наблюдение показывает, что претромботическое состояние, обусловленное сочетанием аллельных полиморфизмов генов FV G1691A, ITGA2 C807T, PAI-I 5G6754G, MTHFR C677T, MTRR A66G было реализовано при воздействии внешнего, тромбогенного фактора риска – гормональной контрацепции (эстроген-гестагенного кольца). Стоит обратить внимание на необходимость тщательного сбора наследственного тромбофобического анамнеза даже у лиц молодого возраста и использовать индивидуальный подход при назначении гормональной контрацепции. А при отягощенном тромбофобическом анамнезе – выполнять молекулярно-генетическое тестирование на врожденную тромбофилию.

М.А. Симухина*

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии,

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Научный руководитель: д.м.н., профессор Р.И. Шалина

Актуальность. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) признан эффективным методом лечения миомы матки у пациенток, выполнивших свою репродуктивную функцию. Вопрос об использовании эмболизации маточных артерий для лечения миомы матки у пациенток, планирующих беременность, остается открытым.

Цель исследования - определить возможность использования ЭМА для лечения миомы матки у этой группы пациенток.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование историй родов 160 пациенток, которые были разделены на 2 группы. I группу составили 76 пациенток, которым была произведена ЭМА по поводу миомы матки. Размеры миоматозных узлов до ЭМА варьировали от 8 см до 25 см., после ЭМА размеры уменьшились на 30-60%. II группу составили 84 пациентки с миомой матки, которым ЭМА не проводилась, размеры миоматозных узлов у них варьировали от 4 до 20 см; из них гигантские - 18 (21,4%), множественные - 7 (8,3%). Всем пациенткам проведено исследование общих клинических показателей, гормонального статуса, ультразвуковая биометрия плода, кардиотокография и доплерометрия; после родов - комплексное обследование новорожденных. Изучаемые группы были сопоставимы по возрасту, гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Результаты. После ЭМА беременность наступила через 1 год — у 24 (31,6%), через 2 года — у 42 (55,3%), через 3 года — у 9 (11,8%). Угроза прерывания беременности в I группе отмечена у 32 (50%), а во II группе - в 1,5 раза чаще. Быстрый рост миоматозных узлов во время беременности отмечен только у 4 (5,5%) пациенток II группы. У 64 (84,2%) пациенток в I группе и 73 (86,9%) во II беременности закончилась родами, у остальных — прерыванием беременности в I триместре. В I группе все роды были своевременными, тогда как во II группе у 19,2% роды были преждевременными, что в 3 раза чаще, чем в популяции. Частота оперативных родов (КС) в I группе составила 43,7%, во II — в 1,3 раза чаще. Показание к КС у 1/3 пациенток I группы — рубец на матке после предшествующей миомэктомии, другие наиболее частые показания: рубец на матке после операции КС, несостоятельный по данным УЗИ — 21,4%, соматическая патология — 16%, шеечно-перешеечное расположение миоматозного узла — 7,1%, тазовое предлежание — 10,7%. Во II группе показание к КС у большинства

- 40% - миома матки больших и гигантских размеров, другие показания: рубец на матке после операции КС, несостоятельный по данным УЗИ – 10%, быстрый рост миоматозного узла – 10%, упорная слабость родовой деятельности – 7,5%. В I группе у большинства кровопотеря не превысила 500 мл и лишь у 3 (10,7%) составила 1000-1200 мл. Во II группе массивная интраоперационная кровопотеря (1000-1400 мл) встречалась в 3 раза чаще. Хроническая внутриутробная гипоксия плода в I группе - у 3(4,7%), во II - в 3 раза чаще - у 9(12,3%). Только во II группе выявлена ЗРП — 7(9,5%), у 1 - антенатальная гибель плода на сроке 33 недели. В I группе только у 9,7% новорожденных вес составил менее 3000г. Во II группе относительно высоко число детей, родившихся с массой тела до 3000г - 35(48,6%). Только у новорожденных во II группе отмечались: гипоксически-ишемические изменения – 9 (12,5%), незрелость – 2 (2,8%), субэпидимальная киста-1(1,4%), внутрижелудочковое кровоизлияние - 1(1,4%).

Выводы. Результаты сравнения выбранных групп показывают, что у пациенток с миомой матки, перенесших ЭМА, осложнения во время беременности и родов, в перинатальном периоде встречаются в 1,2-2 раза реже, чем у пациенток с миомой матки, кому данный вид лечения не проводился. Указанное позволяет рекомендовать ЭМА как метод лечения миомы матки у женщин, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Е.И.Скорбач*

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А. Щербина*

Актуальность. В 60-80% женщин после гистерэктомии (ГЭ), независимо от объема операции, развивается постгистерэктомический синдром (ПГС). Характерные проявления ПГС (нейровегетативные, психоэмоциональные и обменно-эндокринные расстройства) развиваются в результате гипозстрогении, возникающей из-за редукции кровотока и иннервации яичников (яичника) после выполнения ГЭ. Ишемизация яичников ускоряет дегенеративные и атрофические процессы и приводит к угасанию овуляторной и гормонопродуцирующей функции. Особое значение в развитии микроциркуляторных расстройств уделяется эндотелию сосудов.

Поэтому целью данного исследования было определение особенностей гемодинамики органов малого таза и маркеров эндотелиальной дисфункции у женщин с ПГС.

Материалы и методы. К исследованию были привлечены 60 женщины в возрасте 40-51 лет. Основную группу составили 30 женщин, которым была проведена ГЭ с сохранением яичников. Группу контроля составили 30 практически здоровых женщин фертильного возраста, у которых при обследовании не выявлено патологических отклонений.

Изучение кровотока в яичниковых артериях проводили доплерометрическим методом по общепринятой методике на аппарате «Medisson Sono Ace 8000 SE» (Корея) конвексным трансабдоминальным датчиком с частотой 3-7 МГц, вагинальным датчиком с частотой 4-9 МГц с функцией цветного доплеровского картирования. Оценивали систолическую и диастолическую скорость кровотока, пульсационный индекс, индекс резистентности и систоло-диастолическое соотношение.

Определение содержания эндотелина-1 в плазме крови проводили иммуноферментным анализом с использованием набора реактивов Endothelin-1 ELISA System производства фирмы «Amersham Pharmacia Biotech» (Великобритания).

Всем женщинам проводили доплерометрическое исследование особенностей кровотока в яичниковых артериях путем идентификации при сканировании ворот яичников яичниковой артерии. У женщин контрольной группы при доплерометрическом исследовании кровотока в яичниковых артериях доплерограммы имели вид двухфазной кривой без нулевых и отрицательных компонентов.

Результаты. Исследование доплерограмм у женщин основной группы показало, что значения индексов сосудистого сопротивления значительно выше, нежели у пациенток контрольной группы ($p < 0,05$), что свидетельствует о низкой скорости кровотока в яичниковых сосудах. При этом у женщин основной группы отмечено замедление систолической и диастолической скорости кровотока, нежели у женщин контрольной группы ($p < 0,05$).

При исследовании эндотелиальной функции наблюдалось увеличение концентрации эндотелина-1 почти в 2 раза по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Таким образом, нарушение микроциркуляции в яичниках может происходить вследствие острой ишемизации в результате исключения с их кровоснабжение ветвей маточных артерий, а также вследствие эндотелиальной дисфункции. Поэтому на основании этиопатогенетических изменений, которые происходят у женщин после ГЭ, а именно: появление гемодинамических расстройств в органах малого таза и развитие эндотелиальной дисфункции, позволит сформировать основные направления коррекции ПГС, направленные на восстановление кровотока в яичниковых артериях, и нормализовать эндотелиальную дисфункцию у женщин, перенесших ГЭ в репродуктивном возрасте.

Д.С. Спиридонов*

**ЭКСТРЕМАЛЬНО РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.
ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им Н.И. Пирогова, г. Москва
Научный руководитель: д.м.н., проф. Р.И. Шалина*

Актуальность. С 2012 года в Российской Федерации преждевременными считаются роды, наступившие на сроке с 22 до 37 недель гестации. На данный момент нет определенного подхода к ведению экстремально ранних преждевременных родов (ЭРПР) (22-27 нед).

Цель. Определить оптимальный метод родоразрешения при ЭРПР для снижения летальности и заболеваемости в условиях специализированного перинатального центра.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 135 историй родов и развития новорожденных после ЭРПР (2009-2013 гг.). Исходы оценивались путем обследования детей: клинический осмотр, лабораторные анализы, нейросонография, рентгенография, УЗИ, эхография, консультации неонатолога, нейрохирурга, офтальмолога, детского хирурга.

Результаты. 91 (67,4%) беременностей закончились родами через естественные родовые пути (ЕРП), 44 (32,6%) путем кесарева сечения. При гестационном сроке 22-25 недель КС проведено у 9 (20,5%) по абсолютным показаниям (преэклампсия, кровотечение). В 26-27 недель КС у 23 (65,7%) – по относительным показаниям (острая гипоксия плода – 10 [43,5%], хориоамнионит при ПИОВ – 13 [56,5%]); у 12 (34,3%) – по экстренным. При родоразрешении через ЕРП живыми родилось – 72 (79,1%), после КС – 39 (88,6%). В 22-25 недель летальность после КС и родов через ЕРП составила 3 (15,8%) и 9 (45%) соответственно, в 26-27 недель – 2 (8%) и 10 (14,1%). 11 (8,6%) новорожденных умерли в течение 168 часов (9 после родов через ЕРП и 2 – после КС) причина ВЖК III степени. В структуре ранних осложнений преобладали ВЖК: I степени у 9 (6,67%) (7-роды, 2-КС), II степени – 23 (17%) (17-роды, 6-КС), III степени – 17 (12,6%) (8-роды, 9-КС). ВЖК III степени наблюдалось у детей после КС только в 22-25 недель. Внутриутробная инфекция зарегистрирована у 76 (56,2%), из них у 53 (39,3%) – внутриутробная пневмония. В последующем у 33 (24,4%) сформировалась бронхолегочная дисплазия, у 3 (2,2%) из них выполнена лобэктомия с положительным эффектом. Проведено 19 (14,1%) операции по закрытию боталлова протока (медикаментозное – 11, хирургическое – 8); 3 (2,2%) коррекции гидроцефалии путем создания искусственного шунта; 9 (6,7%) коагуляции сетчатки в связи с ретинопатией недоношенных 3+ стадии. Все инвазивные процедуры проведены с положительным эффектом, что позволило устранить осложнения у 23 (17%) детей.

Проанализировано 19 историй развития детей. К 1-3 годам 2 ребёнка условно здоровы (после КС). У остальных отмечена сочетанная патология. Детский церебральный паралич выявлен у 5, ретинопатия 1-2 стадии – 7.

Выводы. 1) Кесарево сечение, проведенное по относительным показаниям при ЭРПР, приводит к снижению летальности, заболеваемости и частоты ВЖК II-III степени.

2) Кесарево сечение, особенно до 25 недель, не исключает осложнений, связанных с незрелостью органов и систем плода.

3) Использование новых технологий в лечении детей снижает тяжелую органическую патологию органов зрения и ЦНС.

Д.А. Ступин* В.М. Васильева* Д.А.Стержнева А.Н.Селецкий СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
гинекологии детей и подростков,*

*Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Семендяев*

Актуальность. Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) в 10 – 20% случаев является причиной синдрома хронической тазовой боли у женщин. Тазовая боль при данной патологии связана с дистрофическими и функциональными изменениями венозной сосудистой стенки. Это приводит к расстройству регионарной и внутриорганный гемодинамики, нарушению тканевого дыхания, избыточному образованию продуктов клеточного метаболизма. Состояние иммунного и цитокинового статусов при ВБВМТ у женщин остается малоизученной проблемой.

Цель. Изучение роли иммунного и цитокинового ответа в развитии ВБВМТ у женщин.

Материалы и методы. Нами обследовано 45 пациенток с ВБВМТ в возрасте от 20 до 45 лет. В зависимости от степени варикозного расширения яичниковых вен (ВРЯВ) (Озерская И.А., Агеева М.И. 2009 г.) указанные больные, были разделены на 3 группы в зависимости от диаметра сосудистого просвета. Первая группа (диаметр ВРЯВ соответствует 5 – 7 мм.) состояла из 31 больной (69,6 %); Вторая группа (диаметр ВРЯВ равен 8-9 мм) включала 8 пациенток (18,8 %); В третью группу (диаметр ВРЯВ составляет больше 9 мм) входило 5 больных (11,6 %). Для оценки иммунного состояния использовался метод непрямой флуоресценции мышинными моноклональными антителами. Определялись CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (цитотоксические клетки/Т-супрессоры), CD16, CD20, CD25, CD38, CD95. Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, М, G опреде-

ляли, методом иммунопреципитации в агаровом геле. Цитокиновый ответ оценивали по уровню содержания в крови ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4 и ФНО α .

Результат. В зависимости от степени выраженности ВРЯВ у пациенток наблюдалось снижение CD3 $^{+}$. При этом одновременно повышался уровень НК – клеток (CD16 $^{+}$) и Т – клеток (CD25 $^{+}$, CD38 $^{+}$, CD95 $^{+}$). Экспрессия CD25 молекул указывала на высокий уровень готовности к провоспалительным влияниям, опосредованным интерлейкином-2. Экспрессия CD38 $^{+}$ молекул – свидетельствовала о активации лимфоцитов. CD95 молекулы экспрессируют на мембранах преапоптотических лимфоцитов. У пациенток с 3 стадией ВРЯВ отмечено снижение уровня CD4 $^{+}$ лимфоцитов (Т-хелперы) и CD20 $^{+}$ лимфоцитов (В-лимфоциты). При оценке состояния гуморальной защиты отмечалось снижение уровня иммуноглобулинов в зависимости от степени ВРЯВ. С целью изучения содержания интерлейкинов кровь бралась во время лапароскопии из варикозно расширенных сосудов гроздевидного сплетения. Отмечено повышение уровня ИЛ-1 β , ИЛ-2 и ФНО α . Полученные результаты коррелировали с увеличением дилатации венозных сосудов.

Д.А. Ступин*, В.М. Васильева*, Д.А.Стержнева,
А.Н. Селецкий

КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом гинекологии детей и подростков,
Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н. профессор А.А. Семендяев*

Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) у женщин в 10-20 % случаев является причиной хронических тазовых болей. В связи с многообразием причин вызывающих ВБВМТ, лечение заболевания представляет сложную задачу. Флеботические изменения в сосудистой стенке при ВБВМТ указывают на нарушения в иммунном ответе организма на воспалительный процесс.

Цель – усовершенствовать терапевтическое лечение больных с ВБВМТ.

Материалы и методы. Использована схема лечения, включавшая, помимо общеизвестных флеботропных средств, дополнительный прием иммуностимулирующего препарата ронколейкин (интерлейкина-2), 1,5 % раствор янтарной кислоты - реамбирин, позволяющей повысить эффективность цикла трикарбоновых кислот, а также препараты – актовегин, подавляющий депрессию процессов энергетического обмена в клетках и эссенциале - восста-

навливающий нормальное соотношение липидов в мембранах лимфоцитов.

Предлагаемую схему консервативного лечения ВБВМТ проводили 51 больной на протяжении 10 дней. Группу сравнения составили 12 пациенток получавшие только венотропные средства.

Эффективность проводимых лечебных мероприятий оценивали по динамике изменений лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индексу стресса (ИС), изменению фенотипа лимфоцитов.

Результаты. В процессе лечения было обнаружено, что у пациенток получавших комплексное лечение включавшее флебо-, иммуно- и метаболическую терапию значительно быстрее происходило увеличение числа $CD3^+$ и $CD4^+$ лимфоцитов, имелось преобладание активированных $CD38^+$ лимфоцитов над $CD25^+$ и преапоптотическими $CD95^+$ лимфоцитами, снижалась функциональная нагрузка на $CD8^+$, $CD16^+$, $CD20^+$ по сравнению с аналогичными показателями у женщин в лечении которых использовались только флеботропные препараты.

Использование комплексной терапии приводило к снижению фагоцитарного числа (ФЧ) и увеличению показателя фагоцитарного индекса (ФИ), более быстрому восстановлению показателей клеточного и гуморального звеньев иммунной системы, уменьшению концентрации ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4 и ФНО α .

Предлагаемая схема лечения ВБВМТ, способствовала повышению венозного сосудистого тонуса, уменьшению «сброса» и снижению конгестии крови в венозных сплетениях малого таза.

При варикозном расширении яичниковых вен превышающем 10 мм (III степень дилатации), комплекс проводимых консервативных мероприятий не приводил к достоверным положительным изменениям в параметрах иммунного ответа больных с ВБВМТ, что указывало на целесообразность использования на первоначальном этапе лечения таких пациентов, хирургической коррекции (флебосклерозирование, клипирование, перевязка и др. венозных сосудов) тазовой венозной конгестии.

Таким образом, больным с ВБВМТ на ранних этапах заболевания в комплекс лечебных мероприятий целесообразно включать флебо-, иммуотропные и метаболические препараты. При выраженных формах ВБВМТ, лечение следует начинать с хирургической коррекции.

Ю.С. Тимофеева
**ЭКСПРЕССИЯ ПРОТЕОГЛИКАНА ДЕКОРИНА
В ЭНДОМЕТРИОПОДОБНОЙ ТКАНИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Центральная научно-исследовательская лаборатория,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. И.О. Маринкин,
д.б.н., проф. С.В. Айдагулова*

Актуальность. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) является распространенной патологией среди женщин позднего репродуктивного и климактерического периодов и часто сочетается с другими пролиферативными процессами в матке. В этиопатогенезе аденомиоза играют роль внутриматочные вмешательства, обуславливающие развитие компенсаторных структурных изменений в эндо- и миометрии с экспрессией ряда молекул, участвующих в механизмах сигнальной трансдукции.

Цель работы – клиническое и иммуногистохимическое исследование внутреннего эндометриоза с акцентом на изучении экспрессии дерматансульфат протеогликана декорина в эндометриоподобной ткани.

Материалы и методы. Изучены клинические данные и операционный материал 3 женщин с аденомиозом в возрасте от 41 до 46 лет ($43,8 \pm 1,8$ лет). Оперативное лечение проводилось в плановом порядке: в 2-х случаях - в объеме надвлагалищной ампутации, в одном – в объеме простой экстирпации матки. В качестве группы сравнения исследованы образцы цуг-биопсии, полученные на 24 день менструального цикла у 3 женщин репродуктивного возраста с привычным невынашиванием беременности (ПНБ), обследуемых перед процедурой ЭКО. Образцы операционного материала фиксировали в забуференном формалине; на парафиновых срезах с помощью двухшагового стрептавидин-биотинового метода изучали экспрессию декорина; продукты реакции визуализировали диаминобензидином.

Результаты исследования. На основании клинического обследования, интраоперационных данных и послеоперационного гистологического исследования, во всех 3-х случаях установлен аденомиоз, диффузная форма, 2-я стадия. В гинекологическом анамнезе у пациенток: хронический сальпингит, миома тела матки (в одном случае - симптомная множественная; в 2-х других – одиночные, клинически не значимые), патология эндометрия (у одной – полипоз, у 2-х – железисто-кистозная гиперплазия), медицинские аборт (от 6 до 13); у всех женщин диффузная мастопатия по фиброзному типу.

Иммуногистохимическое исследование экспрессии декорина в биоптатах эндометрия пациенток с ПНБ продемонстрировало неравномерный диффузный экстрацеллюлярный характер распределения продуктов реакции в подэпителиальной строме с усилением концентрации в периваскулярных

скоплениях коллагеновых волокон. В отличие от ПНБ, в образцах с аденомиозом, характеризующихся наличием эндометриоподобной ткани в толще миометрия, обращал на себя внимание и клеточный, и внеклеточный характер локализации продуктов реакции. Отмечено DAB-позитивное окрашивание цитоплазмы некоторых матрикс-продуцирующих периваскулярных клеток и перичеллюлярных коллагеновых волокон. Но в отличие от ПНБ, положительная иммуногистохимическая реакция имела место в отдельных клеточных элементах цитогенной стромы и клеточного инфильтрата, а также в одиночных моноклеарных клетках, мигрирующих интраэпителиально. Важно отметить, что аналогичный характер экспрессии декорина отмечен в эутопическом эндометрии пациенток с аденомиозом.

Вывод. У пациенток с диффузным аденомиозом 2-й стадии с помощью иммуногистохимического исследования парафиновых срезов эндометриоподобной ткани продемонстрированы особенности экспрессии дерматансульфат протеогликана декорина. Наибольшего внимания заслуживает положительная иммуногистохимическая реакция в очагах моноклеарной клеточной инфильтрации, приуроченной к железистым структурам.

Ю.С. Тимофеева

МАРКЕР МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ДЕКОРИН В ПАТОМОРФОГЕНЕЗЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра акушерства и гинекологии,

Центральная научно-исследовательская лаборатория,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., проф. И.О. Маринкин,

д.б.н., проф. С.В. Айдагулова

Актуальность. Эндометриоидная болезнь имеет фундаментальные аналогии с опухолевым ростом. Возрастание экспрессии ряда протеогликанов и ферментов их метаболизма при злокачественном процессе, прямо коррелирующее с метастазированием, направляет вектор исследований к изучению ремоделирования соединительной ткани и при эндометриозе.

Цель исследования - провести иммуногистохимическое исследование эндометриоидного поражения яичников с акцентом на изучении характера экспрессии дерматансульфат протеогликана декорина.

Материал и методы. Исследованы 14 женщин 27,7±5,2 лет с эндометриозом яичников 2-й степени (6 пациенток) и 3-й степени (8 пациенток). Из них 5 (35,7%) женщин применяли комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в течение 6 мес до операции. Оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке: 13 пациенткам - лапароскопическим доступом в объеме вылуцивания кисты и в одном случае - через лапаротом

ный доступ по Пфаннештилю в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками. В парафиновых срезах эндометриоидных кист яичников изучали экспрессию декорина (мышинные anti-human первичные антитела, «Invitrogen», США) с помощью двухшагового иммуногистохимического исследования (микроскоп Axio Scope.A1, фотокамера AxioCam MRc5 (C. Zeiss). Оценку площади продуктов иммуногистохимической реакции проводили с помощью программного обеспечения Zen blue (C. Zeiss) и программы Statistica 6.0.

Результаты. На поперечных срезах стенка эндометриоидных кист образована несколькими слоями: как правило, резко редуцированный или десквамированный эпителий с подлежащей цитогенной стромой с высокой степенью васкуляризации, прослойка с высоким содержанием сидерофагов и толстый слой фиброзной ткани с немногочисленными матрикс-продуцирующими клетками. Ширина цитогенной стромы на большем протяжении кист была незначительной. На фоне применения КОК появлялись признаки фиброзирования. В половине наблюдений в препаратах содержались участки овариального коркового слоя с одиночными примордиальными фолликулами, в пределах которого не было выявлено структурных маркеров эндометриоидного процесса.

При иммуногистохимическом исследовании парафиновых срезов цитогенная строма в эндометриоидных кистах яичников характеризовалась более значительной экспрессией декорина с интрацеллюлярной концентрацией продуктов реакции. Важно отметить, что в образцах операционного материала пациенток, принимавших перед операцией КОК, экспрессия декорина в цитогенной строме была не столь значительно, но достоверно снижена ($p=0,047$), по-видимому, в том числе за счет уменьшения «клеточности» цитогенной стромы. Перицитогенная фиброзная ткань характеризовалась очаговой и диффузной экстрацеллюлярной экспрессией декорина, ассоциированной с локализацией коллагеновых волокон, не имея значимых различий в зависимости от применения КОК ($p = 0,055$).

Вывод. При эндометриозе яичников 2-й и 3-й степени в парафиновых срезах овариальных эндометриоидных кист с помощью двухшагового стрептавидин-биотинового иммуногистохимического исследования продемонстрирована экспрессия дерматансульфат протеогликана декорина в клеточных элементах стромы и экстрацеллюлярном матриксе, выраженность которой в цитогенной строме была достоверно ($p=0,047$) снижена в условиях применения КОК в течение 6 мес перед оперативным вмешательством.

Ю.С. Тимофеева, Ю.А. Диреева
**АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра медицинской химии
Новосибирский государственный медицинский университет*

Научные руководители: д.м.н., проф. О.Н. Потеряева,

к.м.н., доц. С.В. Вишнякова

Введение. Ведущими патогенетическими факторами развития плацентарной недостаточности (ПН) являются неполноценность инвазии цитотрофобласта и морфофункциональные изменения сосудистой системы плаценты. Матриксные металлопротеиназы 2 и 7 (ММП-2,7), являясь ключевыми факторами тканевого ремоделирования, обладают способностью инициировать инвазивные процессы за счёт гидролиза коллагенов базальных мембран и экстрацеллюлярного матрикса, а также участвуют во всех процессах клеточной пролиферации, дифференциации и ангиогенеза.

Цель работы: определить уровень ММП-2,7 в сыворотке крови беременных женщин с хронической компенсированной и субкомпенсированной плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование включены 20 женщин, проходивших стационарное лечение в Отделении патологии беременных в Родильном доме МБУЗ ГКБ №25, из них 10 женщин в возрасте $24,9 \pm 3,1$ год с компенсированной ПН и 10 женщин в возрасте $25,9 \pm 4,3$ года с субкомпенсированной ПН. У пациенток с компенсированной ПН по данным ультразвукового исследования (УЗИ) угроза прерывания беременности выявлена в 60%, низкая плацентация – в 30%, единственная артерия пуповины – в 20% случаев, у одной женщины обнаружены вторичные изменения плаценты. По доплерометрии нарушение маточно-плацентарного кровотока (стадия IA) зарегистрировано у одной пациентки. У женщин с субкомпенсированной ПН по данным УЗИ задержка роста плода (ЗРП) I-II степени выявлена в 100% (асимметричная форма – 60%, симметричная форма – 40%), угроза прерывания беременности – в 40%, низкая плацентация – в 40%, вторичные изменения плаценты – в 70% случаев. По доплерометрии нарушения маточно-плацентарного кровотока (стадии IA-IB) выявлены у 50 % женщин. Контрольную группу составили 5 условно здоровых, обследованных женщин, в возрасте от 22 до 30 лет, поступивших в родильный дом в латентной фазе первого периода родов.

Активность ММП-2,7 определялась в образцах сыворотки крови с использованием флуоресцентного субстрата MCA-Pro-Ley-Gly-Leu-DPA-Ala-Arg-NH₂ (ICN Biomedicals Inc., Calbiochem, USA). К 200 μ л рабочего раствора субстрата добавляли 20 μ л неразведенной сыворотки крови, смесь инкубировали в течение 60 мин при 37 °С. Остановку реакции проводили 900 μ л 3 % раствором уксусной кислоты. Измерение проводили на спектрофлу-

ориметре (Shimadzu RF-5301 PC, Япония) при экстинции 325 nm, эмиссии 393 nm. Активность выражали в мкмоль МСА/л/ч.

Результаты. В контрольной группе активность ММП-2,7 составила $99,78 \pm 7,3$ мкмоль/л/ч, в группе с компенсированной ПН – $111,43 \pm 33,46$ мкмоль/л/ч ($p=0,108$), в группе с субкомпенсированной ПН – $56,99 \pm 9,03$ мкмоль/л/ч ($p=0,018$). При асимметричной форме синдрома ЗРП активность ММП-2,7 – $63,45 \pm 4,28$ мкмоль/л/ч, при симметричной форме – $47,3 \pm 6,6$ мкмоль/л/ч ($p=0,041$).

Выводы. Выявлено снижение активности ММП-2,7 при субкомпенсированной плацентарной недостаточности. При этом обнаружено, что активность металлопротеиназ при симметричной форме синдрома ЗРП достоверно ниже, чем при асимметричной форме. При компенсированной плацентарной недостаточности отмечена недостоверная тенденция к повышению металлопротеиназ по сравнению с контролем.

А.М. Труфанова
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО
СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОК НГМУ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В. Усова*

Актуальность. Предменструальный синдром (ПМС) - патологический симптомокомплекс, проявляющийся нейropsychическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями во второй фазе менструального цикла. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты встречаемости и омоложению ПМС. Распространенность ПМС в женской популяции варьируется от 20 до 90%, при этом, по данным Лединой А.В. и Прилепской В.Н. до 40% страдают достаточно тяжелыми формами ПМС. Наличие данного заболевания у женщин препятствует их профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушает межличностные отношения.

Цель исследования - определение особенностей течения предменструального синдрома у студенток НГМУ.

Задачи: Выявить распространенность ПМС среди студенток НГМУ, рассчитать нарастание частоты встречаемости ПМС и нарастание количества симптомов от I курса к V.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие 150 студенток. Критерии включения - девушки 18 -22 лет, не принимающие комбинированные оральные контрацептивы в течение 3-х последних месяцев. Критерии исключения - девушки, принимающие КОК в течение 3-х послед-

них месяцев; девушки старше 22 лет. Используются следующие методы: наблюдения, анкетирования и статистический. Девушкам были предложены анкеты, состоящие из 27 вопросов, характеризующих их гинекологический и семейный анамнез; направленных на выявление симптомов ПМС и факторов риска развития предменструального синдрома напряжения. На I курсе исключены из исследования были 5 человек, так как они принимают КОК, на V курсе - 28 человек (20 девушек принимают КОК, 8 - старше 22 лет).

Результаты исследования. На I курсе нет клинических проявлений ПМС у 22 человек (31,4 %); у 10 (14,2 %) наблюдается легкая степень предменструального синдрома и тяжелая степень у 38 человек (54,2%), среди которых у 20 (52,4 %) встречается < 10 симптомов, а у 18 (47,36%) более 10 симптомов предменструального синдрома напряжения. На 5 курсе среди 48 студенток НГМУ нет симптомов ПМС у 8 человек (16,6%), легкая степень лишь у 3 девушек (6,25%), тяжелая степень у 37 (77 %) обучающихся (< 10 симптомов у 20, > 10 у 17 девушек - в 54% и 45,9% случаев соответственно).

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Синдром предменструального напряжения распространен среди студенток НГМУ как на I курсе, так и на V, причем в обеих группах преобладает тяжелая степень течения заболевания. Все студентки, у которых есть ПМС, имеют отягощенный преморбидный фон.

2. Отмечается нарастание частоты ПМС с 68,5 % среди первокурсниц до 83,3 % среди обучающихся на V курсе.

3. Наблюдается нарастание симптомов ПМС к 5 курсу. Максимальное количество встречающихся симптомов на I курсе - 16, на V курсе - до 22. Оценка нарастания симптомов ПМС является статистически значимой ($t=2.62$, что соответствует 99% достоверности нарастания симптомов ПМС у I и V курсов).

Ю.А. Тюрюханова, Ч.И. Даваа, О.А.Сухачева, А.Ю. Реймер
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С
ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Ю.В. Козак*

Актуальность. Пиелонефрит, осложняющий течение беременности, даже в случае его купирования, неблагоприятно влияет на процесс родов, акушерские и перинатальные исходы.

Цель и задачи исследования. Изучение исхода беременности и родов у женщин с острым и хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы 45 историй родов ГБУЗ НСО ГKB №25 в 2013г. Из них 30 историй женщин с пиелонефритом и 15 «практически здоровых» женщин. Все пациентки были разделены на три группы: 1 группу составили беременные с острым и обострением хронического пиелонефрита (n=13). Вторую группу составили беременные с хроническим пиелонефритом без обострения в период данной беременности (n=17). Контрольную группу составили «практически здоровые» женщины (n=15). Во всех исследуемых группах проведен анализ соматического и гинекологического анамнеза. У анализируемых с пиелонефритом отмечалась высокая частота перенесенных детских инфекционных заболеваний, воспалительных заболеваний женских половых органов. Ведущее место среди возбудителей пиелонефрита занимала условно-патогенная флора, основными возбудителями явились *E.Coli* (62%), *Candida* (26%), *Staphylococcus spp.* (13%). Аномалии развития мочевыводящих путей имелись у 2 пациенток.

Результаты. Осложнения течения данной беременности наблюдались у 93,3% беременных с пиелонефритом. У 7(23%) женщин был угрожающий выкидыш, угроза преждевременных родов у 3 (10%), низкая плацентация наблюдалась у 10 (33%) пациенток, плацентарная недостаточность наблюдалась у всех женщин, нарушения при доплерометрии обнаружались у 3%, СЗРП и внутриутробная гипоксия диагностирована у 16,6%, гестоз выявлен у 20(60%) женщин, аномалии родовой деятельности наблюдались в 13%, несвоевременное излитие околоплодных вод составило 20%. Своевременные роды были у 90% женщин с пиелонефритом, у 10 % пациенток преждевременные. 23% страдающих пиелонефритом родоразрешены путем операции кесарево сечение в экстренном порядке, где показаниями явилась острая гипоксия, аномалии родовой деятельности, рубец на матке. В 83,3% новорожденные от матерей с пиелонефритом имели массу при рождении от 3000г до 4000г, гипотрофия наблюдалась у 5(16,6%), оценку по шкале Апгар при рождении 8/9 баллов имели 14(46,7%) новорожденных, в двух случаях (6,6%) наблюдалась асфиксия средней степени тяжести.

Заключение и выводы. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что значимыми факторами высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений следует считать наличие у беременных воспалительных заболеваний почек, количество атак пиелонефрита, наличие хронических экстрагенитальных очагов инфекции, особенно ЛОР органов и дыхательной системы, аномалии развития почек, бактериальные и вирусные инфекции в анамнезе, поздняя диагностика, неадекватное и несвоевременное лечение в период гестации, отсутствие планирования беременности и предгравидарной подготовки. Беременные и новорожденные, рожденные от матерей с пиелонефритом должны: находится в группе риска, состоять на диспансерном учете и подвергается более углубленному обследованию, получать комплексное патогенетическое лечение, родоразрешение в специализированных учреждениях.

В.С. Флорова, Д.С. Барановский, В.А. Мочалов
**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
ЖЕНЩИНЫ**

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии,
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Научный руководитель: д.м.н., П.В. Буданов

Актуальность: на протяжении двух десятилетий XXI века вспомогательные репродуктивные технологии получили широкое распространение, не обеспечив полноценную поддержку психосоматических и социальных проблем.

Цель: определение роли социальных факторов и психологической обстановки в успехе наступления беременности.

Материалы и методы: за период 2013-2014 гг. было проведено анкетирование 51 женщины на 34-40 неделе гестации в родильном доме ГКБ№7 г. Москвы. Анкета из 25 вопросов по группам: соматический риск (бесплодие в анамнезе, субъективная оценка своего здоровья) и социальный риск (психологическая обстановка в семье и на работе, социальный статус). Ответы были оценены в баллах от 0-2, где 2 – максимальный риск, 0 - отрицательный ответ. Анализ проводился по среднему арифметическому значению баллов в исследуемой группе.

Результаты. Средний возраст пациенток 28,3 года. У 73% (37) женщин беременность наступила спонтанно или в течение года регулярной половой жизни без контрацепции. У 28% (14) пациенток беременность наступила позже, чем через год регулярной половой жизни без контрацепции. Медицинские аборт были в анамнезе у 31,38% пациенток. У 19(37%) пациенток эта беременность первая, 16 (31%) пациенток – вторая, 10 (20%) пациенток - третья, у 12% (6) пациенток – 4-я и более. По результатам анкетирования 78,4% опрошенных женщин состоят в зарегистрированном браке, 15,7% в гражданском, 5,9% в браке не состоят. 80,4% женщин работают. Профессиональная деятельность 13,7% женщин связана с постоянным нервным или психическим напряжением, а 52,9% отмечают, что испытывают его время от времени. 62,7% беременных полностью довольны своим уровнем жизни, а 37,3% расценивают его как удовлетворительный. Своими жилищными условиями довольны 33,3% женщин, 47,1% находят их удовлетворительными, 19,6% женщин жилищными условиями недовольны. 80,4% женщин довольны своими семейными взаимоотношениями, 17,6% расценивают их как удовлетворительные. Первым этапом анализировали группы женщин, забеременевших в срок до 1 года, и больше года соответственно. Социальный и соматический риски в группе пациенток с предполагаемым бесплодием в анамнезе был на 6% выше, чем в группе женщин, забеременевших

в срок до 1 года (0,885 и 0,837 соответственно). Соматический риск был на 27,9% выше в группе с возможным бесплодием (0,962), чем в группе контроля (0,752). Вторым этапом были рассмотрены группы первородящих без ОАГА с беременностью, наступившей в течение года регулярной половой жизни и женщин с предполагаемым вторичным бесплодием и ОАГА. Социальный риск в последней группе пациенток был на 9,8% (1,037) выше, чем в группе относительно здоровых женщин (0,944), и на 23,8% выше, чем в группе женщин без бесплодия в анамнезе (0,837). Соматический риск в группе вторичным бесплодием и ОАГА был на 35,1% (0,976) выше, чем в группе относительно здоровых первородящих женщин (0,722) и на 28,5% чем в группе женщин без бесплодия в анамнезе (0,752).

Выводы: наиболее высокий уровень негативных социальных и психологических факторов наблюдался в группе пациенток с ОАГА и вторичным бесплодием. С учетом результатов данного исследования планируется расширение количества опрошенных (до 200), использование бальной системы ответов, для лучшей оценки роли влияния психосоматического компонента на репродуктивный потенциал женщины.

И.З. Хамзин, А.О. Иванищик, О.В. Шабрина, Е.В. Кавтеладзе,
Л.С. Булатова, Е.А. Садовникова

ШКАЛА СЕРОГО ЦВЕТА (MEAN GREY VALUE) - НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭХОГЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

*Педиатрический факультет, кафедра акушерства и гинекологии
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им Н.И. Пирогова, г. Москва
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Соломатина*

Эхографическая картина эндометриоидных образований яичников (ЭОЯ) отличается своим многообразием и схожа с другими доброкачественными образованиями яичников (ДОЯ).

Цель работы: улучшение дифференциальной диагностики ЭОЯ в режиме 3D.

Материалы и методы: обследованы 88 наблюдаемых репродуктивного возраста с ДОЯ. I группа - 60 обследованных с эндометриоидными кистами яичников (ЭКЯ). II группа - 28 наблюдаемых с функциональными кистами (ФКЯ). Исследование проводилось в режиме 2D/3D-УЗИ на аппарате Voluson 730exp (Австрия). В программе VOCAL 3D-УЗИ выполнено вычисление объема образований ($V, \text{см}^3$), среднего значения серой шкалы (MGV) содержимого и стенки образований. MGV - среднее значение ультразвуковой плотности тканей: при 0% - эхогенность ткани минимальна, при 100%

- максимальна. Анализ проводился с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 7.0.

Результаты: при 2D-УЗИ диагноз ЭКЯ установлен у 52%. Эхографические картины ЭКЯ - образования округлой формы с однородной мелкодисперсной взвесью 1,8 см - 9,8 см, $(4,6 \pm 1,8 \text{ см})$. Толщина стенки варьировала от 2 до 6 мм. Объем неизменной яичниковой ткани колебался от 3,17 до 6,28 см $(4,25 \pm 0,41 \text{ см})$. При 2D УЗИ у 28 из 88 ФКЯ определялись как однокамерные округлой формы образования с четкими и ровными контурами, пониженной эхогенности с эхопозитивными включениями в просвете. Диаметр ФКЯ не превышал 5 см $(2,3 \pm 8,3 \text{ см})$. Толщина стенки 1-5 мм. В 3D режиме выполнялось вычисление объема образований, среднего значения MGV содержимого и стенки образований. Объем ЭКЯ достоверно превышал, составляя 16,84 см³. При анализе MGV содержимого ЭКЯ было достоверно выше $(39,693\% \pm 7,23)$, в сравнении с ФКЯ $(22,968\% \pm 2,46)$, $p=0,003$. Несмотря на различия в толщине стенок образований ЭКЯ и ФКЯ, не выявлено существенной разницы в эхогенности, значения составили 49,341% $\pm 6,440$ и 48,256% $\pm 7,969$, соответственно, $p < 0,05$. Отсутствовала связь между объемом образований и MGV как содержимого, так и MGV стенки среди обследуемых как с ЭКЯ, так и ФКЯ, $p < 0,05$.

Выводы: MGV - новый метод качественной оценки эхогенности ЭКЯ, превышает в 1.7 раз таковые значения ФКЯ. MGV позволяет с высокой точностью дифференцировать ЭКЯ от схожих по структуре ретенционных кист с кровоизлиянием, тем самым исключить неоправданные оперативные вмешательства на яичниках и позволит сохранить репродуктивный потенциал.

Н.Б. Чабанова*, Т.А. Дацковская*, Т.Н. Фарзалиева,
Ю.Э. Гудшмидт

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РОЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии,

Тюменская государственная медицинская академия

*Научные руководители: к.м.н., ассистент Н.Б. Чабанова,
ассистент Т.А. Дацковская*

Актуальность. Внимание к проблеме крупного плода обусловлено в первую очередь высокой частотой встречаемости данной патологии, а также увеличением числа осложненного течения родов. Оказывать влияние на росто-весовые параметры новорожденных могут различные факторы.

С целью выявления факторов риска макросомии плода проведен анализ 613 историй родов и обменных карт беременных. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от массы тела плода при рождении:

основная группа (563 женщины) - с массой плода от 4000 до 4999 г, группа контроля (50 женщин) – с массой плода от 3000 г до 3999 г.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что формированию крупного плода чаще предшествует отягощенный акушерский анамнез и большое количество родов в анамнезе. Соматический анамнез у женщин с макросомией плода чаще отягощен экстрагенитальной патологией. Среди факторов, предрасполагающих к рождению крупного плода, определенное место занимают росто-весовые показатели матери, крупный плод чаще встречается у женщин с избытком массы тела и ожирением различной степени.

А.М. Чернова

ЛЕЧЕБНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» И ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии,

Тюменская государственная медицинская академия

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

Актуальность. Внутриматочная гормонсодержащая релизинг-система «Мирена» была разработана для контрацепции у женщин целью повышения эффективности и снижения частоты побочных эффектов и осложнений внутриматочных средств контрацепции. Введение прогестагена 2-го поколения - Левоноргестрела (ЛНГ) в состав ВМС переводит его в разряд методов гормональной контрацепции, которые, в свою очередь, также не лишены побочных эффектов и осложнений, самыми грозными из которых являются тромботические.

Целью работы явилось изучение клинической эффективности, субъективной переносимости пролонгированной гормональной ВМС, а также влияние ее на сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза. На базе акушерско-гинекологического отделения и клинико-диагностической лаборатории Многопрофильной Клиники ТюмГМА было обследовано 100 женщин, использующих ВМС «Мирена» продолжительностью от 1 месяца до 5 лет. Средний возраст составил $37,2 \pm 2,3$ лет. У 38% обследованных имел место гиперменструальный синдром до применения «Мирены», миома матки была выявлена у 46% женщин. Альгоменорея в сочетании с эндометриозом отмечалась у 51% женщин.

Результаты. Уровень АД и вес на фоне применения «Мирены» не изменялись. Уже в первом цикле применения у 73% отмечалась хорошая переносимость, которая к 5-му году достигала 100%. С первого цикла 37% женщин отмечали скудное кровотечение отмены, к 4-му году использова-

ния у большинства женщин (80%) отмечалась аменорея, которая к 5-му году достигала 60%. К 3-му циклу у большинства купировалась альгоменорея. Достоверно снижались мастодиния и нагрубание молочных желез (НМЖ) (до использования «Мирены» 39%, к концу 5-го года использования 9%). Агрегационную функцию тромбоцитов оценивали, используя двухканальный лазерный анализатор их агрегации (АЛАТ2 «Биола», Россия). При исследовании тромбоцитарного звена было выявлено достоверное увеличение количества ТЦ (до $259,00 \pm 66,75$) на втором году применения ЛНГ ($p < 0,05$, $289,5 \pm 61,8$), и оставалось повышенным к концу 5-го года. Укорочение времени агрегации тромбоцитов отмечалось к концу 5-го года использования «Мирены» (до использования $16,0 \pm 2,28$ с., через 5 лет - $14,5 \pm 3,16$ с.). Степень агрегации значительно повышалась уже с первого цикла применения «Мирены» (до использования $6,36 \pm 1,98$, в конце 1-го цикла $7,88 \pm 1,35$ отн.ед.), затем отмечалось постепенное ее снижение к 5-му году использования ВМС до значений исходного уровня. Максимальная скорость агрегации СА достоверно ($p < 0,05$) возрастала к первому циклу приема ($54,0 \pm 38,28$ с.), и затем постепенно уменьшалась к концу 5-го года использования ВМС. Время достижения максимальной агрегации постепенно укорачивалось к концу 5-го года. Время достижения максимальной агрегации tMA,с достоверно не изменялось в течение всего периода наблюдения.

Другие изменения параметров агрегатограммы носили разнонаправленный характер и свидетельствовали об активации тромбоцитарного звена гемостаза преимущественно к концу длительного использования ЛНГ.

Выводы: «Мирена» обладает выраженными лечебными эффектами, хорошей переносимостью, при этом не изменяет артериальное давление, массу тела и может быть рекомендована женщинам позднего репродуктивного возраста для контрацепции с лечебным эффектом под динамическим контролем состояния системы гемостаза.

Е. В. Шмидтке, А.А. Наливайко
**АКУШЕРСКИЙ РАЗГРУЖАЮЩИЙ ПЕССАРИЙ КАК
МЕТОД КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Научный руководитель: к.м.н., ассистент М.Г. Николаева*

Актуальность. В настоящее время количество многоплодных беременностей достигает 2,5 - 3,0%, с тенденцией к увеличению за счет активного внедрения в акушерскую практику вспомогательных репродуктивных

технологий (ВРТ). По данным литературы 35 - 50% беременностей двойней прерывается до 36 недель гестации. В структуре причин преждевременных родов 15–42% составляет истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Литературные данные об эффективности хирургической коррекции ИЦН при многоплодной беременности немногочисленны, выводы спорные. Мы не встретили работ, посвященных изучению эффективности коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего pessaria при многоплодной беременности, наступившей в результате программ ВРТ, чему и посвящена наша работа.

Цель исследования: изучить эффективность коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего pessaria при многоплодных беременностях, наступивших в программах ВРТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 беременных с биамниотической, бихориальной двойней, наступивших в программах ВРТ, течение гестационного процесса у которых осложнилось формированием ИЦН. Для диагностики ИЦН использовали бальную шкалу оценки (на основании шкалы Штембера) в модификации Г.М. Савельевой, Р.И. Шалиной с соавт. С целью проведения терапевтического серкляжа использовался силиконовый акушерский pessaries - тип ASQ (перфорированный), страна производитель Германия (Dr-Arabin). Коррекция ИЦН осуществлялась в амбулаторных условиях, после предварительного микробиологического исследования отделяемого влагалища и канала шейки матки. Контроль состояния шейки матки проводили через 4, 8 и 12 недель после коррекции ИЦН, ориентируясь на данные ультрасонографии. Эффективность метода оценена по исходам беременности.

Результаты. Средний возраст беременных составил $31,5 \pm 2,4$ года (от 28 до 38 лет). Число перво – и повторнобеременных было одинаково - по 25 женщин. В зависимости от гестационного срока диагностики ИЦН и введения pessaria все женщины были разделены на 3 группы. Первую составили 7 беременных (14,0%), которым pessaries был установлен в сроке до 22 недель, во вторую группу вошла 31 женщина (62,0%) при сроке гестации от 23 до 27 недель, в третью – 12 пациенток (24,0%) от 28 до 32 недель. Средняя длительность ношения pessaria в группах составила 15,6; 11,8 и 4,7 недель соответственно. На фоне проводимой коррекции ИЦН, по данным ультразвукового исследования, наблюдалось удлинение шейки матки с увеличением срока беременности с $26,9 \pm 3,0$ до $32,2 \pm 4,7$ мм ($p < 0,05$). Не было случаев удаления pessaria по желанию пациентки или из-за развития осложнений воспалительного характера. Частота преждевременных родов в выборке составила 20,0% (10/50), из них в 32 недели – 1 случай, 33-34 недели – 6 наблюдений и при сроке гестации 35-36 недель 3 случая. Все женщины родоразрешены оперативным путем, учитывая отягощенный акушер-

ский анамнез и наличие многоплодной беременности, наступившей в программах ВРТ. Случаев ante- и интранатальной гибели плодов, рождение детей с экстремально низкой массой тела у женщин всех трех групп не было.

Выводы: проведенное исследование свидетельствует об эффективности терапевтической коррекции ИЦН с помощью акушерского разгружающего pessaria при многоплодной беременности.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Б.К. Абдуллина, Е.О. Аубакиров, Ж.К. Базарбаева
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАТИНИБА МЕЗИЛАТА (ГЛИВЕК)
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА**

*Кафедра внутренних болезней № 1,
АО «Медицинский университет Астана», Казахстан
Научный руководитель: д.м.н., профессор Байдурын С.А.*

Цель исследования. Оценить эффективность лечения иматинибом мезилатом (далее - гливек) у больных хроническим миелолейкозом.

Материалы и методы. Материалом для данной работы являются результаты клинических и лабораторных исследований, проведенных у 27 больных Ph-положительным (Ph+) и BCR-ABL-положительным (BCR-ABL+) хроническим миелолейкозом в хронической фазе (24 больных) заболевания и фазе акселерации (3 больных). Был проведен ретроспективный анализ клинико-гематологического течения ХМЛ у больных, получавших Гливек, и оценена эффективность данной терапии. Среди исследуемых было 11 мужчин, 16 женщин. Средний возраст больных составил – 39,5 (17-62) лет. Методом цитогенетического исследования у 8 больных обнаружилась Ph+ хромосома, у 2 методом FISH выявили химерный ген BCR-ABL+.

Эффективность терапии оценивалась по достижении гематологической ремиссии (показатели эффективности: полная ремиссия – ПР, частичная – ЧР, отсутствие эффекта - ОЭ).

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период наблюдения полная ремиссия отмечается у 15 больных (55,6%), частичная ремиссия у 5 больных (25,9%), вторичная резистентность к гливеку развилась у 2 больных (7,4%), смерть вследствие разных причин (инфекции, бластный криз) у 3 пациентов.

В клинической картине увеличение печени и селезенки была выявлена у 9 пациентов, из них выраженная гепатоспленомегалия отмечается у 3 больных ХМЛ в фазе акселерации. Лейкоцитоз периферической крови до лече-

ния Гливеком в среднем составил – $126,6 \cdot 10^9$ /л, после лечения – $34,5 \cdot 10^9$ /л; тромбоцитоз в среднем – $428 \cdot 10^9$ /л.

Из 27 больных 11 имели резистентность к предшествующей терапии «Гидреа», 7 – лечению «Гидреа-реаферон», 9 – изначально подвергались лечению препаратом «Гливек». Продолжительность и качество жизни 18 больных, имевших резистентность к предыдущей терапии, составила в среднем 5,5 лет (от 1 до 10 лет).

Для преодоления вторичной резистентности у 2 больных была увеличена доза гливека от 400 мг/сутки до 800 мг/сутки, что позволило добиться улучшения состояния и клинико-лабораторных данных.

Лечение гливеком пациентов ХМЛ в стадии акселерации позволило добиться улучшения состояния больных, качества жизни, однако клинико-лабораторные показатели не позволяют говорить о ПР/ЧР.

Выводы:

1. Длительное лечение пациентов с хроническим миелолейкозом, особенно в хронической фазе, получавших Гливек в качестве терапии первой линии и в случаях резистентности к предшествующей химиотерапии, приводит к увеличению продолжительности и качества жизни, а так же достижению полной либо частичной ремиссии у значительной части пациентов (81,4%).

2. Терапия Гливеком в прогрессирующей стадии ХМЛ, к которой можно отнести фазу акселерации, дает возможность улучшения качества жизни больных.

3. Преодоление вторичной резистентности путем повышения дозы Гливека дает положительные результаты.

К. Ю. Азарова, А. С. Рудомётова ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ – ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА К ТЕРАПИИ ВЫБОРА

*Кафедра внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. Г. Тихомирова*

Актуальность. Трансплантация печени в настоящее время является единственным радикальным методом лечения при конечных стадиях цирроза печени различной этиологии, а также ряде врожденных нарушений метаболизма и опухолях печени. ГНОКБ является единственным учреждением за Уралом, выполняющим наиболее сложный вид операций по пересадке органов – трансплантацию печени. С 2010 года выполнено 40 трансплантаций печени от пациентов с зарегистрированной смертью мозга и 5 транспланта-

ций доли печени от живых родственных доноров, с минимальными показателями осложнений и низким уровнем летальности (выживаемость доноров и реципиентов после трансплантации доли печени от родственных доноров составляет в настоящее время 100%).

Цель и задачи. Изучить клиническую характеристику больных из листа ожидания, оценить основные показания к трансплантации, определить среднее время нахождения в листе ожидания, рассмотреть дооперационные осложнения основного заболевания и послеоперационные осложнения.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 40 историй болезни ГБУЗ НСО “ГНОКБ” за период с 2010 по 2013 годы, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и выводы. Среди лиц, перенесших трансплантацию печени женщины составляли 60% (24 чел), мужчин – 40% (16 чел). Средний возраст 44 года (от 18 до 68 лет). Пациенты находились в листе ожидания в среднем 8, 5 месяцев (от 3 дней до 3 лет), без учета лиц (5 человек), которым была произведена ортотопическая трансплантация правой половины печени от живого родственного донора (брата, матери), их ожидание не превышало 1 месяца. От момента начала заболевания до операции прошло в среднем 4 года (диапазон от 2 месяцев до 10 лет). Заболеваниями, по поводу которых выполнялась трансплантация печени были: Цирроз печени (ЦП) HCV этиологии – у 11 больных (27,5%), из них у двоих как исход заболевания – гепатоцеллюлярная карцинома (5%); Первичный билиарный цирроз – 6 (15%); Альвеококкоз – 5 (12,5%); Криптогенный ЦП – 5 (12,5%); ЦП HBV этиологии – 3 (7,5%); Аутоиммунный ЦП – 2 (5%); ЦП токсической этиологии – 2 (5%); ЦП смешанной этиологии – 3 (7,5%); HCV+токсической этиологии – 1 (2,5%), HBV+HCV этиологии – 1 (2,5%), HBV+HDV+токсической этиологии – 1 (2,5%); Болезнь Вильсона-Коновалова – 1 (2,5%); Опухоль Клатскина – 1 (2,5%); Эпителиоидная гемангиома – 1 (2,5%). Сопутствующими заболеваниями были: сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, ХОБЛ, ЖКБ, хронический холецистит, язвенный колит, порок сердца (недостаточность аортального клапана). Наиболее частым дооперационным осложнением основного заболевания является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (у 17 человек – 42,5%), из них у двоих было также кровотечение из варикозно расширенных вен желудка. После операции возникали следующие осложнения: дисфункция трансплантата (ишемический реперфузионный синдром) (в раннем послеоперационном периоде у 3 человек, и через 6 месяцев после операции у 1 человека), острая почечная недостаточность, стриктура общего желчного протока, кинкинг общего желчного протока, скопление жидкости в подпеченочном пространстве, вентилятор-ассоциированная пневмония, гидроторакс, постинтубационный ларингит, фарингит, анемия сложного генеза. Было зафиксировано 2 случая летального исхода (5%), из них один – во время трансплантации печени, второй – на 5 сутки после операции от фибрилляции желудочков.

К.А. Аршакян, Е.Ю. Вербицкая, А.В. Богомолова,
А.А. Андреева
**ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНЫМ
ОЖИРЕНИЕМ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Паначева*

Цель исследования: Изучить частоту и особенности поражения суставов у больных с гипертонической болезнью (ГБ), сочетанной с избыточной массой тела (ИЗМТ) и абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы исследования. Обследовано 83 больных с ГБ, составивших 2 группы – основную (71 больной с ГБ в сочетании с ИЗМТ или АО) и сравнения (12 человек с ГБ без ИЗМТ или АО). В основной группе мужчин было 16 человек, женщин – 55 (средний возраст $63,1 \pm 5,1$ гг.); в группе сравнения – 4 мужчины и 8 женщин аналогичного возраста. Критерия включения в исследование: больные с ГБ 2-3 стадиями (рекомендации ВНОК, 2010) и наличием АО – объем талии (ОТ) у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см. Для оценки величины индекса массы тела (ИМТ) использованы критерии ВОЗ. Всем пациентам проведены клиническое обследование, включая измерение ОТ, окружности бедер (ОБ), подсчет ИМТ и коэффициента ОТ/ОБ, также оценка наличия и выраженности суставного синдрома по данным анкетирования.

Результаты исследования. Наиболее часто у пациентов диагностирована 2 и 3 стадии ГБ (53,5% и 45,1% соответственно), 1 стадия была только в 1,4% случаев. В группе сравнения 2 и 3 стадии наблюдались в 50,0% и 41,7% случаев, а 1- в 8,3%. Длительность АГ у 61,9% больных основной группы была до 20 лет и у 28,2% - до 40 лет, в группе сравнения преобладали лица с 20-летним стажем заболевания (83,3%). У большинства больных основной группы выявлено АО I степени (55,0%), реже - II (22,5%) и ИЗМТ – 18,3%, а в 4,2% - АО III степени. У 70,4% пациентов длительность АО была около 20 лет и у 18,3% - более 30. У всех мужчин и женщин ОТ превышал нормативные значения, при этом у 75,0% мужчин и 98,2% женщин ОТ был > 102 см и 88 см соответственно. Отношение ОТ/ОБ у 85,9% больных также превышено нормативный показатель, при этом у женщин он встречался в 4,5 раза чаще, чем у мужчин (70,4% против 15,5%). Данные анкетирования позволили отметить, что у 93,0% больных основной группы и у всех из группы сравнения выявлен синдром артралгии. При этом его длительность у 63,4% и 66,7% больных обеих групп была около 15 лет. У пациентов основной группы наиболее часто боли локализовались преимуще-

ственно в крупных суставах нижних конечностей (НК) – 53,0%, реже – НК и верхних конечностей (ВК) – 39,4% и только в 7,6% ВК. У всех пациентов группы сравнения боли наблюдались в крупных суставах ВК и НК. Артралгии у 65,2% и 41,7% больных обеих групп провоцировались физической нагрузкой и переохлаждением, в остальных случаях причины не указывались. Среди возможных этиологических факторов выступали перенесенный в прошлом артрит (12,1% в основной группе), полученные ранее травмы суставов (10,6% и 16,7), ревматизм (1,5%). Независимо от значений ИМТ у больных с АГ преобладали боли в суставах НК (69,2%; 43,6% и 68,8%) и только при АО 1 степени отмечена высокая частота артралгий в суставах ВК и НК (43,6%) в сопоставлении с другими сравниваемыми группами. У 9 больных основной группы выявлен гонартроз II и III степени.

Таким образом, высокая частота артралгий у больных АГ независимо от величины ИМТ определяет необходимость обследования пораженных суставов с целью коррекции выявленных нарушений.

К.А. Астапенко, М.М. Агакишиев, Ё.Р. Ахмедов,
Ю.В. Павленок, Т.Н. Бабаева*

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА В КОСТНОМ МОЗГЕ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Б. Ковынев*

Актуальность. Синдром перегрузки гистиоцитарно-макрофагальных элементов гемосидерином описан при эритремии, идиопатическом миелофиброзе, миелодиспластическом синдроме, однако состояние обмена железа в костном мозге при хроническом миелоидном лейкозе (ХМЛ), одном из наиболее распространенных миелопролиферативных заболеваний, в современной литературе освещено недостаточно. Вместе с тем, изучение влияния опухолевой прогрессии миелоидной неоплазии на функциональную активность гистиоцитарно-макрофагальных клеток костного мозга и обмен железа – актуальная проблема современной онкогематологии.

Цель: изучить цитоморфологические и цитохимические особенности распределения внутри- и внеклеточного железа (Fe) в костном мозге у больных ХМЛ в динамике лечения, определить их влияние на прогноз заболевания и возможную связь с мутациями гена гемохроматоза.

Материал и методы: изучались истории болезни и диагностические материалы (мазки стерильного пунктата) 50 больных, 41 из них - первич-

ные пациенты ХМЛ до начала лечения, 9 больных обследовано на фоне лечения препаратами таргетной группы (ингибиторы тирозин-киназы), наряду с рутинной окраской препаратов по Романовскому, использовались методы цитохимии и РТ-ПЦР-анализ наиболее распространенных мутаций гена гемохроматоза (C282Y, H63D и S65C).

Результаты. В цитоморфологических препаратах 12 первичных пациентов (29,3%) в макрофагальных клетках и внеклеточно были выявлены большие скопления пигмента в виде крупных гранул зеленого цвета. Положительная цитохимическая реакция с берлинской лазурью подтвердила принадлежность гранул к гемосидерину. С целью определения влияния нарушений обмена костно-мозгового пула железа на течение болезни было проведено сравнение клинических характеристик двух групп: с нарушением обмена Fe (исследуемая группа) и без него (общая группа). Выявлены различия по возрастной характеристике: в общей группе средний возраст составил 56 ± 3 года, в исследуемой подгруппе возраст пациентов был моложе - 43 ± 3 года. По гендерному признаку различий между группами не было. Для всех больных ХМЛ был рассчитан показатель международного прогностического индекса Social, определяющий вероятность получения молекулярно-генетической ремиссии на фоне стандартной таргетной терапии ХМЛ ингибиторами тирозинкиназы. Оказалось, что более 30% больных из группы с высоким уровнем гемосидерина в костном мозге имели критерии третьей группы риска (группа неблагоприятного прогноза), в то время как у пациентов без признаков нарушения обмена железа – эти критерии были выявлены только у 18% больных. При проведении генетического исследования (РТ-ПЦР) у 50 % больных с перегрузкой Fe выявлена однотипная мутация гена (H63D) гемохроматоза (HFE). Проанализирована динамика заболевания у лиц данной группы. Оказалось, что у 30% больных отмечена отрицательная динамика: потеря молекулярного, цитогенетического и гематологического ответов и ухудшение клинической картины. Также у половины больных с резистентностью к таргетной терапии в мазках костного пункта обнаружены скопления гемосидерина.

Выводы. При ХМЛ обнаружены цитоморфологические и цитохимические признаки нарушения обмена костно-мозгового пула железа и перегрузка гистиоцитарно-макрофагальных клеток гемосидерином. Выявленные изменения коррелировали с факторами неблагоприятного прогноза заболевания, более молодым возрастом пациентов и резистентностью к терапии. У этих больных высока частота обнаружения H63D мутации гена гемохроматоза, что значительно превышает обнаружение его в общей популяции.

Т.Н. Бабаева*, О.Б. Серегина*
**РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО ГЕМОХРОМАТОЗА
У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ
КРОВИ, ИМЕЮЩИХ ОТЯГОЩЕННЫЙ
ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ**

*кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н, профессор Т.И. Поспелова*

Актуальность: актуальной проблемой для гемотрансфузионнозависимых пациентов с заболеваниями системы крови является синдром вторичной перегрузки железом. Перегрузка железом у больных миелодиспластическим синдромом (МДС), неходжкинскими лимфомами (НХЗЛ), апластической анемией (АА) обусловлена патогенетическими особенностями самого заболевания, гемотрансфузиями на фоне анемии, кроме того, имеются данные о связи фенотипических проявлений вторичной перегрузки железом с мутациями гена наследственного гемохроматоза HFE. Аллельные мутации гена HFE приводят к неограниченному взаимодействию трансферрина с трансферриновым рецептором и, как следствие, накоплению железа в тканях. Оценка феррокинетики у пациентов, получающих эритроцитсодержащие компоненты крови, позволяет прогнозировать риск развития вторичного гемохроматоза и разрабатывать коррекцию данных нарушений.

Цель исследования: выявить наличие синдрома перегрузки железом у больных заболеваниями системы крови с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом.

Материал и методы: обследовано 52 пациента с заболеваниями системы крови (МДС, НХЗЛ, АА). Средний возраст больных - $51,6 \pm 16,5$ лет. Из общего числа обследованных выделены группы пациентов: больные с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом – 20 пациентов (14 больных МДС, 6 больных АА), среднее количество гемотрансфузий в год на одного пациента $25,38 \pm 23,15$ доз; пациенты без гемотрансфузий в анамнезе до начала специфической терапии (32 больных НХЗЛ). Для группы гемотрансфузионнозависимых пациентов была сформирована группа контроля, которую составили 20 пациентов без отягощенного гемотрансфузионного анамнеза. Всем пациентам была проведена оценка показателей феррокинетики (уровень железа сыворотки, ОЖСС, КНТ, ферритин). Методом полимеразной цепной реакции (RT-PCR) были исследованы полиморфизмы гена HFE (C282Y и H63D, S65C).

Результаты исследования: при исследовании уровня ферритина сыворотки крови в группе трансфузионнозависимых пациентов синдром перегрузки железом выявлен у 30% больных (7 пациентов). Перегрузка железом регистрировалась у больных МДС в 85,7% случаев, а в группе пациен-

тов с АА - в 14,3% случаев. При оценке степени тяжести перегрузки железом легкая степень (уровень ферритина 500 до 2000 мкг/л) регистрировалась у 85,7% обследуемых, при этом среднее количество гемотрансфузий в течение года у них составило $20,6 \pm 17,7$; в 14,3% выявлена тяжелая степень перегрузки железом (ферритин выше 4000 мкг/л), при среднем количестве гемотрансфузий в год - 55. В группе больных, не имеющих в анамнезе гемотрансфузий, синдром перегрузки железом не регистрировался ни у одного пациента. В группе первичных больных НХЗЛ в 9,4% случаев (3 пациента) выявлена перегрузка железом легкой степени тяжести, которую нельзя связать с предшествующими гемотрансфузиями. При исследовании мутационных вариантов гена HFE мутантные аллели выявлены у 17 пациентов с заболеваниями системы крови (32,6%), из них гетерозиготный фенотип C282Y только у 1 пациента, тогда как в 16 случаях регистрировались мутантные аллели, обладающие меньшей пенетрантностью. При сопоставлении показателей феррокинетики с результатами RT-PCR у 25% трансфузионнозависимых пациентов и у 37,5% пациентов с НХЗЛ, в том числе, у 2 больных НХЗЛ, имеющих признаки перегрузки железом, выявлено носительство мутантных аллелей HFE (H63D, S65C).

Выводы: в результате проведенного исследования была выявлена посттрансфузионная перегрузка железом у 30% пациентов, регулярно получающих трансфузии донорских эритроцитов. Увеличение числа гемотрансфузий приводит к усугублению степени тяжести вторичного гемохроматоза. Полученные данные также свидетельствуют о возможном развитии перегрузки железом у пациентов без предшествующих трансфузий донорских эритроцитов, что требует дальнейшего изучения, сопоставления с мутационными вариантами гена HFE, прогнозом заболевания для данных пациентов и степенью ответа на терапию.

М.В.Батищева, Е.Ю. Кранц, А.С. Будueva
**БИОМАРКЕРЫ ДЕСТРУКЦИИ
ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

*Лаборатория клинических биохимических и гормональных исследований терапевтических заболеваний ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН, г. Новосибирск
Научный руководитель: к.м.н., с.н.с. Я.В. Полонская*

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется роли матричных металлопротеиназ (ММП) в патогенезе атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Согласно существующим представлениям, они воздействуют на коллагеновые волокна покрышки бляшки, приводя к ее ослаблению, разрыву, и, как следствие, к дестабилизации ИБС.

Находящиеся в атеросклеротической бляшке макрофаги продуцируют различные матриксные металлопротеиназы (ММП-1, ММП-2, ММП-3, ММП-7, ММП-9, ММП-12), которые разрушают компоненты внеклеточного матрикса и способствуют, таким образом, дестабилизации бляшки, что может привести к её разрыву и образованию тромба. Активность металлопротеиназ, в свою очередь, регулируется тканевыми ингибиторами металлопротеиназ (ТИМП), в частности, ТИМП 1 типа (ТИМП-1).

Цель работы – оценить изменение уровня матриксных металлопротеиназ в системном кровотоке у пациентов с коронарным атеросклерозом и выявить наличие взаимосвязи между повышением количества ММП-3, ММП-9, ТИМП-1 и развитием атеросклероза.

Материалы и методы. Научно-исследовательскую работу провели в рамках Программы совместных научно-исследовательских работ Научно-исследовательского института терапии Сибирского отделения РАМН и Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Мешалкина. В основную группу было включено 40 мужчин в возрасте 46-64 лет с коронарографически верифицированным коронарным атеросклерозом, без острого коронарного синдрома, со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, которые поступили в НИИПК на операцию аортокоронарного шунтирования. Контрольную по полу и возрасту группу составили 40 мужчин, проходящих обследование в Клинике НИИ терапии СО РАМН, без ИБС, согласно данным клинико-функциональных исследований. В сыворотке крови с помощью иммуноферментного метода (ИФА) были определены уровни ММП-3, ММП-9, ТИМП-1.

Полученные результаты. Условно нормальными уровнями ММП в крови считались: для ММП-3 $\leq 8,0$ нг/мл, для ММП-9 $\leq 48,0$ нг/мл и для ТИМП-1 ≤ 250 нг/мл. Уровень ММП-3 в основной группе составил 9,9 нг/мл, в контрольной – 5,6 нг/мл ($p < 0,05$). Следовательно, для мужчин с атеросклерозом уровень ММП-3 оказался в 1,76 раза выше, чем у мужчин без атеросклероза. Уровень ММП-9 в основной группе составил 499,15 нг/мл, в контрольной – 70,7 нг/мл ($p < 0,01$). Таким образом, количество ММП-9 среди больных с атеросклерозом оказалось в 7,05 раза больше, чем у больных без ИБС. Уровень ТИМП-1 в основной группе составил в 440,48 нг/мл, в контрольной – 101,0 нг/мл ($p < 0,01$). Значит, уровень ТИМП-1 среди мужчин с атеросклерозом в 4,36 раза выше, чем у мужчин без атеросклероза.

Вывод. Деструктивная активность в атеросклеротических очагах, которая является одним из проявлений воспалительного процесса, обусловлена секрецией металлопротеиназ, повышенный уровень которых (ММП-3, ММП-9) выявлен в крови при атеросклерозе. Показано достоверное повышение уровня ММП-9 и ТИМП-1 при атеросклерозе по сравнению со здоровыми людьми. Это дает основание использовать эти два белка в качестве маркеров острой фазы (разрыв бляшки).

Ю.С. Бахарева*

**ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ
ПОЛИМОРФИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С
ПСЕВДОИНФЕКЦИОННЫМИ ЭНДОКАРДИТАМИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет,
ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины»*

СО РАМН, г. Новосибирск

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.Н. Чанаева

Актуальность. К факторам тромбогенного риска необходимо отнести генетически обусловленные и вторичные отклонения и индивидуальные особенности организма, способные в различных сочетаниях привести к развитию состояния «тромботической готовности», а в последующем - к появлению тромбозов, тромбоземболий. (А.П. Момот, 2006-2011). Рост числа тромбофилических состояний свидетельствует о высокой значимости комплексного изучения роли гиперкоагуляционных нарушений в системе гемостаза у пациентов с небактериальным тромботическим эндокардитом (НБТЭ).

Цель исследования: изучение ДНК-полиморфизмов в системе гемостаза как предикторов формирования вегетаций на клапанах сердца и тромбоземболических осложнений при НБТЭ.

Материалы и методы. Исследовано 25 пациентов (12 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 62 лет ($40,3 \pm 22,1$ года)) с вегетациями на клапанах сердца, подтвержденными чреспищеводной эхокардиографией, находившихся на лечении в кардиологических отделениях МБУЗ НСО ГKB № 34 г. Новосибирска. Критериями исключения были беременность, онкологические заболевания и сахарный диабет. Первую группу составили 14 человек с НБТЭ с антифосфолипидным синдромом (критерии Саппоро, 1999); вторую группу — 11 пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ) (критерии DUKE 1994 год, пересмотр 2000 год). Изучены 8 ДНК-полиморфизмов системы гемостаза: фибриногена (FGB 455 G/A), протромбина (FII 20210 G/A), фактора FV Лейден (1691 G/A), серпина (PAI-I 675 4G/5G), метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR 677 C/T), гликопротеина IIb/IIIa (ITGB3 1565T/C); гликопротеина Ia (интегрин $\alpha 2$) (GPIa C807T), коагуляционного фактора F7 (10976 G/A). Частоту встречаемости аллелей и генотипов определяли прямым подсчетом. Оценку отклонения распределений генотипов изученных ДНК-полиморфизмов от канонического распределения Харди-Вайнберга и анализ ассоциативных связей внутри генотипических сочетаний, а также оценку степени различий в частоте встречаемости аллелей, генотипов и межгенных комбинаций между группами проводили с помощью точного критерия Фишера. Расчет показателя отношения шансов (OR) с 95 % доверительным интервалом (CI) и *p*-значения проводили с по-

мощью онлайн-калькулятора, доступного по ссылке <http://ihg.gsf.de/cgi-bin/hw/hw1.pl>.

Результаты. По данным клинического исследования у 8 пациентов с сочетанными мутациями в системе гемостаза наблюдались тромбоэмболические осложнения: острые нарушения мозгового кровообращения — у 6-ти пациентов (75 %), тромбоэмболия легочной артерии — у 2-х (25 %), острый инфаркт миокарда — у 5-ти (62,5 %) и тромбоз слухового нерва — у одной пациентки.

Выводы. Наличие мутаций в системе гемостаза обуславливает развитие синдрома гиперкоагуляции, формирование вегетаций на клапанном аппарате сердца и развитие тромбоэмболических осложнений. Носительство мутации С677Т в гене метилентетрагидрофолатредуктазы достоверно ($p = 0,0295$) повышает риск развития НБТЭ по сравнению с инфекционным. Среди пациентов с эндокардитами различной этиологии выявлено большое число носителей полиморфных вариантов генов гемостаза.

Е.Ю. Вербицкая

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СМЕРТНОСТЬ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 45–69 ЛЕТ Г. НОВОСИБИРСКА, ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Новосибирский государственный медицинский университет ФГБУ

«НИИ терапии и профилактической медицины»

СО РАМН, г. Новосибирск

Научный руководитель: к.м.н. С.В.Мустафина

Цель. Определить шанс сердечно-сосудистой смерти в выборке мужчин 45–69 лет г. Новосибирска с наличием сахарного диабета (СД) по результатам популяционного проспективного исследования.

Материалы и методы. В 2003 - 2006гг. было проведено эпидемиологическое обследование населения 45–69 лет г. Новосибирска НАРПЕЕ, фонд Wellcome Trust, Великобритания (Работа поддержана грантами фонда Wellcome Trust (064947/Z/ 01/Z и WT081081AIA) и Национального Института возраста США (1R01 AG23522-01)). Вся выборка мужчин 45 – 69 лет составила 4266 человек. Оценка смертности проводилась по данным собранным в регистре смертности до конца 2012 г. Обработка данных проводилась на 4175 респондентах, миссинг - 91 респондент. Статистическая обработка полученных результатов будет проведена с помощью пакета SPSS,11.

Результаты. Среднее значение глюкозы плазмы крови в мужской выборке составило $6,03 \pm 0,03$ ммоль/л. Распространенность сахарного диабета по данным скрининга в выборке мужчин 45 - 69 лет г. Новосибирска составила 11,1%. По полученным данным в выборке мужчин 45 - 69 лет г. Ново-

сибирска сердечно – сосудистая смертность в группе лиц с СД за 10 лет наблюдения составила 13,4% против 7,5%, $p=0,001$ Выявлены различия по частоте сердечно-сосудистой смертности между мужчинами с СД и без СД. В первой группе с возрастом отмечается рост частоты до 55 - 59 лет - 20,4%, затем снижение до 10% (60-64). В группе без СД отмечается достоверный рост сердечно-сосудистой смертности с 50-54 лет- 3,7% до 14,4% в 65-69 лет, $p < 0,001$.

Определен шанс развития сердечно - сосудистой смертности у лиц с СД в возрастных группах 50 - 54 лет ОШ=2,5 (95% ДИ 1,03 – 5,8), $p=0,03$, 55 - 59 лет ОШ=3,6, (95% ДИ 2,03 - 6,3), $p= 0,0001$. В возрастных группах 45-49 и группах 60-64 и 65-69 лет не выявлена связь СД с частотой сердечно-сосудистой смертности, $p>0,05$.

Заключение.

1. Распространенность сахарного диабета у мужчин 45 – 69 лет г. Новосибирска составила 11,1%.

2. За период 10-летнего наблюдения частота случаев сердечно - сосудистой смертности у мужчин с СД в возрасте 45-69 лет г. Новосибирска составила 13,4%. Максимальная смертность 20,4% зарегистрирована в возрастной группе 55-59 лет.

3. У мужчин с сахарным диабетом шанс развития сердечно-сосудистой смертности в возрасте 50-54 лет - ОШ - 2,5, в 55-59 лет, ОШ - 3,6.

А.С. Копнина*

КЛИНИЧЕСКТЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь

Актуальность проблемы: диабетический гастропарез - расстройство двигательной функции желудка, при котором в отсутствие механического препятствия резко нарушен процесс эвакуации содержимого. Выраженные нарушения эвакуации из желудка выявляются у 25–55% страдающих диабетом 1 типа. Присоединение гастропареza приводит к плохой регуляции гликемии с частыми гипогликемическими и гипергликемическими состояниями, увеличивает число госпитализаций и стоимость лечения, а также повышает смертность больных сахарным диабетом, что во многом связано с расстройством аппетита, десинхронизации времени наступления действия инсулина и поступления пищи в тонкую кишку. Стертая клиническая картина,

отсутствие знаний больного и врача о характерных проявлениях диабетического гастропареза, частые колебания гликемии, создают трудности в диагностике и коррекции углеводного обмена.

Цель исследования: выявить клинические особенности диабетического гастропареза у больных с СД 1 типа.

Материалы и методы: проведено обследование 75 больных с СД 1 типа, которые были госпитализированы в эндокринологическое отделение ГБУЗ НСО ГНОКБ в 2011-2014 г. У 50 больных диагноз диабетического гастропареза был подтвержден данными рентгеноскопии желудка, из них 18 женщин, 32 мужчины в возрасте от 16 лет до 61 года, средний возраст составил $33,7 \pm 9,3$ года, с длительностью заболевания от 4 до 34 лет, средняя $15,1 \pm 6,7$ лет, уровень гликированного гемоглобина от 5,0 до 14,6%, средний $10,0 \pm 1,6\%$. Проанализированы данные анамнеза, объективного осмотра.

Результаты исследования: лишь 18 больных с диабетическим гастропарезом отмечали характерные клинические симптомы, такие как: быстрое чувство насыщения, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области. При этом у 17 из них отмечались гипогликемические состояния в течение дня не связанные с нарушением диеты, физическими нагрузками, погрешностями в инсулинотерапии. 6 из них отмечали клинические симптомы и гипогликемические состояния в течение 2 лет, при это диабетический гастропарез не был диагностирован и терапия не проводилась. Гипогликемические состояния в дневные часы, обусловленные замедлением эвакуации из желудка, наблюдались у 38 больных, у 21 из них отмечалось снижение массы тела (среднее 5,5 кг). У 3-ех пациентов имело место сочетание клинических симптомов, гипогликемических состояний и снижение массы тела.

Выводы: клинические симптомы характерные для диабетического гастропареза встречаются лишь у трети больных. Гипогликемических состояний в дневное время, обусловленных нарушением эвакуации из желудка и не связанных с нарушением диеты, физическими нагрузками, погрешностями в инсулинотерапии, так же как и снижение массы тела можно считать одними из основных клинических проявлений заболевания. Всем пациентам с длительным стажем СД 1 типа, наличием гипогликемических состояний, снижением массы тела необходимо проводить обследование для исключения диабетического гастропареза с целью своевременной диагностики данного осложнения и коррекции терапии.

Т.М. Пилюгина*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЙОНАХ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., ассистент О.Ю. Шабельникова,
д.м.н., профессор И.А. Бондарь*

Актуальность: анемия является доказанным фактором риска прогрессирования макро- и микрососудистых осложнений диабета. Наличие анемии не только способствует раннему развитию осложнений, но и влияет на лечение больных. При анемии противопоказано назначение бигуанидов, влияющих на всасывание витамина В12 и способствующих высокому риску развития лактатацидоза.

Цель: оценить частоту и причину анемического синдрома у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД) в районах Новосибирской области (НСО) по данным карт диабетики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ карт больных СД 2 типа, проходивших обследование в рамках программы выездных экспедиций мобильного диабетологического центра в районы Новосибирской области с 2011 по 2013гг. Обследовано 2000 пациентов в возрасте 35-84 лет страдающих СД 2 типа. Длительность СД составляла $11,4 \pm 6,4$ лет. Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, микроальбуминурии, протеинурии, а так же определение уровня гликированного гемоглобина, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (с использованием формулы MDRD).

Результаты: анемия зарегистрирована у 123 (6,3%) обследованных пациентов, из них 15 (12,1%) мужчин и 108 (88%) - женщин. Анемию диагностировали по критериям, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения: гемоглобин крови (Hb) < 130 г/л – у мужчин; Hb < 120 г/л – у женщин. У женщин средний уровень Hb составлял 107 ± 11 г/л, у мужчин - 115 ± 9 г/л. Средний возраст пациентов с анемией был 60 ± 9 лет. При изучении тяжести анемического синдрома у 90% была легкая степень и у 9%-средней степени тяжести. Причиной низкого гемоглобина у 42% обследованных являлась диабетическая нефропатия (ДН). Частота анемии у пациентов с ДН с нормальной функцией почек (СКФ ≥ 90 мл/мин) составляла 15%, при снижении фильтрационной функции почек распространенность анемии увеличивалась и достигала 23%. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая связь уровня Hb с уровнем СКФ ($R = 0,202$, $p < 0,003$). По мере прогрессирования почечной недостаточности отмечалось снижение уровня гемоглобина. Так, при ХБП 2 и 3 уровень гемоглобина составлял 114 ± 4 и

110±5г/л соответственно, а при ХБП 4 уровень гемоглобина был 92±5г/л. У 30 больных с анемическим синдромом в анамнезе была хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) (из них у 18 - ЖДА диагностирована до СД и у 12 на фоне диабета). У 38 обследованных диагностирована анемия хронических заболеваний (ревматические, опухолевые и другие хронические заболевания).

В лечении 67% больных с анемическим синдромом использовались бигуаниды в максимальных дозах и не проводилась своевременная коррекция сахароснижающей терапии, что могло способствовать прогрессированию гипоксемии и повышению лактата.

Выводы: частота анемического синдрома у пациентов с СД 2 типа составила 6,3%. Более высокая распространенность анемии была у женщин, чем у мужчин. Основной причиной анемии являлась диабетическая нефропатия - 42%, железодефицитная анемия в 23% и в 33% анемия хронических заболеваний. Наличие анемии требует обязательного, своевременного лечения с пересмотром сахароснижающей терапии и отменой бигуанидов.

Е.О. Алпеева*

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ (ИНТЕРНЫ)

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. И.А. Бондарь

Распространенность сахарного диабета (СД) в популяции составляет в настоящее время 5-8%. Одним из осложнений СД, наряду с другими расстройствами, являются когнитивные нарушения.

Цель работы. Изучить нарушение когнитивных функций у больных сахарным диабетом 1 типа и здоровых людей (интерны).

Материал и методы: Обследовано 30 больных с СД 1 типа (из них 20 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 16 до 47 лет, средний возраст пациентов составил 28,5±8,6 и 20 здоровых лиц (интерны из них 12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 23 до 24 лет, средний возраст 23,5±0,5. Проведено клиническое исследование с оценкой биохимических параметров, изучение когнитивных функций (Монреальский тест МоСА). Полученные данные были обработаны с помощью пакета программ Statistica 8,0. У 13 (43,3%) пациентов с СД 1 типа было диагностировано поражение нервной системы по типу полинейропатии, у 4 (13,3%) липодистрофии в местах инъекций, автономная нейропатия кардиоваскулярная форма была у 19 (63,3%) пациентов, гастроинтестинальная форма у 2 (6,6%), различные стадии ретинопатии

были диагностированы у 14 (46,6%) пациентов, нефропатия у 5 (16,6%), гипогликемические состояния отмечались у 26 (86,6%) пациентов, комы у 3 (10%), кетоацидотическое состояние у 4 (13,3%).

Результаты. Все больные с СД 1 типа были разделены на три группы: пациенты у которых отсутствовали когнитивные нарушения (20%), средний возраст составил $23,6 \pm 7,5$, стаж заболевания был от двух месяцев до 1 года (средний стаж $6 \text{ мес.} \pm 0,5$), умеренные когнитивные нарушения (43,3%), средний возраст составил $26,9 \pm 9,4$, стаж заболевания от 1 недели до 20 лет (средний стаж $10,0 \pm 6,0$) и деменция (36,6%) средний возраст $33 \pm 6,3$, стаж болезни от 1 года до 24 лет (средний стаж $16,09 \pm 6,5$). Результаты исследования показали, что на когнитивные нарушения влияют такие факторы как: стаж заболевания ($p=0,000$), уровень HbA1c ($\chi^2=7,706$, $p=0,011$), наличие гипогликемических состояний ($\chi^2=11,881$, $p=0,018$), комы в анамнезе ($\chi^2=7,333$, $p=0,119$), липодистрофии в местах инъекций инсулина ($\chi^2=7,706$, $p=0,103$), но не зависел от пола, уровня липидов и АД. Среди обследованных контрольной группы у 3 (15%) выявлено умеренные когнитивные нарушения. Средний показатель теста MoCA по баллам у пациентов с СД 1 типа составил $24,4 \pm 3,42$ балла, что значительно отличается от данных контрольной группы (интерны) $28,95 \pm 1,146$ ($p=0,000$). В структуре когнитивных нарушений при СД 1 типа преобладали нарушения отсроченного восприятия, речевой функции, абстракции, внимания и зрительно-конструктивных навыков.

Выводы. Когнитивный дефицит значительно выражен при сахарном диабете 1 типа, связан с более длительным стажем болезни, высоким уровнем HbA1c, наличием гипогликемических состояний, ком и липодистрофиями. Когнитивные нарушения при СД не зависели от АД ($p<0,05$), уровня холестерина и триглицеридов.

Д.С. Бредихина*
**ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ
ПАТОЛОГИИ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., асс. Е.В. Зенкова*

Репродуктивная система женщины представляет собой сбалансированную систему структурных и функциональных элементов. Беременные с заболеваниями эндокринной системы являются группой повышенного риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

Цель исследования. Изучить исходы беременности у пациенток с эндокринной патологией.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 123 историй болезни и родов пациенток, находящихся на лечении в гинекологическом и родильном отделении ГНОКБ с января по ноябрь 2013 года, страдающих эндокринной патологией. Все пациентки разделены на 4 группы в зависимости от эндокринной патологии: I. Сахарный диабет (СД) – 35 человек (предгестационный диабет: сахарный диабет 1 и 2 типа – 11, гестационный (ГСД) – 24); II. Заболевания щитовидной железы – 37 человек (гипотиреоз – 29, диффузные изменения щитовидной железы – 8); III. Ожирение – 35 человек (ожирением I степени – 13, ожирение II степени – 15, ожирение III степени – 7); IV. Сочетанная патология (более двух эндокринных заболеваний) – 16 человек. У всех обследованных проведен анализ уровня гормонов ТТГ, Т4 свободный, гликемии, рассчитан ИМТ, проведен анализ акушерско-гинекологического анамнеза. Средний возраст обследованных составил $31,6 \pm 1,5$ лет. У большинства женщин беременность была 3, роды 2.

Результаты исследования. Во всех группах беременность протекала с осложнениями. Тенденция к многоводию наблюдается у беременных с предгестационным сахарным диабетом (36,4%), ожирением (11,4%), с диффузными изменениями щитовидной железы (25%), сочетанной патологией (12,4%). В других группах многоводия выявлено не было. Во всех группах роды осложнились ранним или преждевременным излитием околоплодных вод. Родоразрешены естественным путем 53 (43,1%) пациентки, оперативным путем – 65 (52,8%), прерывание беременности по медицинским показаниям выполнен у 3 человек (2,5%), выкидыш на раннем сроке беременности состоялся у 2 (1,6%) пациенток с ожирением. Родоразрешение произошло на сроке $38,3 \pm 1,6$ нед. Роды на сроке менее 37 недель случились у 30,8% женщин с ГСД, у 45,5% женщин с ПСД. Роды на сроке более 40 недель произошли в группе с заболеваниями щитовидной железы, у пациенток первичным гипотиреозом в 33,3% случаев, в 47,3% – с АИТ. Средний вес детей при рождении составил 3551 ± 500 г.; средний рост $53,6 \pm 1,8$ см. С весом более 4000 г родились 26,9% детей у женщин с ГСД, 18,2% – у женщин с ПСД, 17,4% – у женщин с ожирением, 37,5% – у женщин с сочетанной патологией. С весом менее 3000 г родились 18,2% детей у пациенток с АИТ, 17,4% – в группе с ожирением, 18,8% – в группе с сочетанной патологией, 15,4% – в группе с ГСД. Состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-ой минуте $7,3 \pm 0,8$ баллов, на 5-ой минуте $8,2 \pm 0,7$ баллов. 8 новорожденных находились в тяжелом состоянии (5 детей у женщин с ГСД, 2 – у женщин с ПСД, 1 – у женщины с гипотиреозом).

Выводы. Таким образом, течение и исход беременности у женщин с заболеваниями эндокринной системы сопровождается различными осложнениями как со стороны матери, так со стороны плода. У женщин с гипотиреозом выявлена тенденция к перенашиванию беременности (с первичным гипотиреозом в 33,3% случаев). В группе с ожирением, сахарным диабетом,

сочетанной патологией часто встречаются роды ребенком с массой более 4 кг. Для благоприятного течения беременности и минимизации риска фетопатии необходимо достичь компенсации функции эндокринной системы до наступления беременности.

С.А. Булгакова*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИБОРА THIOTEST ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Королева

Актуальность: развитие диабетической автономной нейропатии (ДАН) приводит к снижению потоотделения на конечностях, что является одним из факторов риска развития синдрома диабетической стопы. Объективное определение функции потовых желез является сложной задачей. Для оценки состояния потоотделения возможно использование прибора Thiotest.

Цель исследования: определение возможности использования прибора Thiotest в диагностике диабетической автономной нейропатии.

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа на базе передвижного лечебно-профилактического модуля в Доволенском и Черепановском районах Новосибирской области. Из них 81 женщина (81%) и 19 мужчин (19%), средний возраст составил 57 ± 6 лет. Средняя длительность заболевания составила 8 ± 7 лет. Средний уровень гликированного гемоглобина у женщин составил $9,5 \pm 1,8\%$, у мужчин $10,2 \pm 2\%$. Всем пациентам выполнено неврологическое обследование и измерение гидрометрических показателей областей ладоней и стоп с помощью прибора Thiotest, с последующей интерпретацией результатов. Гидрометрические показатели в области ладоней, составляющие менее <40 микроСименс (мкСм), и показатели подошв стоп <50 мкСм свидетельствовали о наличии нарушения потоотделения.

Результаты: по данным Thiotest, сниженные показатели увлажненности обеих исследуемых областей наблюдались у 58% больных (11 мужчин и 47 женщин). Средний гидрометрический показатель области подошв при этом составил 40 ± 10 мкСм и не различался у мужчин и женщин. Средний гидрометрический показатель области ладоней у женщин был достоверно ниже, чем у мужчин и составил 22 ± 10 и 31 ± 9 мкСм соответственно ($p=0,008$). Средняя длительность СД в группе составила 10 ± 5 лет. Средний уровень гликированного гемоглобина составил $10 \pm 2\%$, при этом средний уровень гликированного гемоглобина был достоверно ниже у женщин $p=0,05$. Низкий показатель увлажненности области ладоней и в пределах

нормы увлажненность подошв отмечались у 23 пациентов (4 мужчин и 19 женщин). Средний гидрометрический показатель области подошв составил $99 \pm 19,5$ мкСм, области ладоней 25 ± 8 мкСм. Средняя длительность сахарного диабета 7 ± 3 года. Средний уровень гликированного гемоглобина $9,5 \pm 1,5\%$. Нормальные показатели увлажненности ладоней и подошв наблюдались у 19 больных, из них 4 мужчин и 15 женщин. Средний гидрометрический показатель области ладоней составил $66,5 \pm 20$ мкСм, средний гидрометрический показатель стоп $92,5 \pm 15$ мкСм. Средняя длительность сахарного диабета составила 4 года. Средний уровень гликированного гемоглобина $8,3 \pm 1,5\%$. При сравнении 3 групп больных, отмечено что периферическая полинейропатия достоверно чаще встречалась у больных имеющих сниженные показатели потоотделения. ($\chi^2=7,71$, $p=0,021$)

Выводы. Thiotest отражает автономный дисбаланс и позволяет эффективно диагностировать одно из проявлений ДАН. Нарушение потоотделения выявлено у 58% больных и связано с длительностью сахарного диабета, компенсацией углеводного обмена, наличием периферической нейропатии.

Д.М. Булумбаева*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ «САХАРНОГО
ДИАБЕТА» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент О.Ю. Шабельникова*

Актуальность. Когнитивная дисфункция приводит не только к ухудшению качества жизни пациентов с сахарным диабетом (СД), нарушая их социальную активность, но также снижает способность к обучению и адекватному контролю над течением болезни, увеличивая риск развития осложнений.

Цель. Оценить результаты обучения в школе «сахарного диабета» в зависимости от степени тяжести когнитивных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных СД 2 типа, находившихся на лечении в ГНОКБ с ноября 2013 по январь 2014 года (9 мужчин и 21 женщина, средний возраст которых $58 \pm 6,6$ лет). Все пациенты заполняли анкету, оценивающую уровень знаний пациентов по СД до и после обучения (анкета из приказа об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных СД N 135 от 6.05.97г). Уровень знаний считался хорошим при количестве правильных ответов - 60-100%, неудовлетворительным - менее 60% правильных ответов. Для проведения оценки ког-

нитивных функций использовали "Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций". В зависимости от степени когнитивных нарушений пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа - (11 пациентов) с нормальной и легкой когнитивной дисфункцией и 2 группа (19 пациентов) с умеренной и тяжелой когнитивной дисфункцией. Обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы BIOSTAT.

Результаты. При анализе клинических показателей у пациентов с когнитивными нарушениями отмечена высокая частота инсультов (36,8%), в группе без когнитивных нарушений инсультов 9% ($\chi^2=16$, $p=0,002$). Группы отличались по степени компенсации углеводного обмена: во второй группе гликированный гемоглобин (HbA1) $9,4\pm 2,3$, в первой HbA1 ($5,0\pm 4,6$) ($p<0,001$); по длительности СД: во второй группе $7,56\pm 4,4$, в первой - $2,8\pm 3,4$ ($p<0,001$). Группы достоверно не различались по возрасту, наличию гипогликемических состояний, артериальной гипертензии.

В ходе анкетирования правильных ответов у пациентов первой группы было больше (54%), чем во второй (36%) ($\chi^2=13,7$, $p=0,008$). При повторном анкетировании уровень знаний увеличился в обеих группах, в первой группе на 45,5% и достиг 99,5% правильных ответов, во второй на 26,3%, правильных ответов - 62,3% ($\chi^2=12,1$, $p=0,0016$).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало влияние степени тяжести когнитивных нарушений на результаты обучения в «школе диабета», что необходимо учитывать при составлении программы обучения. У пациентов с умеренной и тяжелой когнитивной дисфункцией эффективность обучения ниже, чем у пациентов с нормальной и легкой когнитивной дисфункцией. Причинами когнитивных нарушений явились гипергликемия, длительность СД и наличие инсультов в анамнезе.

А.Е. Горелова, М.Ю. Ивлева
**ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО
СОПРОТИВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В КРОВИ И
ТЕМПЕРАМЕНТА**

*Кафедра мобилизационной подготовки
здравоохранения и медицины катастроф,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. кафедры Г.А. Усенко*

Цель работы: установить степень корреляционной связи между концентрацией магния в крови и общим периферическим сосудистым сопро-

тивлением (ОПСС) у высоко (ВТ) и низкотрещовных (НТ) мужчин с различными темпераментом, страдающих ГБ-II и принимающих антигипертензивную терапию (АГТ) - эмпирическую (Э-АГТ) или целенаправленную на купирование симпатикотонии у одних, и РААС (Ц-АГТ) у других.

Материал и методы. По месяцам года в период с 1995 по 2013г у здоровых (n=447) и больных ГБ-II (n=409) мужчин (средний возраст 54,2±1,8 года) определяли преобладающий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), баланс отделов ВНС - симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS), ОПСС (аппарат 6-НЭГ). Содержание магния (Mg) в сыворотке крови определяли по методу Gindler, Heth, Khayam-Bashi посредством использования биохимических реактивов R1, R2, R3, R4, R5 «BIOLABO» (Франция). У Х и С преобладал SNS, а у Ф и М PSNS отдел ВНС.

Результаты. Исследование показало, что на фоне Э-АГТ коэффициент корреляции у Х-пациентов составил: ВТ $r = -0,554 \pm 0,004$, а у НТ $r = -0,571 \pm 0,004$. На фоне Ц-АГТ: у ВТ $r = -0,507 \pm 0,003$ и у НТ $r = -0,531 \pm 0,004$. У С-пациентов на фоне Э-АГТ и такой же группе, принимавших Ц-АГТ, коэффициент составил: ВТ $r = -0,476 \pm 0,003$, а у НТ $r = -0,434 \pm 0,003$. Равные значения получены в группах здоровых ВТ(НТ)Х и ВТ(НТ)С-лиц.

Коэффициент корреляции между ОПСС и содержанием Mg у Ф-пациентов на фоне Э-АГТ составил: ВТ $r = +0,230 \pm 0,005$, а у НТ $r = +0,101 \pm 0,005$. На фоне Ц-АГТ у ВТ/Ф $r = +0,212 \pm 0,003$, у НТ/Ф $r = +0,285 \pm 0,004$. В группе ВТ(НТ)/М на фоне Э-АГТ: ВТ $r = +0,300 \pm 0,003$, у НТ/Ф $r = +0,126 \pm 0,004$. Такие же показатели в группах здоровых ВТ(НТ)Ф и М. Однако в группе ВТ(НТ)М на фоне Ц-АГТ: ВТ $r = +0,420 \pm 0,004$, у НТ/Ф $r = +0,461 \pm 0,003$.

Таким образом, на фоне эмпирической или целенаправленной АГТ у симпатотоников ВТ(НТ)Х и С с повышением содержания Mg в сыворотке крови величина ОПСС снижалась, а у парасимпатотоников ВТ(НТ)Ф и М на фоне Э-АГТ реакция слабо выражена (связь прямая, слабой степени значимости). У здоровых лиц равного темперамента и тревожности получены такие же показатели. И только у ВТ(НТ)М на фоне Ц-АГТ, напротив, связь прямая, средней степени значимости. То есть, с повышением концентрации Mg в крови, ОПСС повышалось ($p < 0,05$).

Выводы: 1) На фоне АГТ у симпатотоников ВТ(НТ)Х и С-пациентов и Х и С здоровых с повышением концентрации магния в крови величина ОПСС снижалась, а у ВТ(НТ)Ф и М-пациентов на фоне Э-АГТ и здоровых связь не установлена. На фоне Ц-АГТ только у ВТ(НТ)М-пациентов с повышением содержания магния в крови ОПСС повышалась.

2) На фоне АГТ в зависимости от темперамента и связанного с ним преобладания симпатического (Х и С) и парасимпатического (Ф и М) отдела ВНС тесно связаны различия в направленности реакции организма по ОПСС в ответ на изменение содержания магния в крови.

А.Б. Дымбрылова*

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н, доцент Е.А. Королева*

Актуальность: одним из серьезных осложнений сахарного диабета (СД) является кардиоваскулярная диабетическая автономная нейропатия (ДАН), которая увеличивает риск развития сердечных аритмий и внезапной смерти, отягощает течение других сосудистых осложнений СД. Смертность при кардиоваскулярной форме ДАН достигает 50%, а наличие вегетативной недостаточности в клинической картине СД является признаком неблагоприятного прогноза.

Цель исследования: выявить основные факторы риска кардиоваскулярной формы автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: в 2013 году в рамках работы передвижного диабет-центра "Диамобиль" обследован 101 пациент в пос. Черепаново и Довольное. Среди них было 53 женщины и 48 мужчин в возрасте $49,2 \pm 8,0$ лет. Средняя длительность заболевания составила $8,3 \pm 7,0$ лет. Все пациенты прошли полное клинико-лабораторное обследование, включающие в себя такие показатели, как: уровень углеводного, липидного обменов, уровень протеинурии, инсулина и расчет индекса инсулинорезистентности НОМА. Для диагностики вегетативных нарушений выполнены стандартные вегетативные тесты (проба Вальсальвы, дыхательный тест, ортостатическая проба). По результатам исследования все пациенты были распределены на 3 группы. В первую группу (ДАН₀) вошли пациенты без вегетативных поражений (все тесты отрицательные), в группу ДАН₁ пациенты с начальными признаками ДАН (1 положительный или 2 пограничных теста). В группу ДАН₂ вошли пациенты с несомненными и грубыми поражениями (2 и более положительных теста).

Результаты: по результатам исследования в группу ДАН₀ вошли 20 пациентов (19,8%), 26 человек составили группу ДАН₁ (25,8%), 55 человек группу ДАН₂ (54,4%). В ходе исследования выявлено, что у пациентов в группах ДАН₁ и ДАН₂ уровни постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина были значимо выше, чем в группе ДАН₀ ($p=0,00$). В группе ДАН₂ постпрандиальная гликемия составила $12,7 \pm 1,3$ ммоль/л, в группе ДАН₁ $11,1 \pm 2,3$, а в группе с ДАН₀ она была $10,6 \pm 2,1$ ммоль/л. Гликированный гемоглобин в группе ДАН₂ был $11,2 \pm 2,1\%$, в группе ДАН₁ $9,8 \pm 2,1\%$, а в группе без поражений он составил $9,6 \pm 2,14\%$. Длительность СД, средний уровень гликемии натощак и ИМТ имели тенденцию к повышению, одна-

ко достоверных отличий не обнаружено. Уровень инсулина в группе ДАН₂ был значительно выше ($18,1 \pm 6,1$), чем в других группах ($p=0,02$), индекс НОМА-IR был так же повышен во всех группах обследованных больных, однако статистически значимых отличий не обнаружено. Показатели уровня протеинурии и липидного спектра не имели достоверных отличий во всех трех группах. ИМТ имел тенденцию к повышению, однако, достоверных отличий не обнаружено. При анализе системной гемодинамики выявлено повышение систолического АД у больных с автономной нейропатией по сравнению с пациентами без ДАН. Показатели диастолического АД не различались в исследуемых группах.

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о том, что на формирование диабетической автономной нейропатии у больных СД 2 типа влияет множество факторов. К ним относятся: длительность СД, степень компенсации углеводного обмена, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, уровень систолического артериального давления и ИМТ.

О.Б.Жукова, М.П.Созинова
**ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2 ТИПА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Королева*

Актуальность исследования. Примерно половина всех больных сахарным диабетом (СД) в течение жизни переносит хотя бы одно хирургическое вмешательство, при этом СД определяет высокий хирургический риск. Хотя большинство исследований показывают, что снижение гликемии у пациентов хирургических отделений улучшает исходы лечения, точная целевая концентрация глюкозы, оптимальные способы ее достижения («скользящая» схема или базис-болюсная терапия) продолжают оставаться предметом дискуссии.

Цель исследования. Изучить особенности сахароснижающей терапии у больных диабетом в хирургическом стационаре.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни пациентов СД 2 типа, госпитализированных в отделения чистой и гнойной хирургии Центральной городской больницы г. Бердска за 2012-2013 годы. Исследовали следующие параметры: исход оперативного вмешательства, длительность пребывания в стационаре, средний уровень гликемии за сутки, вид сахароснижающей терапии. Количество больных СД 2 типа за 2012-2013 год, нуждающихся в хирургической помощи, составило 95 человек, из

них 66 женщин, 19 мужчин. Причинами госпитализации были синдром диабетической стопы, ЖКБ, острый аппендицит, ущемленная паховая и пупочная грыжа, абсцессы различных локализаций, флегмона плечевого сустава, злокачественное новообразование. Исходы лечения: у 29 человек выздоровление, у 20 человек улучшение, 1 летальный исход у пациентки с раком желудка T4N1M1.

Результаты исследования. В отделение гнойной хирургии было госпитализировано 53 пациента, чистой хирургии 42 пациента. 69% больных получали инсулинотерапию, 21% продолжали прием таблетированных сахароснижающих препаратов (ТССП). Уровень гликемии у больных на инсулинотерапии был значимо выше по сравнению с пациентами на ТССП ($11,3 \pm 3,6$ и $7,4 \pm 2,5$ ммоль/л соответственно, $p=0,04$). Пациенты отделения гнойной хирургии при поступлении имели более высокие цифры сахара крови, чем больные в чистой хирургии ($11,1 \pm 4,0$ и $8,9 \pm 2,9$ ммоль/л, $p=0,04$). Количество больных, имевших при поступлении уровень глюкозы крови, превышающий целевые значения (целевая гликемия определялась как 6-10 ммоль/л согласно Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 2013г.), был также выше в гнойной хирургии (31 человек) в сравнении с чистой (10 человек, $\chi^2=9,6$, $p=0,02$). 21 пациент в чистой и 45 больных в гнойной хирургии находились на инсулинотерапии. Во всех случаях инсулинотерапия проводилась по «скользящей» схеме. Средняя суточная доза инсулина в отделении гнойной хирургии составляла $21,5 \pm 11,4$ ЕД, в чистой $16,7 \pm 8,8$ ЕД ($p=0,028$), в пересчете на вес пациентов $0,26 \pm 0,16$ ЕД/кг и $0,21 \pm 0,12$ ЕД/кг соответственно. Несмотря на проводимое лечение, в ходе госпитализации уровень гликемии существенно не менялся и к выписке составил в среднем $8,2 \pm 2,8$ ммоль/л в чистой и $11,7 \pm 4,0$ ммоль/л в гнойной хирургии. Количество декомпенсированных больных на инсулинотерапии сохранилось на прежнем уровне и составило в отделении чистой хирургии 38%, в отделении гнойной хирургии 69%.

Выводы. Больные, госпитализированные в отделение гнойной хирургии, имеют более высокий уровень гликемии, что связано с характером патологического процесса. Выявлен высокий процент декомпенсации сахарного диабета у больных в хирургических отделениях. После оперативного вмешательства, изменения инсулинотерапии декомпенсация углеводного обмена у этих больных сохранялась, что обусловлено назначением неоправданно низких, неадекватных доз инсулина.

Ю.Ф. Кононенко*

**ФАКТОРЫ РИСКА, ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСА И ТЯЖЕСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У
БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., асс. И.П. Краснопевцева*

При сахарном диабете (СД) риск развития острых нарушений мозгового кровообращения в 4 раза выше, чем без диабета. Тяжесть, течение ишемического инсульта (ИИ) и реабилитация пациентов с СД может отличаться от больных без диабета, что связано с поражением нервной системы, наличием ангиопатий, нарушением реологических свойств.

Цель работы. Провести анализ факторов риска, оценить динамику неврологического статуса и тяжесть ИИ у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов находившихся на лечении в ГНОКБ на базе сосудистого центра. Основную группу составили 22 пациента с СД 2 типа (средняя длительность заболевания 7,7 ± 4,8 лет, возраст 55-86 (M=66) лет). Из них 15 женщин (M=72года), 7 мужчин (M=64года). Группа контроля составила 22 пациента, не страдавших СД, возраст 46-77 лет (M=63года). Женщин 13 человек (M=59лет), мужчин было 9 человек (M=65 лет). Критерии включения: острейший или острый период ишемического инсульта (ИИ), отсутствие тяжелой соматической патологии. Неврологический статус был оценен с помощью анализа специальных шкал: NIHSS- используется для объективизации степени тяжести ИИ, включает от 0 до 34 баллов; Рэнкина - предназначена для оценки степени утраты дееспособности пациента перенесшего ИИ, включает 6 степеней; индекса мобильности Ривермида - оценивает функциональную активность пациента, выражается от 1 до 15 баллов.

Результаты. Проведен анализ факторов риска ИИ. В момент госпитализации у 63% пациентов с СД 2 типа была диагностирована дислипидемия класса IIb, у 45,5% пациентов без СД - дислипидемия IIa класса ($\chi^2 = 4,1$, $p < 0,05$). Декомпенсация углеводного обмена у пациентов с СД 2 типа наблюдалась в 41% случаев. Такие факторы как артериальная гипертензия, ожирение, ИБС, атеросклероз БЦА не имели достоверного отличия по группам.

В обеих группах не было выявлено достоверных отличий по локализации очага поражения. ИИ встречались преимущественно в бассейнах кровоснабжения левой (в 43%) и правой (в 36%) средней мозговой артерии. На момент госпитализации тяжесть ИИ по шкале NIHSS в группе с СД была меньше, чем без СД, составила 4,86±2,4 и 5,22±3,8 балла соответственно. Степень утраты дееспособности по шкале Рэнкина в основной группе составила 2,27±0,9 балла, в группе контроля 2,59±1,4 балла. Индекс мобильности Ривермида у больных СД был выше, чем без СД и составил 6,9±4,4 и 6,05±4,7 балла. У пациентов с СД 2 типа выявлена прямая зависимость тяжести инсульта по шкале NIHSS от возраста пациентов ($p \leq 0,05$); по шкале Рэнкина от

ЧСС ($p \leq 0,05$), по шкале Ривермида от протромбинового отношения. В контрольной группе тяжесть ИИ зависела по шкале Рэнкина от уровня систолического АД ($p \leq 0,05$) и уровня гликемии, по шкале Ривермида также выявлена зависимость от уровня систолического АД.

Средний балл восстановления по шкале Рэнкина у больных СД составил 0,6 балла, в группе контроля 0,8 балла; по шкале Ривермида 2,4 и 3,7 баллов соответственно. Выявлена прямая связь темпов восстановления неврологического статуса с уровнем протромбинового времени в обеих группах; В 1-ой группе определялась прямая связь с уровнем САД, гликемии при поступлении, и отрицательная корреляция с уровнем холестерина ($p \leq 0,05$).

Выводы. У пациентов с СД восстановление неврологического статуса достоверно не отличалось от больных без диабета. Тяжесть ИИ при диабете зависела от возраста, ЧСС, показателей коагуляционного гемостаза. Динамика восстановления неврологического статуса при СД коррелировала с уровнем САД, гликемией, нарушениями липидного обмена.

А.С. Малышева*

ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь

Актуальность проблемы: при гестационном сахарном диабете (ГСД) увеличивается частота осложнений и нежелательных исходов беременности, которые зависят от уровня гликемии.

Цель исследования: провести анализ осложнений и исходов беременности у женщин с компенсированным ГСД и у беременных с факторами риска ГСД.

Материалы и методы: обследовано 76 беременных с ГСД и 61 беременная с факторами риска развития ГСД. Обе группы были сопоставимы по частоте факторов риска ГСД. Проанализированы осложнения и исходы беременности у женщин, влияние ГСД на плод (хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), внутриутробная гибель и фетопатия плода (ФП), задержка внутриутробного развития (ЗВР) и внутриутробные пороки развития (ВПР), перинатальная смертность, родовой травматизм). Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием программы Statistica for Windows, версия 6.0 с.

Результаты исследования. Средний возраст беременных с ГСД составил $33,7 \pm 5,7$ лет, с факторами риска ГСД $30,1 \pm 7,6$ лет. Все беременные с

ГСД были компенсированы диетой, либо инсулинотерапией. При факторах риска ГСД гестоз и хроническая фетоплацентарная недостаточность встречались достоверно реже ($p=0,01$). Выявлена корреляционная связь развития гестоза с уровнем гликемии в дебюте ГСД ($r=0,59$, $p=0,00008$), и в обеих группах, между развитием гестоза и ожирением различной степени до беременности ($r=0,4$, $p=0,03$), гестоза и патологической прибавкой массы тела во время беременности ($r=0,4$, $p=0,005$). При ГСД развитие гестоза сопровождалось наличием артериальной гипертензии (АГ) у 55,3% беременных ($r=0,48$, $p=0,0004$), в группе с факторами риска ГСД - в 23% случаев. Выявлена взаимосвязь между ожирением до беременности и развитием АГ во время беременности в обеих группах ($r=0,4$, $p=0,003$). Патологическая прибавка массы тела при ГСД составила 31,6%, во второй группе только 8,2% случаев (в среднем $16,9 \pm 1,6$ кг). Роды в срок произошли у 96,1% беременных с ГСД и у 98,4% с факторами риска ГСД. Наиболее частым путем родоразрешения в группе с ГСД было плановое КС у 48,7% женщин (связанное с ожирением до беременности ($r=0,35$, $p=0,01$)), в группе с факторами риска ГСД - родоразрешение через естественные родовые пути в 68,9% случаев. Слабость родовой деятельности при ГСД ($n=9$, 11,8%) была связана с развитием ФП ($r=0,74$, $p=0,02$). При УЗИ чаще диагностировалось многоводие: в 35,5% случаев при ГСД и в 31,1% случаев с факторами риска ГСД. При ГСД ФП была зафиксирована у 48,7% новорожденных (средняя масса тела составила 4365 ± 237 г) и только у 2 (3,3%) беременных с факторами риска ГСД. ХВГП при ГСД была выявлена в 15,8% случаев, двусторонняя пиелозктазия в 2,6% случаев. У беременных с факторами риска ГСД ХВГП была реже ($p=0,01$) - в 13,1% случаев. ВПР выявлялись только при ГСД - в 3,9% случаев. Течение родов при ГСД было осложнено винтообразным рождением плечиков, затруднением выведения плечиков, развитием клинически узкого таза с одинаковой частотой у 3,9% беременных.

Выводы. Гипергликемия в дебюте ГСД, ожирение и патологическая прибавка массы тела повышают риск осложнений и неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода, даже при своевременной диагностике ГСД и компенсации углеводного обмена.

О.М. Павлова, А.С. Павлов
**СИНДРОМ АПНОЭ ВО СНЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
ВТОРОГО ТИПА**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., ассистент Е.В. Зенкова*

Актуальность. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) часто наблюдается избыточная масса тела, осложнения с поражением нервной си-

стемы, хроническая гипоксия, в сочетании с синдром апноэ может привести к внезапной смерти в ночные часы.

Цель работы. Изучить частоту встречаемости и особенности течения синдрома апноэ во сне у пациентов с СД2, в сравнении с сопоставимыми по антропометрическим показателям пациентами, не страдающими СД2, с различной выраженностью ожирения.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 50 пациентов, страдающих СД2 (28 женщин, 22 мужчин) (средний возраст $54,8 \pm 10,2$), находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ГНОКБ и 50 добровольцев без СД2 (28 женщин, 22 мужчин) (средний возраст $58,4 \pm 10,3$). В группе людей с СД2 средний ИМТ $32,5 \pm 6,0$ (среди женщин $33,6 \pm 6,6$, среди мужчин $30,6 \pm 4,5$);. В группе людей без СД2 средний ИМТ - $30,2 \pm 6,2$ (среди женщин $28,4 \pm 4,7$, среди мужчин $32,7 \pm 7,2$). Семейный анамнез по СД 2 отягощен у 56% пациентов с СД2 и у 18% людей без СД2. Физическая активность в обеих группах существенно не отличалась, в характере питания имелись различия: ежедневное употребление в пищу свежих овощей и/или ягод/фруктов превалировало у лиц без СД2 - 82%, по сравнению со второй группой (66%). Наличие артериальной гипертензии (АГ) выявлено у пациентов с СД2 в 84% случаев, у лиц без СД2 - в 76%. Проведена оценка «Анкеты для скрининга синдрома «апноэ во сне», (2011), оценено состояние углеводного обмена, наличие осложнений СД2 (автономной нейропатии), течение АГ. Автономная нейропатия диагностирована у 26 пациентов с СД2 (15 женщин, 11 мужчин).

Результаты исследования. Синдром апноэ во сне выявлен у 72% пациентов с СД2 (у 22 (44%) женщин и 14 (28%) мужчин), причем среди пациентов с автономной нейропатией синдром апноэ во сне выявился у всех 100% больных. Среди пациентов с СД2 и наличием синдрома апноэ во сне ожирение встречалось в 83% случаев, по сравнению с группой пациентов без СД, где синдром апноэ во сне встречался в 2 раза реже - в 38% случаев, в основном у мужчин с ожирением (11 человек) и избыточной массой тела (2 человека). Среди женщин без СД у 5 с ожирением и у 3 с избыточной массой тела выявлен синдром апноэ во сне. В каждой группе предъявляли жалобы на храп во сне 80% пациентов. У 22% женщин с СД2 выявлены периодические остановки дыхания во сне, что в 2 раза чаще, чем у женщин без СД2 (11%). У мужчин без СД2 (9 человек) при ИМТ $36,6 \pm 5,8$ остановки дыхания во сне встречались чаще, чем среди больных СД2 (41% и 18%). Дневная сонливость в расслабленном состоянии после еды зарегистрирована в 84% в группе с СД2, (32% - у женщин, 52% - у мужчин) В группе без СД дневная сонливость отмечена также в 84% (по 42% у женщин и мужчин). Сонливость во время активной деятельности преимущественно встречалась среди лиц обоих полов, страдающих СД2 – 36% (26% женщин и 10% мужчин), по сравнению с 20% в группе без СД2 (14% женщин и 6% мужчин). Утренние

головные боли чаще беспокоили людей, страдающих СД2 (62%), хотя и у лиц без СД2 они встречаются нередко (52%). При этом повышение АД преимущественно в утренние часы наблюдалось у пациентов с СД2 в 1,7 раза чаще, чем у лиц без СД2. Однако, отмечено, что приверженность к гипотензивной терапии выше среди пациентов с СД2 в 98% по сравнению с группой людей без СД2 (76%).

Выводы. У пациентов, страдающих СД2, осложнённым автономной нейропатией в 2 раза чаще встречался синдром апноэ во сне, в 1,8 раз чаще встречалась сонливость во время активной деятельности, их чаще беспокоили головные боли и повышение АД в утренние часы по сравнению с группой без СД. Таким образом, группа пациентов с СД2 угрожаема по развитию острой остановки дыхания и внезапной смерти в ночные часы.

О.С. Тарасенко*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь

Трансплантация почки (ТП) – это оптимальное лечение больных сахарным диабетом (СД) с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Цель работы. Оценить эффективность трансплантации почки у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт девяти пациентов с СД 1-го типа, перенесших трансплантацию трупной почки в Государственной Новосибирской областной клинической больнице в период с 2008 по 2013 гг. Среди пациентов 5 женщин и 4 мужчины, средний возраст 37 лет, стаж сахарного диабета - 20 лет. Додиализная трансплантация выполнена у 2-х пациенток. Иммуносупрессивная терапия после пересадки проводилась всем больным по трехкомпонентной схеме: ингибитор кальциневрина (у 7 – такролимус), циклический ундекапептид (у 2-х – циклоспорин), глюкокортикоид (преднизолон), ингибитор инозинмонофосфатдегидрогеназы (мофетила микофенолат). Эффективность ТП оценивалась по динамике скорости клубочковой фильтрации (СКФ), показателям углеводного и липидного обмена, изменениям потребности в инсулине после трансплантации почки.

Результаты. Хорошая функция трансплантата имела место у 6-х из 9 больных. У 3-х пациентов в позднем послеоперационном периоде (1 год по-

сле ТП) наблюдалась дисфункция почечного аллотрансплантата, при этом у одного из 3-х больных функция трансплантата была снижена вследствие нефротоксичности циклоспорина. После выполнения пересадки у всех девяти пациентов сохранялась нефрогенная артериальная гипертензия; у 4-х пациентов – вторичная анемия.

Спустя $3,9 \pm 15,2$ года после ТП у всех наблюдавшихся пациентов зафиксировано улучшение функции почек с увеличением СКФ. СКФ до трансплантации - $11 \pm 2,02$ мл/мин, после трансплантации СКФ – $61 \pm 8,56$ мл/мин ($p = 0,000$). Показатели углеводного обмена: у всех больных до пересадки наблюдались ежедневные гипогликемии, сахар крови $2.7 \pm 1,75$ ммоль/л, после ТП гипогликемии 1-2 раза в месяц, улучшилась чувствительность к гипогликемиям, исчезли колебания гликемии в течение дня, уровень глюкозы крови натощак после ТП $6,0 \pm 1,73$ ммоль/л, после еды $8 \pm 1,25$. Значительное увеличение дозы инсулина (в среднем в 1,5 раза) наблюдалось в первый месяц после пересадки, что было вызвано началом иммуносупрессивной терапией с введением больших доз глюкокортикоидов, операционным и трансплантационным стрессом, устранением уремической интоксикации. Средняя доза инсулина до ТП почки составляла $30,8 \pm 5,6$ Ед/сутки, после пересадки (1-ый месяц) – 45 ± 8 Ед/сутки. Начиная со второго месяца после ТП, суточная доза инсулина постепенно снижалась и достигала - $34,6 \pm 7,2$. Липидный обмен: холестерин до ТП $5,3 \pm 1,2$ ммоль/л, после ТП $4,8 \pm 0,5$ ммоль/л ($p=0,425$), все больные постоянно принимали гиполипидемическую терапию, как до ТП, так и в настоящее время.

Выводы. Трансплантация почки значительно улучшает функцию почек, восстанавливает чувствительность к гипогликемиям, уменьшает лабильность гликемии в течение дня. В первый месяц после трансплантации почки у больных сахарным диабетом 1-го типа наблюдается усугубление декомпенсации углеводного обмена и временное увеличение потребности в инсулине. Начиная со второго месяца после трансплантации почки, средняя суточная доза инсулина снижается.

М.С. Войтко, Б.Ж. Касенова
**МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И
ГЕНЕТИКА - ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?**

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.Г. Ложкина*

Цель: изучение однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП), полученных по данным полногеномных ассоциативных исследований, с одно- и много-

сосудистым поражением коронарных сосудов у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. Обследованы больные острым коронарным синдромом, поступившие в блок интенсивной терапии городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска (2009–2010 гг.), в том числе 175 мужчин, средний возраст $56,2 \pm 5,2$ года, и 105 женщин, средний возраст $62,1 \pm 5,3$ года. Диагноз ОКС устанавливался по совокупности критериев, разработанных Европейским обществом кардиологов и Американской коллегией кардиологов (2000). Вентрикулокоронарографию проводили на 1–3 сутки от развития симптомов ОКС. Полиморфизм генов тестировали с помощью ПЦР в реальном времени в соответствии с протоколом фирмы-производителя (зонды TaqMan, Applied Biosystems, USA).

Результаты. Из взятых в исследование восьми ОНП: rs499818, rs619203, rs10757278, rs1333049, rs1376251, rs2549513, rs4804611, rs17465637 получена ассоциация с многососудистым поражением коронарных артерий у пациентов с ОКС как в общей группе, так и при разделении по полу в отношении rs10757278 и rs1333049, а для rs499818 – только в общей группе. Ассоциация rs2549513 со степенью поражения коронарных артерий показана только у мужчин.

Выводы. Впервые на российской популяции показана ассоциация ОНП rs10757278, rs499818, rs2549513, rs1333049 со степенью поражения коронарных артерий. В перспективе эти генетические маркеры могут быть использованы в составе рискметра для оценки риска развития осложнений у пациентов с ОКС.

Е.С.Воронцова *

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ГБУЗ НСО «ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №12»
(ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) ЗА 2013 ГОД**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: профессор, д.м.н. Н.Б. Волошина,
ассистент, к.м.н. Н.В. Литвинова*

Частота заболевания органов дыхания остается одной из актуальных проблем современной медицины, определяя высокий уровень заболеваемости, смертности, а также инвалидизации населения. В старших возрастных группах показатель летальности от пневмонии может достигать 30 % [Чучалин А.Г., 2011]. Летальность от ХОБЛ составляет около 4 % в структуре об-

щей летальности. Тревожным фактом является продолжающаяся тенденция к росту летальности от ХОБЛ. В период от 1990 до 2000 г. летальность от ХОБЛ выросла на 25,5% [Mannino D.M. et al., 2002].

Цель. Определить частоту и структуру заболеваний органов дыхания в терапевтических отделениях (ТО) больницы за 2013 год.

Материалы и методы. Анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ НСО «Городская клиническая больницы №12» (г.Новосибирск) в 2013 году.

Результаты. В 2013 году на лечении было 1507 пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы (25,5% от общего числа госпитализированных). Отмечается общий рост числа пациентов, поступивших с легочной патологией (пневмония, хронический бронхит, ХОБЛ) по сравнению с 2012 годом (955 человек). Вероятно это связано с увеличением количества обслуживаемых районов города по неотложной помощи.

Пациенты с заболеваниями бронхолегочной системы занимают второе место после заболеваний сердечнососудистой системы среди всех пациентов, находившихся на лечении в ТО. Необходимо отметить, что включались лишь «основное заболевание», не учитывая данный вид патологии как «сопутствующее заболевание». Наиболее частые заболевания органов дыхания в ТО в 2013 году: 45% – это больные с пневмонией различной степени тяжести; хронический бронхит, ХОБЛ – 43 %, бронхиальная астма – 7 % и экссудативный плеврит – 5%. Наиболее частые заболевания органов дыхания в ТО в 2013 году: 45% –больные с пневмонией различной степени тяжести; хронический бронхит, ХОБЛ – 43 %, бронхиальная астма – 7 % и экссудативный плеврит – 5% от общего числа госпитализаций.

Средний возраст больных составил $63 \pm 1,5$ лет. В группе с пневмониями преобладают пациенты в возрасте 60-69 лет, таким образом, чаще встречались пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста, которые представляют серьезную проблему из-за трудностей диагностики и лечения, высокой летальности. Увеличилось количество «диагностических» случаев, когда проводится дифференциальный диагноз пневмонии с туберкулезом, новообразованиями, ТЭЛА. За последний год отмечается снижение на 5% числа пациентов с бронхиальной астмой. Вероятно, это обусловлено более качественной терапией на догоспитальном этапе, широким внедрением современных лекарственных форм, обучению контролю за астмой в Школах здоровья. Летальность от пневмонии в ТО за 2013 год составила 16,5 %. (2012г.- 17,4%), от ХОБЛ -7,4 %, что выше по сравнению с 2012 годом (4,0%).

Выводы. Среди нозологических форм заболевания органов дыхания занимают второе место. Наибольший процент среди заболеваний органов дыхания составляют пневмонии и ХОБЛ. Преобладают пациенты пожилого возраста, после 60 лет. Это, а так же наличие сопутствующей патологии, необходимо учитывать для правильного назначения лекарственного средства, его дозирования, определения сроков назначения препарата.

К.В. Гаврилов
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский Государственный медицинский университет.*

*Научные руководители: д.м.н., профессор Л.А. Шпагина,
к.м.н., ассистент О.С. Котова*

Характерная особенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) –гетерогенность, что нашло отражение в понятии фенотип – лубой признак болезни, отличающий одну группу больных от другой. [Кузьмина Л.П., 2008]. Неоднородность нозологии ХОБЛ дает основания предполагать, что фенотипы различаются в том числе и по показателям качества жизни. Выявление этих особенностей позволит на основании фенотипа прогнозировать влияние болезни на качество жизни, что может помочь в выборе индивидуальной терапии и составлении программ реабилитации.

Цель исследования. Изучить качество жизни больных ХОБЛ различных фенотипов.

Методы исследования. Изучены 34 больных ХОБЛ, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО ГКБ №2 с сентября 2013 по март 2014 гг. Диагноз ХОБЛ устанавливали по критериям GOLD 2011. Больные относились к группам С или Д, III – IV степени тяжести GOLD. Мужчин 25 (74 %), женщин 9 (26 %). Средний возраст $66,2 \pm 1,95$ лет. 25 (74 %) больных – курильщики, 2 (6 %) – некурящие, 7 (20 %) – бросившие курить. Стаж ХОБЛ $9,3 \pm 1,22$ года. Все больные получали лечение согласно рекомендациям GOLD 2013. Всем больным проводили физикальное исследование, спирографию. Для оценки качества жизни использовали опросник SGRQ. Критерии исключения – отсутствие информированного согласия больных, другие заболевания легких, респираторные инфекции, смешанный фенотип, обострение ХОБЛ на момент исследования. На первом этапе сравнивали показатели качества жизни больных двух групп – с эмфизематозным ($n = 16$) и бронхитическим ($n = 18$) фенотипом. На втором этапе сравнивали показатели качества жизни больных ХОБЛ с часто рецидивирующим ($n = 18$) и редко рецидивирующим ($n = 16$) фенотипом. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности и тяжести ХОБЛ. Статистический анализ. Сравнение двух групп – U критерий Mann-Whitney. Описательная статистика – средняя и стандартная ошибка средней, данные представлены в виде $M \pm m$. Построение моделей – множественная регрессия. $p = 0,05$.

Результаты. Больные эмфизематозным и бронхитическим фенотипом ХОБЛ не отличались по показателям качества жизни. Общий счет SGRQ составил $46,7 \pm 4,25$ и $45,1 \pm 4,96$, $p = 0,7$ оценка больными тяжести симптомов – $64,3 \pm 4,41$ и $58,0 \pm 5,01$, $p = 0,4$ влияние болезни на физическую ак-

тивность $52,2 \pm 5,19$ и $52,6 \pm 5,78$, $p = 0,9$, влияние на социальные факторы $37,9 \pm 4,81$ и $40,9 \pm 7,10$, $p = 0,9$. Вероятно, на качество жизни больных влияет не преобладающий синдром, а заболевание в целом. При анализе фенотипов с частыми и редкими рецидивами ХОБЛ результаты отличались от таковых при «классических» фенотипах. Общий счет SGRQ $54,6 \pm 4,88$ и $36,1 \pm 2,66$, $p = 0,01$, оценка тяжести симптомов $66,5 \pm 4,48$ и $54,7 \pm 7,73$, $p = 0,1$, влияние на физическую активность $60,2 \pm 6,01$ и $43,7 \pm 3,70$, $p = 0,05$, влияние на социальные факторы $47,3 \pm 5,60$ и $30,4 \pm 5,44$, $p = 0,03$. Общий счет SGRQ, влияние на физическую активность, влияние на социальные факторы были существенно выше в группе с частыми рецидивами, т.е. качество жизни этих больных хуже. При построении регрессионной модели прогностически значимыми для общего счета SGRQ были пол (бета $-0,4$, $p = 0,008$), принадлежность к фенотипу с частыми рецидивами (бета $-0,29$, $p = 0,05$) и ОФВ 1 (бета $-0,3$, $p = 0,04$).

Выводы. Фенотип ХОБЛ с частыми рецидивами характеризуется худшими показателями качества жизни, чем фенотип с редкими рецидивами. «Классические» фенотипы ХОБЛ не отличаются по влиянию на качество жизни больных.

О.В. Гаврилова*
**ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.В. Зенкова*

Актуальность проблемы. По литературным данным в России частота эректильной дисфункции у мужчин в возрасте 40-59 лет составляет около 30%, в возрасте старше 60 лет более 75%.

Цель исследования: оценить частоту и степень выраженности эректильной дисфункции (ЭД) у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 35 мужчин больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) (средний возраст $58,31 \pm 10,64$ лет, средний ИМТ $30,66 \pm 4,79$ кг/м²), госпитализированных в эндокринологическое отделение ГНОКБ (средние показатели гликированного гемоглобина (HbA1c) $8,9 \pm 1,6$ %, уровень глюкозы крови натощак $7,8 \pm 1,9$ ммоль/л, холестерин $5,3 \pm 1,4$ ммоль/л, триглицериды $1,8 \pm 1,1$ ммоль/л). Контрольную группу составили 25 здоровых мужчин (средний возраст $54,1 \pm 6,6$ лет, средний ИМТ $28,8 \pm 1,9$ кг/м²). В группе СД2 проводилась оценка осложнений СД (нейропатия, макроангиопатии). Среди больных СД2 артериальная гипертензия отмечалась у 31 (88%) из 35 пациентов. Периферическая полинейропатия выявля-

на у 12 (34%) пациентов. Обработка данных проведена с помощью программы Биостат. Проводилось анонимное анкетирование (анкета определения Международного Индекса Эректильной Функции 5 (МИЭФ-5)).

Результаты. Выявлено, что в группе больных СД2ЭД встречалась у 55% пациентов, что выше, чем в группе здоровых мужчин (32%). Суммарный балл по шкале МИЭФ-5 у больных СД2 составил $20,80 \pm 0,69$, и был ниже, чем в контрольной группе ($22,58 \pm 0,35$). Выявлена корреляционная связь между степенью выраженности ЭД со степенью выраженности диабетической полинейропатии ($r = -0,39$; $p < 0,001$) у пациентов СД2. При этом, у обследованных выявлена ЭД различной степени выраженности. Среди больных СД2: ЭД легкой степени выявлена у 20% пациентов, средней степени - 12%, тяжелой степени - 23%. В группе сравнения выявлена ЭД только легкой степени (20%). Отмечено, что распространенность ЭД у больных СД2 увеличивается с возрастом пациентов: суммарный балл у больных СД2 в возрастной группе 55-60 лет колебался в пределах от 16 до 20 баллов (Ме- 17 баллов), что свидетельствует об ЭД в легкой степени. 35 % мужчин этой группы отмечали снижение потенции и частоты сексуальных отношений. Наличие нейропатии выявлено у 12% пациентов этой группы. В возрастной группе 60-65 лет сумма баллов варьировала в пределах от 11 до 15 баллов (Ме- 12 баллов), что свидетельствует об ЭД средней степени тяжести. Снижение либидо отмечали 30 % опрошенных. Наличие нейропатии отмечалось у 40%, макрососудистые осложнения у 25%. Значения суммарного балла у возрастной группы 65-75 лет колебались в пределах от 3 до 10 баллов (Ме- 5 баллов), что соответствует ЭД тяжелой степени. У 20% пациентов отмечалось снижение либидо и функции оргазма. Наличие нейропатии и макрососудистых осложнений выявлено у 60% этих пациентов. Длительность СД2 во всех трех группах не различалась.

Выводы. В ходе исследования выявлена корреляционная связь ЭД с диабетической нейропатией. Установлено, что развитие ЭД зависит от возраста пациента.

К.А. Горбунова, Е.Ю. Калинина, Д.А. Русских, М.В. Корниенко
**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АЛЕКСИТИМИИ И
ДЕПРЕССИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИИ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.В.Третьяков*

Актуальность. В настоящее время отмечено, что алекситимия часто наблюдается при психосоматических состояниях, может предрасполагать к развитию психосоматической патологии, несет существенную прогности-

ческую информацию о течении заболевания в целом и эффективности терапии. Наблюдается тенденция к увеличению частоты алекситимии в позднем возрасте (Л.П. Урванцев, 2000). Больные алекситимией характеризуются расстройством аффективных функций, когнитивных функций, нарушением самосознания и особым миропредставлением.

Материал исследования. Обследовано 37 человек пожилого и старческого возраста (19 женщин и 18 мужчин) с сочетанной сердечно-сосудистой патологией (артериальной (АГ) гипертонией (стадия 3, риск 4) и ишемической болезнью (ИБС) сердца (стенокардия напряжения, функциональный класс 2-3).

Методы исследования. Наличие алекситимии выявляли с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной С. Taylor (1985г.) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994г.) Наличие проявлений алекситимии считалось при 74 и более баллах. Наличие депрессивных расстройств выявлялось с помощью шкалы CED-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).

Результаты исследования. В целом, в группе обследованных алекситимия выявлена у 35,7%, депрессия у 32,1%. При этом у мужчин алекситимия встречается в 44,4%, у женщин — в 31,6%, средний балл по Торонтской шкале у мужчин был на 13,8% ($p<0,05$) выше, чем у женщин, а средний балл по депрессии — на 8,9%. Сочетание алекситимии и депрессии выявлено у 66,6% мужчин и у 50% женщин. Изучение частоты встречаемости алекситимии и депрессии у мужчин и женщин в зависимости от возраста показало, что в пожилом возрасте алекситимия у мужчин встречается в 25% случаев, у женщин — в 28,6% при отсутствии отличий по среднему баллу Торонтской шкалы. В группе лиц старческого возраста алекситимия выявлена у 60% мужчин и у 40% женщин, средний балл у мужчин этой группы был на 8,9% выше. Депрессивные расстройства у женщин в пожилом возрасте встречаются в 28,6%, у мужчин в 25%. Средний балл у женщин был на 23,7% выше ($p<0,05$), чем у пожилых мужчин. В группе лиц старческого возраста депрессивные расстройства отмечаются у 25% женщин и у 40% мужчин, при этом средний балл у мужчин был в 1,73 раза выше ($p<0,05$).

Таким образом, у лиц с АГ и ИБС в высоком проценте случаев встречается алекситимия и депрессивные расстройства, а также их сочетание. При этом у мужчин, в целом, частота и выраженность этих расстройств больше. В пожилом возрасте частота встречаемости алекситимии и депрессии и их выраженность больше у женщин, в старческом — у мужчин.

А.Е. Горелова, М.Ю. Ивлева
**ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО
СОПРОТИВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И СОДЕРЖАНИЯ
КОРТИЗОЛА В КРОВИ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: д.м.н. проф. Г.А. Усенко

Цель работы: установить степень корреляционной связи между концентрацией кортизола в крови и общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) у высоко (ВТ) и низкотренированных (НТ) мужчин с различными темпераментом, страдающих ГБ-II и принимающих антигипертензивную терапию (АГТ), целенаправленную на купирование симпатикотонии или РААС (Ц-АГТ) или эмпирическую (Э-АГТ).

Материал и методы: По месяцам года в 1995 - 2013г у здоровых (n=447) и больных АГ-II (n=409) мужчин (средний возраст 54,2±1,8 года) определяли преобладающий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), баланс отделов ВНС - симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS), а также ОПСС (аппарат 6-НЭГ). Содержание кортизола в сыворотке крови определяли радиоиммунным методом. У Х и С превалировал SNS, а у Ф и М PSNS отдел ВНС. Содержание кортизола у ВТ(НТ)-лиц снижалось, а альдостерона повышалось в «темпераментальном» ряду: Х> С> Ф> М и Х<С<Ф<М, соответственно.

Результаты. Исследование показало, что на фоне Э-АГТ коэффициент корреляции у Х-пациентов составил: ВТ $r = +0,762 \pm 0,002$ (НТ $r = +0,721 \pm 0,002$). На фоне Ц- АГТ: у ВТ $r = +0,607 \pm 0,003$ и у НТ $r = +0,635 \pm 0,003$. У С-пациентов на фоне Э-АГТ у ВТ $r = +0,765 \pm 0,003$; у НТ $r = +0,593 \pm 0,003$. В группе С, принимавших Ц-АГТ, коэффициент составил: ВТ $r = +0,624 \pm 0,003$, а у НТ $r = +0,683 \pm 0,003$. Близкие значения получены в группах здоровых ВТ(НТ)Х и ВТ(НТ) Сg лиц.

Коэффициент корреляции между ОПСС и содержанием кортизола у Ф-пациентов на фоне Э-АГТ составил: ВТ $r = -0,337 \pm 0,005$, а у НТ $r = -0,144 \pm 0,005$. На фоне Ц-АГТ у ВТ $r = -0,100 \pm 0,003$, у НТ $r = -0,203 \pm 0,004$. В группе М-пациентов на фоне Э-АГТ : ВТ $r = +0,250 \pm 0,003$, у НТ $r = +0,151 \pm 0,004$. На фоне Ц-АГТ: ВТ $r = +0,260 \pm 0,006$, у НТ $r = +0,333 \pm 0,006$. Равные значения отмечены в группах здоровых ВТ(НТ)Ф и М.

Таким образом, на фоне Э-АГТ или Ц-АГТ у симпатотоников ВТ(НТ) Х и С с повышением содержания кортизола в крови ОПСС повышалось, а у парасимпатотоников ВТ(НТ)Ф и М реакция выражена слабо, а направлен-

ность её противоположна таковой у Х и С.. У ВТ(НТ)-здоровых лиц равного с пациентами темперамента получены такие же показатели. Вероятно, различия в содержании кортизола и альдостерона в сравниваемых группах сказались на направленности ответной реакции организма. Нельзя исключить, что у Х и С на фоне SNS-тонии повышение ОПСС обусловлено преимущественно повышением содержания кортизола, а у Ф и М на фоне PSNS-тонии ОПСС повышается за счет других механизмов, в том числе под влиянием преимущественно альдостерона (РААС).

Выводы:

1) У здоровых Х и С лиц и у симпатотоников ВТ(НТ) Х и С-пациентов с повышением концентрации кортизола в крови величина ОПСС повышалась. У парасимпатотоников в группах здоровых Ф и М-лиц и ВТ(НТ)Ф и М-пациентов повышение содержания кортизола слабо отражается на повышении ОПСС.

2) На фоне АГТ в зависимости от темперамента и связанного с ним превалирования симпатического (Х и С) и парасимпатического (Ф и М) отдела ВНС тесно связаны различия в направленности реакции организма по ОПСС в ответ на изменение содержания кортизола).

А.Е. Горшкова, А.А. Михайлова
**ЧАСТОТА И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ТИРЕОТОКСИКОЗА**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент И.П. Краснопецева*

Актуальность. В настоящее время отмечается повышение смертности от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений тиреотоксикоза, в связи с чем необходимо тщательное изучение частоты встречаемости и структуры данных заболеваний и их взаимосвязь с изменением показателей гемостаза.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений тиреотоксикоза и их взаимосвязь с изменениями показателей гемостаза.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ историй болезни 325 пациентов эндокринологического отделения ГБУЗ НСО ГНОКБ с тиреотоксикозом за 2009-2013 г.г. Из них женщин было 227 человек (69,8%), мужчин- 98 человек (30,2%)

Результаты исследования. При проведении статистического анализа пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа представлена па-

циентами с выявленными отклонениями показателей гемостаза, не принимающих антитромботическую терапию-221 пациент (68%), 2 группа представлена пациентами без нарушений показателей гемостаза. В 1 группе сердечно-сосудистые и цереброваскулярные осложнения выявлены у 18 человек (8,1%), во 2 группе осложнений не выявлено. В структуре осложнений в 1 группе преобладали: ОНМК - 4.98% (11 случаев) и инфаркт миокарда - 2,26% (5 случаев), а так же встречались: 1 случай рецидивирующей ТЭЛА в сочетании с тромбозом внутренних яремных, подключичных и брахиоцефальных вен и 1 случай хронического ДВС-синдрома. Среди пациентов, имеющих сердечно-сосудистые и цереброваскулярные осложнения, преобладали мужчины-72,2% (13 человек), их средний возраст составлял 52 года \pm 2 года, у женщин средний возраст составлял 61,5 \pm 1,5 года. У 94,4% (17 человек) длительность основного заболевания составляла от 3 месяцев до 2 лет. Все пациенты имели тяжелую степень тиреотоксикоза и тиреотоксическую миокардиодистрофию. Фибрилляция предсердий по данным ЭКГ выявлена у 7 человек (38,9%). Постоянную терапию В-адреноблокаторами (метопролол 50mg в сутки) получали 55,5% пациентов. Отклонения в системе гемостаза у данных пациентов проявлялись удлинением протромбинового времени и протромбинового отношения 88.9% (16 случаев), повышением уровня фибриногена -33,3% (6 случаев), укорочением времени агрегации тромбоцитов с АДФ-50% (9 случаев), укорочением Активированного парциального тромбопластинового времени -22.2% (4 случая),увеличение времени ХПз зависимого фибринолиза-16.6% (3 случая).

Выводы: сердечно-сосудистые и цереброваскулярные осложнения тиреотоксикоза развиваются, как правило, в первые 2 года от начала заболевания, преимущественно у мужчин, при тяжелой степени тиреотоксикоза, осложненной тиреотоксической миокардиодистрофией. Выявлена взаимосвязь данных осложнений с изменениями показателей гемостаза в сторону гиперкоагуляции и гиперагрегации.

М. С. Грехов, Р. Р. Габдрахманов
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ
ТЕЛА**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Г. С. Логачева*

Актуальность. Малоподвижный образ жизни наряду с изменением пищевого поведения и питания является ведущим фактором риска развития ожирения. Количество лиц, имеющих избыточную массу тела и ожирение,

неуклонно растет. Активное развитие сети фитнес-клубов, увеличение количества занимающихся в них, врачебный контроль позволяют рассматривать данный вариант использования для лиц с избыточной массой тела. Желание повышения привлекательности внешнего вида, снижения массы тела является побудительным мотивом для многих женщин участвовать в программах реабилитации.

Цель исследования: изучить влияние и особенности применения комплексной программы снижения веса у женщин с избыточной массой тела для обоснования использования, оптимального режима и эффективности процедур.

Материалы и методы. Нами обследована группа (20 чел) женщин с избыточной массой тела, средний возраст составил $28 \pm 0,5$ лет. К участию в программе были допущены женщины без сопутствующей соматической патологии. Женщины с атипическими типами реакций сердечно-сосудистой системы на нагрузку к участию в программе не допускались. Всем участникам программы проводилась оценка физического развития, определение содержания жировой ткани по Матейко (1921), динамометрия, оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (степ-тест). Комплексная программа включала: физические тренировки (персональные занятия фитнесом 3 раза в неделю, групповые занятия фитнесом в 2 раза в неделю в течение 6 месяцев), коррекцию питания (калорийность, режим), консультации психолога и коррекцию психоэмоционального состояния, косметические процедуры радиолифтинга - воздействия на кожу переменных токов высокой частоты с целью получения косметического эффекта. Радиолифтинг и консультации психолога проводились по мере необходимости, в среднем один раз в две недели.

Результаты исследования. Физическое развитие организма женщин исследуемой группы характеризовалось как дисгармоничное, индекс массы тела составил $30,33 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). Содержание подкожного жира находилось в пределах 26-28%, что составляет выше среднего. По окончании программы отмечалось снижение массы тела, ИМТ составил $25,02 \pm 0,22$. Результаты функциональной пробы показали значительный прирост выносливости и после курса характеризовались как средние: прирост пульса на стандартную нагрузку снизился по сравнению с исходными данными и составил в среднем 40 ударов в минуту, восстановление показателей гемодинамики ускорилось и равнялось 2 минуты. Снижение показателя массы тела произошло за счет жировой ткани. При оценке распределения жировой ткани путем антропометрических измерений наблюдалось снижение объемов на животе, ягодичной области, в среднем оно равнялось $6,2 \pm 0,3$ см. Проведение комплексной программы способствовало снижению массы тела, улучшению общего самочувствия и антропометрических данных. Осложнений со стороны внутренних органов не зафиксировано. В течение 4 недель наблю-

дения за участницами после окончания программы ярко выраженной динамики массы тела не наблюдалось - ИМТ у большинства участниц удерживался на прежнем уровне, равным $25,02 \pm 0,22$.

Выводы. Использование комплексного подхода в программе снижения массы тела позволяет добиться выраженного эффекта, способствует снижению содержания подкожного жира, повышает резервные возможности сердечно-сосудистой системы.

Ю.В. Долгушина*

**КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ И
СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ЭРИТРОЦИТОЗОМ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,
кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т.И. Поспелова,
д.м.н., профессор Т.А. Агеева*

Актуальность: при истинной полицитемии на фоне гипервязкозной крови, обусловленной увеличенным объемом циркулирующих эритроцитов, возникают нарушения на уровне микроциркуляторного русла вследствие сгущения эритроцитов.

Цель исследования: сравнить результаты клиничко–лабораторных тестов у больных истинной полицитемией (ИП) и симптоматическим эритроцитозом (СЭ).

Материал и методы: группу обследуемых ИП составили 112 больных: мужчин – 58 (средний возраст $60,1 \pm 1,65$ лет), женщин – 54 (средний возраст $55,2 \pm 1,74$ лет), а также 25 пациентов с СЭ: мужчин – 20 (средний возраст $50,1 \pm 3,13$ лет) и 5 женщин (средний возраст $50,0 \pm 4,12$ лет). Диагноз ИП установлен согласно рекомендациям ВОЗ от 2008г, СЭ был диагностирован при исключении критериев гемобластоза.

Результаты: синдром артериальной гипертензии достоверно чаще встречался в группе больных ИП – у 93 человек (83%), а среди больных СЭ – у 19 человек (63%), тогда как заболевания бронхолегочной системы в группе пациентов с СЭ диагностированы у 100% обследуемых. При этом рентгенологические изменения в виде пневмосклероза и эмфиземы легких выявлены в первой группе у 14 больных (12,5%) и у 16 больных (64%) соответственно; а во второй – у 7 (6,3%) и у 12 (48%). В группе ИП чаще встречались жалобы на головную боль – у 99 больных (88,4%) и лабильность АД у 86 человек (76,8%), а среди больных СЭ преобладали жалобы на одышку – у 19 человек (76%).

По данным гемограммы, панцитоз был выявлен только в группе больных ИП, а у больных СЭ определялось только изолированное повышение уровня гемоглобина не более 180 г/л. При исследовании биохимических тестов изменения выявлены преимущественно в группе больных ИП: гипербилирубинемия – у 24 человек (21,4%), повышение уровня щелочной фосфатазы – у 28 (25%) и гиперурикемия – у 38 больных (34%). Также выявлено патогномоничное снижение уровня сывороточного эритропоэтина в группе больных ИП ($4,99 \pm 0,29$ мМЕ/мл) и повышение у больных СЭ ($47,9 \pm 2,01$ мМЕ/мл).

По результатам ультразвуковой сонографии, достоверное повышение селезеночного индекса выше 40 см^2 выявлено только в группе больных ИП – у 90 больных (80,4%). По результатам электрокардиографии в первой группе метаболические изменения были зарегистрированы у 93 больных (83%), а в группе СЭ – у 12 больных (48%); субэндокардиальная ишемия диагностирована у 19 больных (17%) в первой группе и только у одного больного во второй группе (4%).

По результатам исследования сосудов глазного дна, в первой группе гипертоническая ангиопатия и венозное полнокровие выявлялись у 45 (40,2%) и у 96 пациентов (85,7%) соответственно, а во второй группе – у 4 (16%) и у 11 больных (44%) соответственно.

Заключение: объединяя результаты клинико–лабораторных данных у больных ИП, следует вывод, что ведущее место в клинической картине занимает плеторический синдром, который связан с гипервязкостью крови, приводящей к изменениям её реологических свойств. Изменения при симптоматическом эритроцитозе можно расценить, как компенсаторную реакцию организма на системную гипоксию.

А.А. Дягилева, А.А. Борковская
Т – КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА КОЖИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н, профессор Т.И. Поспелова*

Актуальность: особую группу лимфопролиферативных заболеваний представляют лимфомы кожи – первично возникающие злокачественные пролиферации лимфоидных или плазматических клеток.

Данное заболевание может начаться на любой стадии трансформации клетки: от начальных признаков нарушения дифференцировки лимфоцитов

до атипичных форм. Для этой группы опухолей характерно разнообразие клинико-морфологических проявлений, длительность и тяжесть их течения, недостаточная эффективность терапии.

Цель исследования: представить особенности клинического течения и эффективность терапии на примере клинического случая первичной кожной CD8+ Т-клеточной лимфомы.

Материалы и методы: в гематологическое отделение Городского гематологического центра в июле 2012 поступил пациент С., 52 лет с жалобами на гиперемию, образование «выростов» на левой половине лица, волосистой части головы, множественные язвенноподобные участки на лице, отечность век, ушей.

Из анамнеза заболевания известно, что в декабре 2010г у пациента появился участок гиперемии на лице. В феврале 2011г на лбу, левой щеке появились кожные «выросты» высотой 1-1,5 см. Наблюдался и проходил обследование у дерматолога, использовал препараты топического действия (стероиды). С января 2012г – тотальная гиперемия кожи лица с изъязвлением кожных образований. В гематологическом центре на основании биопсии кожи с ИГХ исследованием установлен диагноз: первичной кожной агрессивной эпидермотропной CD8+ Т-клеточной лимфомы T3N2M1.

В июне – июле 2013г. проведены 8 курсов СНОЕР (Cyclophosphan, Doxorubicin, Vincristin, Etopozid, Prednisolon) и 20 сеансов PUVA – терапии с достижением полной клинико-гематологической ремиссии. В дальнейшем, был выписан с рекомендациями наблюдения у гематолога в поликлинике.

Ухудшение состояния с конца июля 2013г. – появление участков гиперемии, шелушения и изъязвления на коже лица, волосистой части головы, конечностях, туловище, к врачам обратился только в сентябре 2013г. - диагностировано прогрессирование заболевания.

Учитывая генерализацию процесса, хороший эффект от предыдущих курсов ПХТ, больной вновь взят на курсы химиотерапии по протоколу СНОЕР, в августе – сентябре проведены 9-10 курсы ПХТ с выраженным положительным эффектом в виде уменьшения патологических участков на коже лица и тела, констатирована частичная ремиссия.

Выводы: в настоящее время лимфомы кожи являются достаточно редким и трудным для диагностики экстранодальным заболеванием. Особенно течения кожных лимфом, особенно на ранних стадиях, заключаются в их неспецифичности, что нередко удлинняет период диагностики заболевания и снижает эффективность лечения.

Р.В. Елина, А.А. Лазаренко, Ю.А. Кирьянова, Т.Н. Юрьева
**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ
ЭТАПЕ**

*Кафедра поликлинической терапии и ОВП,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Е.Н.Березикова*

Цель исследования. Провести анализ состояния медицинской помощи пациентам с АГ в условиях муниципального здравоохранения и оценить качество контроля заболевания в поликлинике.

Материалы и методы. В исследование включено 71 пациент с установленным диагнозом эссенциальной АГ I - III степени, средний возраст $69,3 \pm 14,7$ лет. Все пациенты (100%) перенесли инфаркт миокарда, у 45 больных (63,4%) определены признаки ХСН. Проведено клиническое исследование больных, включающее осмотр, выявление факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар крови, креатинин, мочевины, липидный спектр), ЭКГ, исследование сосудов глазного дна, осмотр невролога, а также по показаниям эхокардиографическое исследование, УЗИ почек. Для определения качества проведения диспансеризации больных АГ в амбулаторных условиях оценивалось наличие и кратность проведения данных обследований, а также медикаментозная терапия в течение 3-х лет с последующей оценкой динамики показателей эффективности контроля АГ у наблюдаемых больных.

Результаты. Всем больным АГ проведены такие методы исследования, как общий анализ крови и мочи; ЭКГ (95,8%), исследование сосудов глазного дна проведено в 66,2% случаев. 47,9% пациентов проконсультированы неврологом. Биохимический анализ крови с определением глюкозы проведен в 80,3% случаев, креатинина в 83%, мочевины – 80,3% случаев, холестерина в 87,3%, чрезвычайно редко проводится исследование биохимических параметров крови на определение всего липидного спектра – 40,8%. Также, отмечается достаточно низкая частота выполнения УЗИ почек у больных АГ (5%). При анализе лечения пациентов с АГ выявлено, что иАПФ получали 70,4% пациентов, (в 45,1% случаях преобладает назначение эналаприла), в 28,2% случаев кратность приема не соответствует рекомендациям, в 14,1% случаев иАПФ сочетались с приемом сартанов; в 28,2% случаев были назначены сартаны, а в 8,5% случаев пациенты не получали ни иАПФ, ни сартаны; не смотря на 100% наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда, только в 59,2% случаев назначались бета-блокаторы, антагонисты кальция были назначены в 23,9% случаев, назначение диуретиков было в 49,3% случаев.

Выводы. Проведенный анализ качества диспансеризации пациентов с АГ с высоким сердечно-сосудистым риском показал, что в 100% случаев

диспансеризация неудовлетворительная, в 9,9% случаев страдает кратность обследования, а в 91,6% случаев обследование осуществляется в неполном объеме.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что одним из наиболее значимых факторов, определяющих недостаточную эффективность контроля АГ в поликлинике, является отклонение от рекомендованных стандартов обследования и лечения больных АГс высоким сердечно-сосудистым риском.

А.А. Завальникова, Э.И. Кискаева, Г.К. Гапурова
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ
ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ВОЗБУДИТЕЛЯ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ю. Зюбина*

В настоящее время распространение хронических вирусных гепатитов (ХВГ) в мире очень велико, прогноз которых во многом зависит от ранней диагностики, своевременности лечения, здорового образа жизни в дальнейшем и от многих других медико-профилактических и социальных факторов. Знание особенностей каждого ХВГ определяет оптимальность и персонализацию реабилитационных программ первичной и вторичной профилактики. В связи с этим целью нашего исследования является провести сравнительную характеристику ХВГ в зависимости от возбудителя и, по возможности, выявить их отличительные черты.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 96 амбулаторных карт диспансерных больных с ХВГ одного из инфекционных кабинетов города с учетом их эпидемиологических и клинико-лабораторных данных. Из них 58,3% случаев с ХВГС, 25% – с ХВГВ и 16,7% – с ГВ+С, что отражает структуру ХВГ по кабинету и РФ в целом на 2013г.

Результаты. Показано, что преобладающим возрастом больных на момент диагностики, независимо от возбудителя, является 31-40 лет: при ХВГС и В – по 39,3%, особенно при ВС – 87,5%. Второй возрастной пик характерен для лиц старше 50 лет: у 17,9% и 25%, соответственно, и оставшиеся 12,5% больных для ХВГ ВС. Определена также закономерность гендерного состава среди обследованных: при ХВГС и ВС 67,9 и 87,5%, соответственно, больные мужского пола, тогда как при ХВГВ – всего 25%.

Выявлена так же разница и по наличию факторов риска, полученных при сборе эпиданамнеза и указанных в документации: у больных с ХВГС

и ВС – это в основном гемоконтактный путь (гемотрансфузии, оперативные вмешательства, инъекционные наркотики и др.) – в 82 и 100% соответственно, а у пациентов с ХВГВ – в 50% случаев.

Анализ клинико-лабораторных манифестирующих проявлений свидетельствует о большей тяжести ХВГС и ВС, характеризующиеся преобладанием умеренной и выраженной степени активности (согласно стандартным критериям, 2013) в этот период болезни (35,7 и 62,5%, соответственно) в отличие от ХВГВ, при котором таких больных – всего 9%. В последующем ХВГВ свойственно волнообразное течение с периодами обострения, но по окончании пятилетнего срока наблюдения сохранялась практически у всех больных та же минимальная степень тяжести, тогда как для ХВГС и, особенно ВС, к этому же сроку наблюдения характерно постепенное прогрессирование процесса с увеличением числа пациентов с умеренной активностью клинико-лабораторной симптоматики. При этом из всех больных лишь два получили специфическое противовирусное лечение.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно говорить об отдельных различиях ХВГ в зависимости от возбудителя, однако небольшое число больных, составивших лишь 17,6% от всех наблюдаемых больных у инфекциониста, однозначно не позволяет говорить о достоверности полученных результатов.

О.А. Загорулько, М.В. Марченко
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ
ТИРОЗИНКИНАЗЫ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.С. Лямкина*

Актуальность: хронический миелолейкоз (ХМЛ) – клональное миелопролиферативное заболевание, характеризующееся наличием филадельфийской хромосомы (Ph+) и химерного гена BCR-ABL, кодирующего протеин, который обладает тирозинкиназной активностью. Для патогенетической терапии ХМЛ используют ингибиторы тирозинкиназы (ИТК). В связи возможностью достижения полного цитогенетического ответа (ПЦО) и большого молекулярного ответа (БМО) и увеличением продолжительности жизни больных важной проблемой является качество жизни пациентов. Качество жизни – это интегральные характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанное на его субъективном восприятии.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с ХМЛ, получающих терапию оригинальным препаратом Гливек® и дженериками иматиниба (Филахромин, Генфатиниб).

Материалы и методы: проведен анализ 30 амбулаторных карт пациентов с ХМЛ, наблюдающихся в Городском гематологическом центре г. Новосибирска (ГБУЗ НСО ГKB №2). Среди них 16 больных (53%) составили мужчины, 14 (47%) – женщины. На момент установления диагноза средний возраст больных составил – 44 года, у 25 пациентов (83%) была выявлена хроническая фаза заболевания, у 5 (17%) – фаза акселерации. Все пациенты получали ИТК иматиниб: до 2013 года – оригинальный препарат Гливек®, с 2013 года – дженерики иматиниба – Филахромин или Генфатиниб. С помощью международного унифицированного опросника SF-36 дважды (в 2012г. и 2013г.) анализировались такие показатели качества жизни, как физическое функционирование (ФФ), ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием (РОФС), физическая боль (ФБ), общее здоровье (ОЗ), витальность (В), социальное функционирование (СФ), ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием (РОЭС) и психическое здоровье (ПЗ).

Результаты: по итогам проведенного анализа установлено, что после перехода с препарата Гливек® на дженерики иматиниба не отмечалось прогрессирования заболевания по объективным критериям – гемограмма, миелограмма, цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование костного мозга и периферической крови (ЦГО, БМО). Полный клинко-гематологический ответ достигнут у 26 (87%) больных. В результате проведенной терапии ПЦО достигнут у 22 пациентов (73%). БМО выявлен у 18 (60%) пациентов, полный молекулярный ответ – у 5 (16,7%). В результате исследования качества жизни установлено, что ФФ на фоне терапии препаратом Гливек® составляло 70,5 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 67,8), РОФС – 45, 0 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 27,5), ФБ – 64,8 балла (на фоне терапии дженериками иматиниба – 61,0), ОЗ – 49,2 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 45,0), витальность – 48,8 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 47,0), СФ – 69,4 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 69,0), РОЭС – 44,5 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 35,6), ПЗ – 58,0 баллов (на фоне терапии дженериками иматиниба – 56,8).

Выводы: качество жизни по показателям РОФС и РОЭС достоверно выше при терапии оригинальным препаратом Гливек®. По остальным показателям качество жизни на фоне терапии Гливеком® также выше, однако достоверных различий не получено.

А.В. Звонкова, Е.В. Киметова
**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н. проф. Д.А. Яхонтов*

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) часто сочетается с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, что ухудшает ее течение, диктует повышенные требования к лечению пациентов и их приверженность к назначаемой терапии.

Цель. Изучить характер антигипертензивной терапии и приверженность к лечению у больных АГ с коморбидными состояниями на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Проанализировано 160 историй болезни больных АГ 2-3 степени, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера (НОККД) в период с 2010 по 2012 гг., из них 104 (65%) мужчины и 56 (35%) женщин, средний возраст которых составил $56,8 \pm 1,5$ лет. Больные были разделены на 4 группы соответственно характеру сопутствующей патологии: 1-я группа - 39 больных с сочетанием АГ со стенокардией напряжения 2-3 ФК; 2-я группа - 43 больных, перенесших инфаркт миокарда давностью от 1 года до 15 лет; 3-я группа - 34 больных, перенесших мозговой инсульт давностью от 1 года до 12 лет; 4-я группа - 44 больных с сочетанием АГ, ИБС с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Группы больных были сопоставимы по возрасту и половому составу.

Результаты. Давность АГ составила $12,3 \pm 1,7$ лет в 1-й группе, $15,8 \pm 2,2$ - во 2-й, $12,9 \pm 1,5$ - в 3-й и $14,5 \pm 6,3$ года в 4-й группе. У абсолютного большинства больных были поражены органы-мишени (гипертрофия левого желудочка, увеличение толщины комплекса интима-медиа сонной артерии, изменения со стороны сосудов глазного дна, снижение скорости клубочковой фильтрации и повышение уровня креатинина крови). Изучение характера амбулаторного лечения и комплайенса на протяжении года перед госпитализацией в НОККД обнаружило, что монотерапию по поводу АГ получали 6 (15,3%) больных в 1-й группе, 6 (13,9%) - во 2-й, 12 (35,3%) - в 3-й и 15 (34%) больных в 4-й группе; двухкомпонентную терапию - 18 (46%), 17 (39,5%), 11 (32,3%) и 18 (40,9%) больных в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах соответственно. Три и более антигипертензивных препарата (АГП) одновременно получали 15 (38,4%) больных в 1-й группе, 20 (46,5%) - во 2-й, 10 (29,4%) - в 3-й и 11 (25%) больных в 4-й группе. Среди назначенных на амбулаторном приеме антигипертензивных препаратов лидировали иАПФ, у 74,3% больных 1-й группы, 58,1% - 2-й, 70,5% - 3-й и 77,3% - 4-й группы

и диуретические препараты - 77%, 65%, 58,8% и 72,7% больных 1-й, 2-й, 3-й и 4-й групп соответственно. Полностью выполняли назначение лечащего врача 14 (35,8%) больных в 1-й группе, 18 (41,8%) - во 2-й, 19 (55,8%) в 3-й и 26 (59,1%) больных в 4-й группе, из них предписание врачей соблюдали 60,7 (%) женщин, имеющих стаж АГ в среднем 15,7 лет, и 41,3(%) мужчин, страдающих АГ в среднем 17,4 года.

Заключение. Таким образом, у больных АГ с сопутствующими кардиоваскулярными заболеваниями и сахарным диабетом II типа, нуждающихся в комбинированной АГТ, последняя назначалась лишь в 75,6 % случаев. Из них приверженность к лечению была наибольшей у больных АГ, перенесших ИМ, и у больных АГ в сочетании с СД II типа и наименьшей - у больных с АГ со стенокардией напряжения 2-3 ФК. Приверженность к АГТ больных АГ с ЦВБ зависела от степени тяжести данной патологии. Прослеживалась четкая связь комплаенса со стажем заболевания и полом больных: чем длительнее срок болезни, тем выше приверженность к терапии. Женщины в возрастном диапазоне от 51 года до 57 лет, имеющие высшее образование и достаточный доход, состоящие в браке, перенесшие сосудистые катастрофы, более привержены к назначенной терапии. Основными причинами низкого комплаенса явились: мужской пол, отсутствие высшего образования, низкий уровень доходов, бессимптомное течение заболевания.

И.С. Исхакова*, А.А. Лазаренко
**ВЗАИМОСВЯЗИ ЛЕПТИНА И ПАРАМЕТРОВ ДИСФУНКЦИИ
ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С
РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

*Кафедра неотложной терапии с эндокринологией и
профпатологией факультета повышения квалификации и
профессиональной переподготовки врачей,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.А. Рюткина*

Постменопауза характеризуется изменением секреции гормонов, в том числе лептина, способствуя развитию лептинорезистентности. Кроме того, лептин рассматривается как один из факторов патогенеза сахарного диабета типа 2 (СД) и его сосудистых осложнений.

Цель. Оценить взаимосвязи лептина с биохимическими параметрами дисфункции эндотелия у постменопаузальных женщин в зависимости от состояния углеводного обмена.

Методы исследования. 81 женщина в естественной постменопаузе (продолжительность 8.46 ± 0.75 лет) в возрасте 45-72 года после подписания добровольного информированного согласия и определения уровней глики-

рованного гемоглобина (HbA1c) были разделены на 3 группы. Группу 1 составила 41 больная СД 58.43 ± 5.81 лет со стажем заболевания 5.76 ± 5.17 лет; группу 2- 15 женщин с предиабетом 60.87 ± 6.69 лет и 25 женщин без нарушений углеводного обмена (НУО) в возрасте средний возраст 54.96 ± 5.04 лет вошли в группу 3. По возрасту группа 1 и 2 были сравнимы, $p_{1,3}=0.016$; $p_{2,3}=0.009$. Уровни HbA1c в группах составили соответственно 7.29 ± 1.02 ; 6.19 ± 0.18 и $5.52 \pm 0.29\%$. 36 больных с СД имели диагностированную артериальную гипертензию (АГ), без СД – АГ отмечена у 13 женщин; по уровням АД группы не различались. Определяли гликемию плазмы капиллярной крови натощак (ГПН) глюкозооксидазным методом, гликированный гемоглобин (HbA1c) автоанализатором DCA Vantage™ Analyzer Siemens; лептин, параметры дисфункции эндотелия: фактор некроза опухолей- α (α -FNO), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку проводили с помощью программ STATISTICA (версия 7.0). Определяли базовые статистики: среднее арифметическое (М), стандартное отклонение (σ), рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена (R).

Результаты. Средние уровни лептина в изучаемых группах были сравнимы и составили соответственно у больных СД, предиабетом и женщин без НУО 25.34 ± 7.58 ; 25.06 ± 17.29 и 28.67 ± 17.70 нг/мл ($p > 0.05$); при этом они превышали референсные значения (3.7-11.1 нг/мл) для женщин. Показатели α -FNO аналогично составили 4.26 ± 1.35 ; 4.90 ± 2.05 и 4.90 ± 1.26 пг/мл ($p_{1,3}=0.02$); уровни VEGF соответственно: 94.42 ± 77.46 ; 150.49 ± 77.50 ($p_{1,2}=0.018$) и 164.61 ± 95.66 пг/мл ($p_{1,3}=0.000$; ($p_{2,3} > 0.05$)). Уровни лептина у больных СД коррелировали с возрастом ($R=0.363$; $p=0.020$), длительностью заболевания ($R=0.399$; $p=0.034$) и постменопаузы ($R=0.327$; $p=0.037$), уровнями α -FNO ($R=0.421$; $p=0.006$) и ГПН ($R=0.350$; $p=0.023$). У женщин с предиабетом уровни лептина о коррелировали с VEGF ($R=0.628$; $p=0.012$), тенденция к корреляции выявлена с α -FNO ($R=0.492$; $p=0.062$). В группе нормогликемических женщин достоверных корреляций лептина не выявлено. Отметим, что слабые достоверные корреляции уровней лептина и α -FNO сохраняются в общей матрице ($R=0.281$; $p=0.011$) при тенденции к таковым с показателями VEGF ($R=0.202$; $p=0.070$).

Выводы и обсуждение. У постменопаузальных женщин с различным состоянием углеводного обмена отмечена гиперлептинемия относительно референсных пределов метода. Показатели VEGF у больных СД 2 типа достоверно превышали таковые у женщин без нарушений углеводного обмена и с предиабетом. Выявленные корреляционные взаимосвязи лептина отражают его участие в формировании дисфункции эндотелия у постменопаузальных женщин с различным состоянием углеводного обмена.

А.С. Капранов
**ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖИТЕЛЕЙ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Уколова Л.А.*

Актуальность темы. Болезни системы кровообращения (БСК) до настоящего времени остаются основной причиной смерти населения России в целом и Новосибирской области (НСО) в частности. В России на долю БСК приходится до 57,1% от всех случаев смерти, в т.ч. от ишемической болезни сердца (ИБС) 28,9%. По НСО смертность от БСК составляет 54% в общей структуре смертности и 32,5% в структуре первичной инвалидности. Среди причин смертности на долю ИБС приходится 50,5% и в том числе от инфаркта миокарда. При этом смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) существенно не изменяется.

Материалы и методы. Анализ проводился по регистрационным картам базы данных областного регистра ОИМ (программа Release). Также был использован отчёт работы кардиослужбы за 2010-2012 годы. Статистическая обработка проводилась с использованием факторного анализа, корреляционного анализа Спирмена, а также с помощью статистических функций программы OpenDocument.

Цель исследования. Выявить особенности заболеваемости ОИМ у мужчин и женщин НСО в разных возрастных группах и связь ОИМ с факторами риска.

Результаты. Проанализировано 2086 карт больных инфарктом миокарда, поступивших в ГНОКБ и клиники по месту жительства за 3 года (с 2010 года по 2012 год). Среди них мужчин — 70,5%, женщин — 29,5%. Средний возраст у мужчин составил $58,4 \pm 9,9$ года, у женщин — $67,9 \pm 6,2$ лет. Количество больных, доставленных скорой медицинской помощью — 74%. Артериальная гипертензия (АГ) зарегистрирована в 67,74% случаев, у мужчин — 65%, у женщин — 35%. Сахарный диабет (СД) — 13,66%, мужчин — 35,8%, женщин 64,2%. Выявлены достоверные корреляционные связи между наличием ОИМ и АГ у мужчин и женщин (в обоих случаях $p < 0,05$), а так же между наличием ОИМ и СД у мужчин и женщин (в обоих случаях $p < 0,05$), причём у женщин эта связь сильнее, как в случае АГ, так и в случае СД. Общая летальность по НСО в среднем составила 13,6%. Заболеваемость по городу — 1,1 на 100000 населения, по НСО — 1,25 на 100000 населения. В ГНОКБ для долечивания было переведено 30,97%. Давность ОИМ при госпитализации в стационар менее 2х часов наблюдалась у 35,09%, более 24х часов у 31,25%. Тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена у 8,9%, летальность в этой группе составила 7%. ЧТКВ было проведено 12,8%, летальность 0.37%.

Выводы. 1. Заболеваемость ОИМ в НСО выше, чем в г. Новосибирске, но в целом соответствует заболеваемости по России.

2. В структуре заболеваемости больных с ОИМ среди сельских жителей преобладают мужчины, что отражает общую тенденцию для РФ.

3. Среди возрастных групп наиболее распространенный возраст у мужчин — от 50 до 60 лет, среди женщин — от 70 до 80.

4. Выявлена достоверная связь у мужчин и женщин с ведущими факторами риска ИБС — АГ и СД. У женщин эта связь более выражена.

5. Поздняя госпитализация по НСО у 31,25% больных. Количество больных, доставленных в сроки, оптимальные для проведения ТЛТ в городе выше.

6. Низкий процент проведенной ТЛТ и ЧТКВ объясняется поздней госпитализацией, недостаточным проведением ТЛТ на догоспитальном этапе в НСО, по сравнению с городом.

Ю.А. Кирьянова, Т.Н. Юрьева, Р.В. Елина, А.А. Лазаренко
**ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Кафедра поликлинической терапии и ОВП,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Е.Н.Березикова*

Цель исследования. Провести анализ качества диспансеризации пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III ФК. Проведено клиническое исследование больных, включающее осмотр, выявление факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар крови, креатинин, липидный спектр), ЭКГ, исследование сосудов глазного дна, осмотр невролога, а также эхокардиографическое исследование, УЗИ почек. Для определения качества проведения диспансеризации больных ХСН в амбулаторных условиях оценивалось наличие и кратность проведения данных обследований, а также медикаментозная терапия в течение 3-х лет.

Результаты. Всем больным ХСН проведены такие методы исследования, как общий анализ крови и мочи. В 98% случаев проведено ЭКГ исследование, в 66% случаев исследование сосудов глазного дна, определение в крови глюкозы — 66%, креатинина в 78% случаев, холестерина - 84% (в то же время чрезвычайно редко проводится исследование биохимических параметров крови на определение всего липидного спектра — 42%). Кардиологом были проконсультрованы 70% пациентов. Отмечается достаточно низ-

кая частота выполнения УЗИ сердца (36%) и УЗИ почек (8%). При анализе лечения пациентов с ХСН выявлено, что иАПФ получали 62% пациентов, в 6% случаев иАПФ сочетались с приемом сартанов; в 40% случаев были назначены сартаны, только в 54% случаев назначались бета-блокаторы (при этом в 6% назначался атенолол), антагонисты кальция были назначены в 26% случаев, назначение диуретиков было в 44 % случаев.

Выводы: Проведенный анализ качества диспансеризации пациентов с ХСН показал, что в 100% случаев диспансеризация неудовлетворительная. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что одним из наиболее значимых факторов, определяющих недостаточную эффективность лечения ХСН в поликлинике, является отклонение от рекомендованных стандартов обследования и лечения данных больных.

Э.И. Кискаева, Ю.С. Блум, Е.И. Дементьева
**ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО
ГЕПАТИТА С В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО
НАБЛЮДЕНИЯ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ю. Зюбина*

Проблема хронического вирусного гепатита С (ХВГС) в настоящее время одна из наиболее важных для гепатологии и здравоохранения в целом. Это объясняется масштабностью его распространенности и темпами прироста во всем мире. По прогнозам ВОЗ (2012) в последующие 10-20 лет рост ХВГС может увеличить число больных циррозом печени на 60%, гепатокарциномой - на 68% и в 2 раза вырасти смертность от заболеваний печени. В связи с этим целью нашей работы явилась оценка особенностей ХВГС и степень его прогрессирования в процессе динамического наблюдения в данном регионе.

Материалы и методы. В условиях поликлинического отделения, районного инфекционного кабинета г. Новосибирска проанализировано 56 амбулаторных карт больных с ХВГС, из них 67,8% составили мужчины, преимущественно молодого возраста 28-40 лет - 46,4% . Срок динамического наблюдения – от 1 года (25% больных) до 18 лет (3,6%), в среднем – 4,25 лет.

Результаты. Анализ показал зависимость гендерного и возрастного состава больных, что указывает на необходимость обязательного обследования на инфицирование вирусом гепатита С лиц в возрасте 28-40 лет, особенно мужского пола. Тем важнее это при наличии доказанных факторов риска для инфицирования, что имело место у 89,3% обследованных, независимо от гендерно-возрастного состава: 57,1% подвергались инвазивной сто-

матологической помощи или оперативному вмешательству, каждый пятый (21,4%) имел незащищенные половые связи, 14,2% больных использовали инъекционные наркотики, 7,1% в прошлом подвергались гемотрансфузиям, столько же находились в непосредственном контакте с больными ХВГС, 3,6% больных наносили татуировки на коже и 18,2% были ВИЧ инфицированы. При этом каждый десятый (14 %) имел два и более фактора риска. Необходимость тотального обследования населения на ВГС, преимущественно молодого возраста (хотя 17,9% приходится на возраст более 60 лет) подтверждается тем фактом, что у 28,6% пациентов ХВГС выявлен случайно при обследовании перед плановым оперативным вмешательством, тогда как у остальных (71,4%) - при целевом обследовании для исключения ВГ.

ХВГС у 100% больных диагностирован на основании ИФА метода (HBSAg и HCV) и лишь в 10,7% случаев подтвержден ПЦР, у 1 человека (1,8%) определен тип генома. Клиническая симптоматика, данные стандартного биохимического исследования, УЗИ брюшной полости позволили определить степень активности процесса (согласно стандартам, 2013г) на момент первого посещения инфекциониста: у 67,8% (38 человек) минимальная, у 25% (14 человек)- умеренная, у 3,6% (2 человека) – выраженная, а у 3,6% (2 человека) - стадия цирроза печени. Все наблюдаемые, согласно «Рекомендациям рабочей группы МЗРФ, 2013г», нуждаются в специфической противовирусной терапии, однако, получили ее лишь два пациента (3,6%) с улучшением состояния, а остальные периодически принимали гепатопротективные и симптоматические препараты. Анализ динамики в течение 6 и более лет свидетельствовал о практической стабилизации процесса у большего числа больных, хотя у 17,4% доказано прогрессирование с трансформацией в фиброз и цирроз с летальным ежегодным исходом в 0,5% случаев.

Выводы. Среди обследованных лиц ХВГС чаще болеют мужчины молодого возраста, как правило, имеющие факторы риска, что диктует необходимость тотального обследования этого контингента для выявления инфицированности вирусами гепатита. На момент диагностики и в ближайшие 6 года минимальная активность ХВГС является преобладающей.

Э.И.Кискаева*, А.А.Завальникова, Г.К.Гапурова
ОЦЕНКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ю. Зюбина*

В последние годы в нашей стране диспансеризация активизировалась за счет дополнительных федеральных программ, направленных на раннее

выявление и первичную профилактику наиболее частых и социально значимых заболеваний. Закономерно это привело к увеличению общей заболеваемости и числа лиц, требующих пролонгированного диспансерного наблюдения с целью вторичной и третичной профилактики. Вместе с тем организация, полнота охвата, возможности детального обследования и отклик самих больных вызывают определенные трудности и далеки от разрешения. Согласно «Санитарным правилам и методическим указаниям, 2008» все больные с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) должны находиться на диспансерном учете у инфекциониста. Оценить диспансеризацию за больными ХВГ явилось целью работы.

Материалы и методы. Проведен анализ 96 амбулаторных карт больных с ХВГ, которые наблюдаются в инфекционном кабинете одного из поликлинических отделений г. Новосибирска, что составляет 17,6% от всех больных с этой патологией на конец 2013г. Из них 56 человек (59,6%) с ГС, 24 (25,5%) – ГВ и 16 (14,9%) – с ГВ+С, что отражает структуру ХВГ по кабинету и по РФ в целом (2013г.). Оценены сроки постановки на диспансерный учет больных после диагностики ХВГ, характеризующие преимущественно их отклик, полнота первичного и динамического обследования с учетом факторов риска заболевания, объем проведенного специфического противовирусного лечения.

Результаты. Выявлено, что после первичной диагностики ХВГ, все больные практически сразу встают на учет к инфекционисту, за исключением прибывших в город из других мест с ранее диагностированным заболеванием, среди которых средний срок обращаемости составляет от 0,75 до 5,4 лет. Регулярность диспансерных осмотров и обследований не соответствуют оптимальным срокам (1 раз в квартал) и с каждым последующим годом снижается. Особенно это касается больных ХВГС, среди которых 47% не выполняют рекомендации врача, а с ГВ и В+С таких больных оказалось по 25%. Возможно, это связано с преобладанием лиц мужского пола молодого возраста (до 40 лет), составляющие 40% в структуре ГС и в меньшей степени ХВГВ и/или преобладанием минимальной степени активности: ГВ – у 83,3%, В+С-у 50%, С – у 67,8%. К сожалению, не у всех больных отмечаются факторы риска инфицированности ВГ, индекс массы тела и ее динамика, важные объективные данные. Выявлено, что диагностика в 100% случаев основана только на ИФА и УЗИ брюшной полости, в 10,7% случаев при ГС, 16,8% при ГВ и 25% при ГВ+С – на ПЦР, лишь у 3,6% больных с ГС и 8,3% - с ГВ+С изучен геном вируса С. Ни одному больному не проведена биопсия печени и лишь в 8,3% случаев при ХГВ было выполнено фибросканирование. Определены и другие трудности в работе инфекциониста, что сопряжено с отсутствием квот на обследование и лечение, с одной стороны, и материальной несостоятельностью больных.

Таким образом, несмотря на проводимую большую работу инфекционного кабинета по диспансеризации многочисленного и ежегодно растущего контингента больных ХВГ, являющегося социально-значимым заболеванием, выявлены и ее слабые стороны. Это определяется низким откликом самих больных, уровнем их ответственности и социализации, особенностью психологического состояния. Кроме того необходимы унификация амбулаторной документации для ХВГ, позволившая оптимизировать работу врача, а также дальнейшее усовершенствование мероприятий для большей доступности проведения необходимых обследований и лечения.

Е.М. Кобелев

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Н.В. Скворцова*

Актуальность: множественная миелома (ММ) – тяжелое, злокачественное лимфопролиферативное заболевание, которое составляет 1% от всех онкологических заболеваний и 10% от гемобластозов. Средний возраст заболевших составляет 69 лет, в то время как на возраст 30-40 лет приходится только 2-3% случаев. У больных пожилого и старческого возраста, каковыми являются пациенты с ММ, на фоне течения заболевания в патологический процесс часто вовлекаются жизненно важные органы и системы организма, с развитием их функциональной, а затем структурной недостаточности. Наиболее частым осложнением, нередко приводящим к летальному исходу у этих пациентов, является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Развитие ХСН может быть осложнением опухолевого процесса или являться сопутствующим или сочетанным заболеванием, которое отягощает течение ММ, препятствуют проведению адекватной химиотерапии (ХТ), а также нарушают качество жизни пациентов. Вышеуказанное делает необходимым детальное обследование сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных ММ, а также профилактику и лечение возникающих нарушений.

Цель исследования: изучить структуру и особенности поражения ССС у пациентов с ММ на этапе первичной диагностики заболевания и в динамике химиотерапии.

Материал и методы: ретроспективно проанализированы амбулаторные карты 42 пациентов с ММ, наблюдавшихся в Городском гематологическом центре г. Новосибирска в период с 2009 по 2013 год. Анализ жалоб и лабораторных исследований проводился на этапе первичной диагностики

ки заболевания и в динамике ХТ. Средний возраст пациентов составил - 59 лет, из них женщин было 63%, мужчин - 37%. У большинства пациентов диагностирована IIIA стадия (70%), и IgG вариант (73%) ММ. Все анализируемые пациенты, в среднем, получили 8 курсов ХТ (от 8 до 12) по протоколам MPV, PAD, CDV, VD, из них 82% больных получили препараты как минимум 3-х классов (антрациклины, алкилирующие агенты, ингибиторы внутриклеточных протеасом, глюкокортикостероидные гормоны).

Результаты: на этапе диагностики ММ у 26 пациентов (61,7%) уже имели место изменения со стороны ССС, что связано с возрастными особенностями и полиморбидностью данной группы больных. В структуре патологии ССС преобладали: гипертоническая болезнь (ГБ) у 35,7% пациентов, у 16,6% больных ГБ сочеталась с ишемической болезнью сердца (ИБС), изолированная форма ИБС отмечена у 4,7%, а различные нарушения ритма у 4,7% соответственно. Среди факторов риска развития патологии ССС, гиперпротеинемия была зарегистрирована у 87,8%, анемия у 54%, гиперкальциемия у 48%, а миеломная нефропатия у 61% пациентов. В структуре сопутствующей патологии, помимо заболеваний ССС, были выявлены хронические заболевания ЖКТ (гастрит, дуоденит, холецистит, панкреатит, колит) – у 22% и мочевыводящей системы (цистит, пиелонефрит, МКБ) - у 17% больных. При анализе состояния ССС у больных ММ после проведения им курсов ХТ, у 18% пациентов, ранее не страдавших заболеваниями ССС, были отмечены клинические признаки ГБ. У 48% пациентов появились жалобы на слабость, быструю утомляемость, ощущение более в области сердца колющего или ноющего характера, а также на перебои в работе сердца. При анализе ЭКГ у 40% пациентов были отмечены изменения миокарда метаболического характера (синдром ранней реполяризации желудочков, метаболически-дистрофические изменения миокарда), у 28% пациентов - нарушения функции проводимости миокарда (блокада пучка Гиса полная, неполная), у 18% пациентов зарегистрированы нарушения ритма (тахибрадикария, экстрасистолия), что, скорее всего, обусловлено кардиотоксическим влиянием цитостатических препаратов, входящих в состав ХТ. При анализе показателей ЭХО-КГ у 67% пациентов отмечено повышение эхоплотности и кальциноз аорты, у 65% - гипертрофия отделов миокарда (МЖП и ЗСЛЖ), у 72% - изменения клапанного аппарата сердца.

Выводы: на этапе диагностики у большинства пациентов с ММ (61,7%) уже имеются заболевания ССС, что связано с полиморбидностью данной группы больных. Проведение ХТ приводит к появлению у большинства пациентов, ранее не страдавших патологией ССС, обменно-метаболических и структурных изменений миокарда, а у больных с уже имеющимися заболеваниями ССС, к усугублению клинических проявлений последних, что обуславливает необходимость профилактики и создания протоколов терапии возникающих нарушений ССС.

Е.В. Коростелева*
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО
НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Д.А. Яхонтов*

С целью изучения клинической картины и уровня N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) обследованы 151 мужчин со стабильной стенокардией напряжения (СН) в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Больные подразделялись идентично дизайну исследования ACTION: 1-я группа - лица с неосложненным течением СН с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий (КА); 2-я группа - больные со СН, подвергшиеся коронарной реваскуляризации (КР); 3-я группа - больные СН, перенесшие кардиоваскулярное событие (КВС). Уровень Nt-proBNP определялся 46 больным твердофазным одностадийным «sandwich»-вариантом иммуноферментного анализа.

Результаты. У больных 1-й группы чаще выявлялся I ФК СН, а в 3-й группе – III ФК. Анализ факторов риска (ФР) обнаружил, что курящих лиц в 1-й группе было достоверно меньше, чем во 2-й и 3-й – 30,2%; 55,3% и 54,1% соответственно. В отношении остальных основных ФР достоверных различий не получено. При проведении эхокардиографии достоверные различия выявлены только по величине фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ): у больных 3-й группы ФВ оказалась ниже, чем у больных 1-й и 2-й групп -60,5±1,2%; 64,9±0,9% и 65,4±0,8% соответственно. У больных, перенесших КВС, 3-х сосудистое поражение коронарного русла регистрировалось достоверно чаще, средняя величина стеноза составила 71,7±2,5%, в то время как в 1-й группе – 36,8±1,6%, а во 2-й – 78,1±2,0%. Среднее количество стенозированных КА составило 1,7±0,1 в 1-й группе, 2,0±0,1 во 2-й и 2,5±0,1 в 3-й группе обследованных ($p_{1-3} < 0,0001$, $p_{2-3} = 0,001$). Достоверных различий по содержанию Nt-proBNP получено не было, средние значения составили 0,42±0,12 нг/мл, 0,34±0,19 нг/мл и 0,58±0,18 для больных 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно. Уровень NT-proBNP коррелировал с размерами левого предсердия (ЛП) ($r=0,785$), ЛЖ ($r=0,708$) и ФВ ЛЖ ($r=-0,501$) в 3-й группе. Во 2-й группе линейный регрессионный анализ обнаружил взаимосвязи уровня NT-proBNP со средней величиной стеноза КА, количеством стенозированных КА, вовлеченности в патологический процесс ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Выводы. У больных, подвергшихся КР и перенесших КВС, курение регистрировалось достоверно чаще. У больных СН, осложненной наличием

ем КВС, отмечены наиболее низкие значения ФВ ЛЖ. У больных 2-й и 3-й групп был наиболее высокий процент стеноза КА; у больных, перенесших КВС, чаще встречалось трехсосудистое поражение КА. У больных с КВС в анамнезе, выявлены корреляции Nt-proBNP с размерами ЛП, ЛЖ и ФВ ЛЖ; а у больных, перенесших КР, уровень Nt-proBNP взаимосвязан со степенью стеноза, количеством пораженных КА и вовлеченностью в процесс ствола ЛКА.

Е.Ю.Кранц, М.В.Батищева, А.С.Будуева
**ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ КОРОНАРНОМ
АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

*Лаборатория клинических биохимических и гормональных исследований терапевтических заболеваний ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН, г. Новосибирск
Научный руководитель: к.м.н., с.н.с. Я.В. Полонская*

Актуальность. Коронарный атеросклероз – патоморфологическая основа ишемической болезни сердца (ИБС), распространенность и смертность от осложнений которой остаются крайне высокими в России, в частности в Сибири. В последние годы во многих зарубежных и российских публикациях подчеркиваются комплексный характер и большое значение таких звеньев атерогенеза, как дислипопропротеинемия, воспаление, окисление, дисфункция эндотелия и др.

Цель работы – оценить уровни в крови показателей ключевых этиопатогенетических звеньев атеросклероза (липидно-липоротеиновые нарушения, окислительный стресс и др.) у мужчин г.Новосибирска, выявление их независимых ассоциаций с подтвержденным диагнозом атеросклероза и ИБС для разработки лабораторно-биохимического набора диагностических исследований при коронарном атеросклерозе.

Материалы и методы. Научно-исследовательскую работу провели в рамках Программы совместных научно-исследовательских работ Научно-исследовательского института терапии Сибирского отделения РАМН и Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Мешалкина. В основную группу было включено 40 мужчин в возрасте 46-64 лет с коронарографически верифицированным коронарным атеросклерозом, без острого коронарного синдрома, со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, которые поступили в НИИПК на операцию аортокоронарного шунтирования. Контрольную по полу и возрасту группу составили 40 мужчин, проходящих обследование в Клинике НИИ терапии СО РАМН, без ИБС, согласно данным клинико-

функциональных исследований. В сыворотке крови биохимическими методами определяли следующие биомаркеры: липидно-липопротеиновые (общий ХС, триглицериды – ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП), окислительные (исходный уровень продуктов ПОЛ в ЛПНП, резистентность ЛПНП к окислению *in vitro*).

Полученные результаты. При исследовании липидно-липопротеиновых показателей мы не отметили статистически значимых различий по уровням общего ХС и ХС ЛПНП между группами. В то же время уровень ХС ЛПВП был ниже в 1,4 раза, а ТГ – выше в 1,5 раза у лиц с ИБС и коронарным атеросклерозом. У мужчин с ИБС исходный уровень ПОЛ в ЛПНП был выше в 1,67 раза по сравнению с мужчинами без ИБС. Конечный уровень продуктов окисления также был выше у мужчин с ИБС. У мужчин с ИБС и коронарным атеросклерозом по сравнению с популяционной выборкой мужчин без ИБС из исследуемого комплекса липидно-липопротеиновых и окисленных биомаркеров в крови оказались повышенными ТГ, исходный уровень продуктов ПОЛ в ЛПНП и сниженными уровни ХС ЛПВП и резистентность ЛПНП к окислению.

Заключение. 1. У мужчин с ИБС и коронарным атеросклерозом по сравнению с группой мужчин без ИБС в крови выше концентрации ТГ и исходного уровня продуктов ПОЛ в ЛПНП, и ниже концентрации ХС ЛПВП и резистентность ЛПНП к окислению.

2. У мужчин выявлены значимые корреляции и независимые ассоциации наличия ИБС и коронарного атеросклероза с повышенными концентрациями ТГ и исходного уровня продуктов ПОЛ в ЛПНП, и со сниженными концентрациями холестерина ЛПВП и резистентностью липопротеинов низкой плотности к окислению.

В.И. Куликова

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В Г.НОВОСИБИРСКЕ

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Л.Н. Грицай*

Актуальность. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) - В-клеточное лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого является клон лимфоцитов, имеющих размеры и морфологию нормально зрелого лимфоцита и иммунофенотип, соответствующий иммунофенотипу В-лимфоцитов поздних стадий дифференцировки. На долю хронического лейкоза в западном полушарии приходится 25-30% всех лейкозов, в восточном полушарии менее 5% всех лейкозов, а ежегодная заболеваемость

составляет от 3 до 3,5:100000 населения, увеличиваясь до 20 на 100000 у лиц старше 70 лет. Проведение эпидемиологических исследований больных ХЛЛ в России в последнее десятилетие представляет особую актуальность, что обусловлено ростом заболеваемости и внедрением в практику широкого спектра препаратов, направленных на эрадикацию опухолевого клона.

Цель исследования: изучить частоту и структуру хронического лимфолейкоза в г.Новосибирске по данным Городского гематологического центра.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 160 амбулаторных карт и историй болезни пациентов хроническим лимфолейкозом за период с 2010 по 2013 годы.

Результаты. Медиана возраста на момент постановки диагноза составила 68 лет. С одинаковой частотой хронический лимфолейкоз встречался у мужчин и женщин: 49% и 51% соответственно. В момент диагностики заболевания наиболее часто у больных хроническим лимфолейкозом регистрировалась С стадия ХЛЛ (по Binet) – 46%, стадия В встречалась реже – у 24,5% пациентов, и у 29,5% диагностировалась стадия А. В 99,4% случаев при проведении иммуноцитохимического исследования выявлялся В-фенотип хронического лимфолейкоза, и лишь у 1 пациента (0,6%) диагностирован Т-клеточный фенотип опухолевых клеток. В клинической картине преобладал синдром лимфоаденопатии – у 64% больных, из них у 35% пациентов отмечался генерализованный характер. Синдром опухолевой интоксикации отмечался у 56,5% больных, у половины больных (56%) в момент постановки диагноза регистрировалась гепатоспленомегалия, синдром недостаточности костно-мозгового кроветворения имел место у 46% обследуемых и лишь 19% пациентов в момент постановки диагноза жалоб на момент осмотра не предъявляли. В терапии ХЛЛ у 12% больных использовалась тактика «наблюдай и жди», в 35% случаев проводилась терапия лейкераном в монорежиме и 53% больных применялась программная полихимиотерапия с использованием таргетных препаратов (химерное моноклональное антитело мыши/человека, которое специфически связывается с трансмембранным антигеном CD20 опухолевых клеток - ритуксимаб): FCR (флюдарабин, циклофосфан, ритуксимаб), R-COP (ритуксимаб, циклофосфан, винкристин, преднизолон), RB (ритуксимаб, бендамустин). Проведение программной полихимиотерапии в сочетании с таргетными препаратами позволило достичь полного ответа (полная ремиссия+частичная ремиссия) у 76% пациентов хроническим лимфолейкозом.

Выводы: полученные данные позволяют проанализировать не только частоту и структуру хронического лимфолейкоза в г.Новосибирске, но и могут являться дополнительной информацией для разработки национальных программ и рекомендаций.

А.В. Лаврищева, А.В. Родионова
**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНОГО С
КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ**

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Т.С. Суворова*

Актуальность: коарктация аорты составляет 6-8% всех врожденных пороков сердца. Часто сочетается с открытым артериальным протоком, двухстворчатым аортальным клапаном, дефектом межжелудочковой перегородки, аномалиями митрального клапана. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Может носить случайный характер, чаще является наследственным заболеванием. В научной литературе имеется большой объем исследований общего характера и недостаточно описаний индивидуальных клинических случаев.

Цели и задачи: изучить особенности течения артериальной гипертензии у больных с коарктацией аорты по данным литературы, сопоставить их с результатами изученного клинического случая, оценить прогноз заболевания у данного больного.

Материалы и методы: проведено стационарное обследование больного Н. мужского пола, 26 лет на базе нефрологического отделения ГБУЗ «ГНОКБ» (сбор анамнеза, данные объективного обследования, оценка данных лабораторных и инструментальных методов), проанализирована история болезни.

Результаты. Из анамнеза: с 2005г. – повышение АД до 240,140 мм.рт.ст., с 2008г. регулярно принимал гипотензивные препараты, однако, на фоне проводимой терапии АД не достигало целевых значений. На основании жалоб, данных анамнеза, объективного обследования (преобладание гипертонии в верхней части туловища), лабораторного и инструментального обследования (в том числе, наличия ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка; коллатерального кровотока брюшной аорты за счет выраженного предшествующего стеноза, резкого снижения кровотока в почках по УЗДГ; локального субтотального сужения нисходящего отдела дуги аорты на 2 см ниже отхождения левой подключичной артерии на протяжении 1 мм по данным МСКТ-ангиографии) выставлен диагноз: Артериальная гипертензия 2 ст., риск 3. Коарктация дуги нисходящего отдела аорты (ниже отхождения левой подключичной артерии протяженностью 1 мм). Врожденный порок сердца: Двухстворчатый аортальный клапан. ХСН I. ХБП c1.

Назначена комбинированная гипотензивная терапия (β-блокатор, тиазидоподобный диуретик, блокатор медленных кальциевых каналов и селективный агонист имидазолиновых рецепторов). Целевые цифры АД не достигнуты. По рекомендации сосудистого хирурга, запланировано хирургиче-

ческое лечение в объеме резекции суженного участка и наложения анастомоза "конец в конец".

Выводы:

1. Изученный клинический случай пациента с коарктацией аорты сопоставим с данными научной литературы (хабитус больного, основные симптомы и синдромы заболевания, относительная рефрактерность к консервативной терапии, и, как следствие, необходимость хирургического лечения).

2. Прогноз после хирургического этапа лечения благоприятный (ожидается регресс симптомов заболевания, снижение объема гипотензии).

Н.С. Леонтьева*

**ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
У БОЛЬНЫХ С ХСН И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ
МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**

*Кафедра «Терапии общей практики с курсом семейной медицины
имени академика Мирсаида Миррахимова»*

*Кыргызская государственная медицинская академия
имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

Научный руководитель: д.м.н., проф., Р.Р. Калиев

Цель исследования: изучить показатели диастолической функции левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью и постоянной формой мерцательной аритмии.

Материалы и методы. Обследован 131 пациент с коронарной болезнью сердца, следствием которой явилась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ФК II-IV (NYHA, 1964 г.) (72 мужчины, 59 женщин), средний возраст которых $64,4 \pm 10,4$ лет. Больные находились на стационарном лечении в отделении острого инфаркта миокарда Национального Центра кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова. Всем пациентам измеряли артериальное давление (АД) методом Короткова, проводилась электро- и эхокардиография. Конечный систолический объем (КСО, мл) вычислялся по формуле: $V = 7,0 / (2,4 + D) \times D^3$, индексированные показатели КСОИ определяли как отношение КСО к площади поверхности тела. Миокардиальный стресс в систолу (МСс) рассчитывали по формуле: $МСс \text{ (дин/см}^2\text{)} = АДс \times КСР / 4 \times 3Сс \times (1 + 3Сс / КСР)$. Косвенная оценка диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) проведена на основании показателя МСс/КСОИ.

Результаты и обсуждение: в зависимости от наличия мерцательной аритмии (МА) больные были разделены на две группы:

- группа 1 – 65 пациентов с постоянной формой МА (28 мужчин и 37 женщин, средний возраст $66,2 \pm 11,2$ лет);

- в группу 2 вошли 66 пациентов с ХСН без МА (44 мужчины и 22 женщины, средний возраст 62,6±9,4 года).

В табл.1 приведены размеры левого предсердия (ЛП) у исследованных больных ХСН, увеличение которого нередко наблюдается при ДД ЛЖ.

Т а б л и ц а 1

Размеры левого предсердия у больных ХСН и постоянной формой МА

| Показатели | Группы больных | | Р ₁₋₂ < |
|------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Группа 1, n=65 | Группа 2, n=66 | |
| ЛП, см | 4,23±0,62 | 3,65±0,46 | 0,001 |

По показателю МС/КСОИ определяли тип ДД ЛЖ. Полученные данные представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Типы ДД ЛЖ в зависимости от ФК ХСН и наличия МА

| Тип ДД ЛЖ | СН ФК II | | СН ФК III | | СН ФК IV | |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | Группа 1, n=22 | Группа 2, n=42 | Группа 1, n=31 | Группа 2, n=20 | Группа 1, n=12 | Группа 2, n=4 |
| Гипертрофический | 68,18%* | 90,48% | 67,74%* | 30% | 16,67% | 0 |
| Псевдонормальный | 31,82%* | 9,52% | 29,03%* | 65% | 66,66%* | 100% |
| Рестриктивный | 0 | 0 | 3,23% | 5% | 16,67% | 0 |

* p < 0,05 по сравнению с группой 2

Выводы. Пациенты с МА подвержены более раннему развитию ДД ЛЖ, чем пациенты с синусовым ритмом; МА при ХСН связана с более выраженным ухудшением диастолической функции ЛЖ по мере прогрессирования ХСН от гипертрофического к рестриктивному типу.

М.В. Марченко, О.А. Загорулько, А.А. Борковская*
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ
 ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ
 МИЕЛОФИБРОЗОМ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППП
 Новосибирский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.С. Лямкина*

Актуальность: первичный миелофиброз (ПМФ) – хроническое миелопролиферативное заболевание, которое характеризуется выраженным фи-

брозом костного мозга и наличием очагов экстрамедуллярного гемопоэза. Важным критерием в патогенезе ПМФ является мутация в гене янус – киназы (Jak2 V617F), участвующая в передаче сигнала от рецепторов цитокинов и факторов роста к ядру клетки. Мутация Jak2 определяется у 40-50% больных ПМФ. Лечение больного ПМФ строго индивидуализировано в зависимости от стадии заболевания и соматического статуса больного. Используются: химиотерапия (гидроксимочевина и др.), стероидные гормоны, заместительная гемотранфузионная терапия. Клинические проявления ПМФ – спленомегалия, конституциональная симптоматика (КС) (лихорадка, проливные ночные поты, снижение массы тела), анемия значительно ухудшают течение заболевания. Руксолитиниб является селективным ингибитором Jak2 и позволяет значительно улучшить общее состояние больных.

Цель: дать характеристику группе больных с ПМФ и оценить эффективность таргетной терапии руксолитинибом.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ПМФ, госпитализированных в городской гематологический центр г. Новосибирска в период с 2009 по 2013 гг. (28 человек – 17 мужчин и 11 женщин). Средний возраст больных – 56 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторных данных, гистологического исследования костного мозга. Проведен анализ эффективности таргетной терапии руксолитинибом.

Результаты: из 28 пациентов 10 относились к промежуточной-1 группе риска (36%), 16 – к промежуточной-2 (57%), 2 человека – к группе высокого риска, низкая группа риска не встречалась. Относительно удовлетворительное общее состояние отмечалось у 10 пациентов, состояние средней степени тяжести – у 17 больных, тяжелое состояние – у 1 больного. КС наблюдалась у всех больных. Гепатомегалия и выраженная спленомегалия (более +5см из-под края реберной дуги) наблюдалась у 23 человек (82,1%). Анемический синдром различной степени тяжести – у 50% больных, лейкоцитоз – у 60,7%, тромбоцитоз у 21,4%. Пациенты получали химиотерапию, глюкокортикостероиды, при необходимости проводилась заместительная гемотранфузионная терапия. Несмотря на проводимую терапию, у всех больных сохранялось прогрессирование заболевания (нарастание анемии, спленомегалии). В течение года повторно госпитализировался 1 больной. С июля 2013 г. 4 пациента из промежуточной и высокой групп риска получают таргетную терапию ингибитором Jak2-киназы руксолитинибом в течение 9 месяцев. До начала терапии у всех больных отмечалась выраженная спленомегалия, конституциональная симптоматика. У троих пациентов наблюдался анемический синдром легкой степени тяжести. Пациенты получали руксолитиниб по 20-40 мг/сутки. На фоне проводимой терапии отмечается улучшение общего состояния, исчезновение лихорадки, потливости, снижения массы тела. У двух пациентов размеры селезенки достигли нормаль-

ных размеров, а у двух – уменьшились более чем на 50%.

Заключение: ингибитор Jak2-киназы руксолитиниб показал высокую эффективность в терапии ПМФ. Традиционные методы терапии являются лишь симптоматическими и недостаточно эффективны.

Е. М. Мирошникова
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗЖОГИ У ПАЦИЕНТОВ С
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Новосибирский
государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.А. Бикбулатова*

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – группа заболеваний, связанная с воздействием соляной кислоты желудочного сока на слизистые оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эта болезнь – одна из самых распространенных гастроэнтерологических болезней нашего века. Ученые на данный момент выделяют множество различных причин возникновения данного заболевания. К предрасполагающим факторам наряду с курением, применением препаратов, снижающих тонус гладких мышц, злоупотреблением алкоголем относят и ожирение.

Цель работы. Рассмотреть связь между возникновением основного симптома ГЭРБ – изжоги с различными факторами и, прежде всего, с антропометрическими показателями.

Материалы и методы. Обследовано методом опроса 19 человек с подтвержденной эндоскопически ГЭРБ и с жалобами на изжогу, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении МУЗ НГКБ № 7. Из них женщин 12, мужчин 7. Средний вес $75,59 \pm 7,8$ кг. Средний индекс массы тела был повышенным – $27,3 \pm 3,9$ кг/м². Средний индекс ОТ/ОБ – $0,85 \pm 0,05$ – промежуточный, половина пациентов имела андронидный (абдоминальный) индекс. Среднее колебание веса за последний год $+0,7$ кг. Только 6 человек имели нормальную массу тела, у большинства – 62,5% масса тела была избыточной.

Результаты. При корреляционном анализе выявлена положительная связь между выраженностью изжоги и весом ($r = 0,85$, $p = 0,001$), и индексом ОТ/ОБ ($r = 0,582$, $p = 0,03$). В целом, более выраженной была изжога у женщин, и при неэрозивных формах ГЭРБ). Достоверной связи выраженности изжоги с ростом, регулярностью и характером питания не выявлено.

Заключение. Таким образом, при ГЭРБ выраженность изжоги зависит от веса, чаще наблюдается у пациентов с избыточной массой тела и абдоминальным характером ожирения.

И.Е. Моргунова*

**НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА
АМБУЛАТОРНОМ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Н.Л. Тов*

Актуальность выбранной темы несомненна, так как изучение нутритивного статуса у пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на заместительной почечной терапии программным гемодиализом тесно связано с риском осложнений и возможностью достижения эффекта от лечения. Нарушения питания имеют важное прогностическое значение, поскольку оказывают значительное влияние на выживаемость и определяют возможность последующей пересадки почки. Одной из важнейших проблем у этой категории больных является недостаточность питания, которая в значительной степени определяет их заболеваемость и летальность. Существуют данные, что в додиализный период, имеющийся избыточный вес (в том числе висцеральное ожирение) приводит к более быстрому прогрессированию хронической почечной недостаточности. Однако остается неизученным, как ведет себя масса тела в зависимости от гемодиализа и структуры питания (калорийности и сбалансированности).

Цель исследования. 1. Изучить калорийность и структуру пищевого рациона больных, включенных в исследование. 2. Оценить нутритивный статус больных на основе измерения состава тела методом электрического импеданса

Материалы и методы. Проведен анализ пищевых дневников, которые заполняли пациенты отделения гемодиализа ГБУЗ НСО ГНОКБ. Группу контроля составили пациенты, заполнившие дневники в количестве 61 (26 из них заполнили женщины, 35 заполнили мужчины) в возрасте от 19 до 68 лет, получающих заместительную почечную терапию от 6 до 227 месяцев. Все пациенты заполняли пищевые дневники единого образца в течение 7 дней с описанием продуктов, употребляемых в рационе, методов приготовления и количества съеденной пищи. Также всем был определен вес, индекс массы тела, индекс мышечного и жирового слоя с использованием метода электрического импеданса при помощи монитора состава тела BSM фирмы Fresenius для количественной оценки жидкостного статуса и оценки состава тела. По таблице калорийности ПримаВера была посчитана общая калорийность пищи за неделю. Полученные результаты были обработаны в программе BIOSTAT и сопоставлены с фактической массой тела, индексом массы тела, индексами мышечного и жирового слоя и с рекоменду-

мой среднесуточной калорийностью питания для пациентов на гемодиализе (2690 ккал/сут).

Выводы. 1. Фактическое питание у больных, получающих лечение программным гемо-диализом (ПГД) характеризуется недостаточной калорийностью рациона ($1371-1698 \pm 449-509$ ккал/сут/кг) при рекомендуемом варианте диеты с имеющейся энергетической ценностью 2690 ккал/сут. 2. По данным биоимпедансометрии у больных, получающих лечение ПГД, выявлены нормальные значения массы скелетной мускулатуры ($M=16,02$ кг/м) при нормальных значениях жирового слоя ($M=8,717$ кг/м). Среднее значение массы тела составило $M=74,01$ кг, ИМТ 25,9 что соответствует нормам.

И. Е. Моргунова*

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Н.Л. Тов*

Актуальность проблемы. У пациентов, находящихся на программном гемодиализе наиболее частой является гастроэнтерологическая патология. Среди этой патологии второе место занимают эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования. Изучить особенности эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы. Было обследовано 130 пациентов (53 женщины и 77 мужчин) от-деления программного гемодиализа ГНОКБ в возрасте от 22 до 68 лет, получающих ЗПТ от 6 до 227 месяцев. Всем пациентам было выполнено стандартное клиническое обследование. Группа контроля составила 31 пациент. Критерии включения: эндоскопическое обнаружение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Группу контроля разделили на 2 группы: 1 группа - 7 пациентов с наличием язвенной болезни до ввода в ПГД (давность заболевания от 2 до 5 лет с тенденцией к обострениям и ремиссии), 2 группа - 24 пациента с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруженные на ПГД. Во всех случаях имела место сердечно-сосудистая патология и гиперпаратиреоз. В 33% случаев (8 человек) осуществлялся прием нестероидных противовоспалительных средств.

Результаты исследования. В 1 группе ведущим в клинике был болевой синдром в эпи-гастральной области, возникающий через 1,5-2 часа после приема пищи. Во 2 группе боли в эпигастральной области отмечались у 70% (17 человек) и возникали через 0,5 - 2 часа после приема пищи. Синдром диспепсии у пациентов 1 группы обнаружен у 4 человек (57%), во 2 группе - только 3 больных (14%) отмечали аналогичные симптомы. При проведении ФГДС у пациентов 2 группы в 81% выявлены эрозивные изменения, у 17 пациентов (71%) эрозии локализовались в антральном отделе желудка, были множественными, и имели средние размеры; у 4 больных (17%) эрозии локализовались в луковице двенадцатиперстной кишки; в 12% случаев (3 больных) отмечалось сочетание эрозивных повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенный дефект с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки диагностирован у 3 пациентов, и только в 1 случае обнаружена язва в желудке, осложненная кровотечением. У 3 пациентов (12%) отмечалось сочетание эрозивного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки с язвенным дефектом луковицы двенадцатиперстной кишки. В 1 группе пациентов эндоскопически выявлены только язвенные дефекты двенадцатиперстной кишки средних размеров. У 4 пациентов второй группы гистологически доказано наличие *H. pylori*, определена средняя степень обсемененности. Из-за опасности развития кровотечения в большинстве случаев при ФГДС биопсию не брали. Осложнение в виде кровотечения в 1 группе проявили себя до начала ЗПТ. Кровотечения во 2 группе обнаружены в 37% на фоне приема НПВС.

Выводы. У всех пациентов 1 группы в клинике отмечался болевой синдром. У пациентов 2 группы болевой синдром наблюдался в 70% случаев, у 19% было клинически бессимптомное течение. Диспепсический синдром преобладал у пациентов 1 группы. Анализ эндоскопической картины показал, что эрозивные поражения преобладают над язвенными, с локализацией в антральном отделе желудка (70%), множественные, средних размеров. Язвенные дефекты в большинстве случаев локализуются в луковице двенадцатиперстной кишки, имеют средние размеры и чаще осложняются кровотечением. Внимание заслуживает тот факт, что только в одном случае выявлен язвенный дефект с локализацией в желудке.

В.С. Овчинников, Р.В. Тарновский
**ПОЛИМОРФИЗМ FcγIII РЕЦЕПТОРОВ И
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У
БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ЛИМФОМАМИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППП,
Новосибирский государственный медицинский университет,
лабораторией фармакогеномики, Институт химической биологии
и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск
Научные руководители: д.м.н., профессор, Т.И. Поспелова,
к.б.н., заведующий Филипенко М.Л.*

Актуальность темы: неходжкинские лимфомы — это гетерогенная группа злокачественных лимфопролиферативных опухолей, различающихся по биологическим свойствам, морфологическому строению, клиническим проявлениям, ответу на терапию и прогнозу. На долю НХЛ приходится до 6% регистрируемых в течение года опухолей. Заболеваемость НХЛ имеет неизменную тенденцию к росту в течение последних лет. Препарат ритуксимаб - химерное моноклональное антитело, которое специфически связывается с трансмембранным антигеном CD20 на В-лимфоцитах и инициирует иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток. У части пациентов присутствует резистентность к терапии ритуксимабом. Одним из вариантов развития резистентности является нарушение антителозависимой клеточной цитотоксичности вследствие полиморфизма гена FcγIII рецепторов. Происходит мутация в 158 аминокислоте: кодирование фенилаланина (F) вместо валина (V) (FCGR3A V158F). При высокоаффинном варианте (158 V/V), который встречается примерно у 20% населения, частота объективных ответов на терапию Ритуксимабом составляет 90%. Низкоаффинный вариант (158 F/F) снижает эффективность лечения до 51%.

Цель работы: изучить частоту встречаемости полиморфизмов генов FcγIII рецепторов у больных В-клеточными неходжкинскими злокачественными лимфомами и оценить их влияние на эффективность таргетной химиотерапии.

Материалы и методы: обследовано 129 пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами, 40 с индолентными лимфомами, 57 с агрессивными и 32 с высокоагрессивными. Производился забор периферической крови и костного мозга в одноразовые пробирки с напылением КЗЭДТА. ДНК выделялось методом фенол-хлороформной экстракции из замороженных образцов. Анализ проводился методом ПЦР в реальном времени по технологии TaqMan, что даёт существенное повышение специфичности и чувствительности метода.

Результаты и обсуждение: по результатам ретроспективного анализа, у 41 пациентов наступила полная клинико-гематологическая ремиссия, из

них 30 имели фенотип 158 F/V и 11 - фенотип 158 V/V. У 64 пациентов достигнута частичная ремиссия, из них 35 имели фенотип 158 F/V, 22 – фенотип 158 V/V и 17 - фенотип 158 F/F. У 24 пациентов отмечено прогрессирующее течение заболевания 18 из них имели фенотип 158 F/F и 6 фенотип 158 F/V. Таким образом можно предположить, что наличие низкоаффинного варианта (158 F/F) снижает эффективность лечения ритуксимабом, а наличие высокоаффинного (158 V/V) или гетерогенного (158 F/V) варианта характеризуется лучшим ответом на терапию.

Выводы: определение наличия полиморфизма гена $Fc\gamma III$ рецептора у пациентов с индолентными и агрессивными лимфомами позволит прогнозировать течение заболевания и его исход. Данные о резистентности к таргетной терапии дают основание планировать курсы лечения, в зависимости от факторов риска и резистентности, что увеличит вероятность достижения ремиссии.

А.Е. Опре, А. А.Размерица, Е. С. Шатохина
**ЧАСТОТА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО
БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. М. Ф. Осипенко,
асс. Ю. А. Кулыгина, асс. Ю.В. Макарова*

Актуальность. Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) характеризуется изменением состава микрофлоры тонкой кишки; появлением факультативных условно-патогенных штаммов бактерий. Этот синдром часто сопровождает заболевания ЖКТ, частота его выявления может достигать 70-97% (Н.А. Агафонова, материалы XII съезда НОГР, 2012г). Водородный дыхательный тест – современный неинвазивный метод диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СИБР). По данным Е. Mendoza и соавт., чувствительность водородного теста с лактулозой составила 85,7 %, а специфичность —90,9% для диагностики СИБР.

Цель. Оценить с помощью водородного дыхательного теста частоту СИБР у пациентов разных гастроэнтерологических групп (с холецистэктомией в анамнезе, с синдромом холестаза, с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК)).

Задачи: 1.Оценить результаты водородного дыхательного теста у пациентов трех групп: 1. с холецистэктомией в анамнезе; 2. с синдромом холестаза; 3. с ВЗК. 2.Провести анализ частоты СИБР у групп пациентов с холецистэктомией в анамнезе, с синдромом холестаза и ВЗК.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 60 человек, распределенных на три группы в соответствии с диагнозом. 1 группа - пациенты с холецистэктомией в анамнезе ($n=24$), средний возраст пациентов $66,5 \pm 9,1$ года. 2 группа - пациенты с синдромом холестаза ($n=16$), средний возраст пациентов $51,9 \pm 2,35$ год. Из них причина холестаза у 3-х больных - первичный билиарный цирроз, у 6 пациентов аутоиммунный гепатит, у 4-х вирусный гепатит С, у 4-х алкогольная болезнь печени, у 1-го неалкогольная жировая болезнь печени. 3 - группа - пациенты с ВЗК ($n=14$), из них 5 пациентов с болезнью Крона, средний возраст пациентов $49,3 \pm 2,81$ лет, 7 пациентов с язвенным колитом, средний возраст $52,2 \pm 2,26$, и 2-е больных с недифференцированным колитом, средний возраст $52,46 \pm 2,68$.

Водородный дыхательный тест с лактулозой выполняли с помощью аппарата «Gastro+» у пациентов находящихся на госпитализации в ГБУЗ ГКБ №7 г. Новосибирска с сентября 2013г. по февраль 2014г. Исследование проводилось в соответствии со стандартами проведения ВДТ. Статистическая обработка данных проведена в программе Microsoft Office Excel 97-2003.

Выводы.

1. Частота встречаемости СИБР у пациентов с холецистэктомией в анамнезе составила 38,5%, у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника составляет 42,8% (при болезни Крона составляет 20%, при язвенном колите - у 57,1% , при недифференцированном колите - 50%), у пациентов с синдромом холестаза - 50 %.

2. В группе пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в большем проценте случаев СИБР выявляется при язвенном колите. У пациентов с синдромом холестаза СИБР с большей частотой выявляется при аутоиммунном гепатите (66,7%).

Е.В. Полежаева, М.А. Черепанова, Н.Е. Мякина*
НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ГЛИКЕМИИ В
ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭПИЗODOB
НОЧНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНTOB
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ
ИНСУЛИН

*Лаборатория эндокринологии, НИИ клинической и
экспериментальной лимфологии СО РАН;
Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: зав. лаб., д.м.н. В.В. Климонтов*

Цель исследования – оценить частоту эпизодов ночной гипогликемии и выявить их предикторы у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, по-

лучающих инсулин, используя непрерывный мониторинг гликемии (НМГ) и определение параметров variability гликемии (ВГ).

Материалы и методы. В исследование включено 83 пациента СД 2 типа в возрасте от 65 до 80 лет, получавших инсулин в одном из трех режимов: только базальный инсулин, фиксированные смеси инсулинов, базис-болюсная инсулинотерапия; 32 пациента в дополнение к инсулину получали метформин. НМГ проводился в течение двух суток, в сочетании с контролем гликемии глюкометром 6 раз в день. Отдельно за каждую ночь и за каждый день, а также за весь период наблюдения вычислялись следующие показатели ВГ: стандартное отклонение (SD), непрерывное частично перекрывающееся изменение гликемии (CONGA), индекс лабильности (LI), J-индекс, индекс риска гипогликемии (LBGI), индекс риска гипергликемии (HBGI), показатель M-value. Эпизодом гипогликемии считали снижение уровня глюкозы $<3,9$ ммоль/л. Предикторы гипогликемий выявлялись в моделях логистического регрессионного анализа.

Результаты. Эпизоды ночной гипогликемии зафиксированы у 38 (46%) обследованных больных. Пациенты с гипогликемией в ночные часы не отличались от больных без гипогликемии по возрасту, длительности СД, индексу массы тела, уровню HbA_{1c}, длительности инсулинотерапии, суточной дозе инсулина. У пациентов с нарушенным распознаванием гипогликемии ночные гипогликемии регистрировались достоверно чаще ($p=0,03$). Средний уровень ночной гликемии оказался ниже у пациентов с эпизодами гипогликемий ($p=0,04$). У больных с ночной гипогликемией отмечены более высокие показатели ВГ: SD и LBGI в предыдущий день по сравнению с больными, не имеющими низких значений гликемии ночью ($p=0,03$ и $p=0,0003$ соответственно). Показатели CONGA, J-индекс и LBGI, рассчитанные по данным НМГ в предыдущую ночь, значимо отличались в двух группах ($p=0,03$, $p=0,04$ и $p=0,03$ соответственно). Предиктором возникновения гипогликемии в ночные часы являлась перенесенная гипогликемия накануне днем ($R^2=69,6$, $p=0,001$), а также средний уровень гликемии в течение часа перед отходом ко сну ($R^2=67,5$, $p=0,001$). В многофакторном анализе точность прогнозирования ночной гипогликемии увеличивалась при включении в модель в качестве предикторов эпизода гипогликемии и показателей ВГ в предыдущий день ($R^2=77,2$, $p=0,001$). Наличие эпизода гипогликемии и показатели ВГ в предыдущие сутки являлись наиболее информативными предикторами возникновения ночной гипогликемии ($R^2=87,3\%$, $p=0,04$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте эпизодов гипогликемии в ночные часы у пожилых больных СД 2 типа, получающих инсулин. Параметры ВГ и наличие эпизодов гипогликемии в предыдущие сутки могут использоваться для прогнозирования ночной гипогликемии у данной категории пациентов.

К.И. Поляков, Н.О. Кузнецова, Е.В. Фатеева
**КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АСПЕКТЕ НАРУШЕНИЯ
КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ**

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Балашов*

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) социально значимое заболевание. В мире зарегистрирована тенденция к дальнейшему росту заболеваемости и как следствие осложнений. Одно из них центральная диабетическая нейропатия, сопровождающаяся нарушением когнитивных функций. Поиск факторов, усугубляющих когнитивные нарушения и их оценка у больных СД 2, является актуальным.

Цель работы. Оценить распространённость когнитивных нарушений у пациенток с СД 2 в Новосибирской области, а также влияние АГ, ИБС и других факторов на степень когнитивных нарушений.

Материалы и методы. Выборка 22 человека, женщины с СД 2, средний возраст $61,1 \pm 3,5$ лет, стаж СД $210,3 \pm 5,5$ лет, уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) - $8,5\% \pm 1,74$. Набор пациентов производился избирательно: без серьёзных соматических и неврологических заболеваний, кроме АГ и ИБС. Выделяются 4 группы. Первую группу (17 человек) составили пациенты СД 2 с АГ, средний возраст $61,2 \pm 3,54$ лет, стаж АГ $26,3 \pm 8,95$ лет, стаж СД $11,75 \pm 6,55$ лет, уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) - $8,75 \pm 1,97\%$. Вторую группу (5 человек) составили пациенты СД 2 без АГ, средний возраст $60,6 \pm 3,37$ лет, стаж СД $29 \pm 4,9$ лет, уровень HbA_{1c} - $9,6 \pm 2\%$. Третья группа (6 человек) - с СД2 и ИБС, средний возраст $59 \pm 1,91$ лет, стаж АГ $29,5 \pm 9,5$ лет, стаж СД $17,33 \pm 6,54$ лет. Четвёртая группа (16 человек) - СД2 без ИБС, средний возраст $61,6 \pm 3,6$ лет, стаж СД $210,3 \pm 5,56$ лет.

Комплексное нейропсихологическое обследование включало в себя следующие методики: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-test); тест WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale) (2008), субтест «Шифровка». Обработка информации производилась по методам ранговой корреляции Спирмена и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. 1) Выявлено, что 95,45% пациентов с СД 2 страдают умеренными нарушениями когнитивных функций.

2) Пациенты второй группы (СД 2 без АГ) лучше справляются с качеством выполнения тестов Моса- 68,3%, «Шифровка»-63,06%, чем все пациенты выборки 61,56% и 61,36% соответственно ($p > 0,05$).

3) Пациенты третьей группы (СД2 с ИБС) хуже справляются с качеством выполнения тестов Моса- 58,33%, «Шифровка»-57,95%, чем пациен-

ты четвертой группы (СД 2 без ИБС) 65,86% и 62,29% соответственно ($p > 0,05$).

4) Не было выявлено корреляции между степенью когнитивных нарушений и такими факторами как возраст пациента, ИМТ, стаж СД 2, уровень постпрандиальной глюкозы и HbA_{1c} , уровень холестерина, не оказывают статистически достоверного влияния на развитие когнитивных нарушений у пациентов с СД 2.

Выводы. Когнитивные нарушения умеренной степени широко распространены среди пациентов с СД 2 (95,45%). Коморбидность АГ и ИБС с СД2 усугубляет степень нарушения когнитивных функций ($p > 0,05$). Возраст пациента, ИМТ, стаж СД2, уровень постпрандиальной глюкозы и HbA_{1c} , уровень холестерина не оказывают статистически достоверного влияния на развитие когнитивных нарушений.

К.А. Пученина ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., профессор Кривошеев А.Б*

Актуальность. Острая перемежающаяся порфирия (ОПП) - редко встречающееся наследственное заболевание, обусловленное недостаточностью синтетазы уропорфириногена I (УП I). Проявляется тяжелыми поражениями центральной и периферической нервной системы, абдоминальным болевым синдромом, гипертоническими кризами, эпилептиформными припадками и нарушением психики. Диагностика основана на лабораторных показателях - превышении в моче экскреции предшественников порфирина, снижении активности синтетазы УП I в эритроцитах. На октябрь 2013 года в реестре орфанных заболеваний в РФ зарегистрировано 132 больных ОПП.

Цель исследования. Представить первый клинический случай прижизненной диагностики ОПП в Новосибирске.

Материалы и методы. Данные клинического и лабораторного исследований больной В. с ОПП, наблюдавшейся в ГКБ № 1 в октябре 2013 году.

Результаты. Больная В., 58 лет, поступила в ГКБ № 1 04.октября 2013 года с жалобами на резкое снижение мышечной силы и чувствительности в нижних конечностях, стойкое повышение артериального давления. Из анамнеза известно, что больная страдает гипертонической болезнью III ст, артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. В 2007 году был эпизод острого

нарушения мозгового кровообращения, который был расценен как осложнение артериальной гипертонии. За месяц до поступления в клинику больная по поводу обострения остеохондроза самостоятельно начала принимать Пенталгин, в состав которого входит фенобарбитал. Прием фенобарбитала, а также карбамазепина, гризеофульвина, оральных контрацептивов и еще 236 препаратов может провоцировать манифестацию или рецидив острых порфирий. При поступлении было проведено комплексное обследование. Обнаружена повышенная экскреция предшественников порфиринов с мочой: δ -аминолевулиновая кислота 167 мкг/сут (норма до 6 мкг/сут) и порфобилиноген - 10 мкг/сут (норма до 2 мкг/сут). По результатам клинко-лабораторного исследования был поставлен диагноз - Острая перемежающаяся порфирия впервые выявленная, неврологическая форма с парезом нижних конечностей. Для лечения ОПП был назначен Нормосанг по схеме, а так же витамины группы В, Берлитион, антигипертензивная терапия. После проведенной терапии отмечалась положительная динамика - восстановление двигательных функций в нижних конечностях.

Выводы. При манифестации или рецидиве ОПП специфические клинические синдромы могут быть приняты за проявление сопутствующей патологии. В данном случае артериальной гипертонии и ее осложнений. Для верификации ОПП необходимо проведение специальных лабораторных биохимических исследований. Это затрудняет постановку верного диагноза и приводит к возникновению осложнений и нередко к летальному исходу. Своевременно начатое лечение препаратом Нормосанг способствует снижению накопления предшественников порфиринов, приводит к регрессии явлений парезов и стойкой ремиссии ОПП.

А.Э. Рустамова, Е.А. Толстых
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ В
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра клинической лабораторной диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.В. Вохминцева*

Актуальность. Число больных сахарным диабетом постоянно увеличивается. По данным Федеральной службы государственной статистики число пациентов сахарным диабетом за 2012 г. составило 3756,6 тыс. человек, в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни 343,3 тыс. человек. При этом наблюдается постоянный рост заболеваемости сахарным диабетом, так с 2011 по 2012 г численность больных сахарным диабетом увеличилась на 4,6%, а число пациентов с диагнозом, установленным впер-

вые в жизни, за этот же период возросла на 7,7 %. Одним из осложнений сахарного диабета является развитие почечной недостаточности. В свою очередь среди причин первичной почечной недостаточности превалирует сахарный диабет (43,8 %). В связи с чем, актуальным является раннее выявление диабетической нефропатии, сопровождающееся формированием гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности. Своевременная диагностика на ранних стадиях представляет собой важную задачу.

Целью исследования явилась оценка методов определения белка в моче, которые применяются в больницах, поликлиниках и медицинских центрах г. Новосибирска. Для реализации данной цели была собрана информация путем анкетирования сотрудников клинических лабораторий медицинских (многопрофильные больницы (n=6), поликлиники (n=5), частные клиники (n=6)) о методах определения белка в моче.

Результаты анкетирования показали, что многопрофильные больницы применяют для определения белка в моче колориметрический метод с пирогалловым красным (ПГК-метод). В 40% поликлиник для определения белка в моче используют тест-полоски, а 60% ПГК-метод. Частные клиники, в основном, пользуются услугами сетевых медицинских лабораторий («ИНВИТРО», 66,7 %), частных лабораторий («ЦЛД», 16,6%) или собственной лабораторией («Санитас»). В основном сетевые и медицинские лаборатории используют для определения белка в моче тест-полоски, а в случае обнаружении белка - ПГК-метод («ЦЛД»). На кафедре клинической лабораторной диагностики проводились исследования по ранней лабораторной диагностике диабетической нефропатии (Степанова Е.Г., Дорн О.Ю., Руткина Л.А. и др., 2013). По данным результатов исследования было показано, что целесообразно выделять группу риска с высокой вероятностью микроальбуминурии. Критерием оценки для формирования такой группы является уровень белка 80 мг/л. Однако выявить данный уровень белка возможно только применяя ПГК-метод (чувствительность метода – 40 мг/л), но не тест-полосками (чувствительность тестов – 150 г/л).

На основании собранных данных можно сделать вывод о том, что в большинстве лечебных учреждений, в которых проводился опрос, для определения белка в моче применяют более чувствительный и точный метод (ПГК-метод), который позволяет определить низкие уровни белка и применить предложенные сотрудниками кафедры клинической лабораторной диагностики критерии отбора пациентов для определения альбумина иммунотурбодиметрическим методом с целью диагностики диабетической нефропатии и, таким образом, существенно улучшить качество лабораторных исследований.

О.Е.Сердюк, А.В. Иваненко
**СТЕРЕОТИП ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.Е. Моисеенко*

Цель: изучить стереотип питания пациентов с установленным диагнозом артериальной гипертензии.

Материалы и методы: опрошено 39 человек (19 мужчин и 20 женщин; средний возраст 56,7 лет) с установленным диагнозом артериальной гипертензии по составленному нами опроснику, отражающему кратность приёма пищи, её качественный состав, осведомлённость о калорийности продуктов, содержании в них макро и микронутриентов, желании её изменить.

Результаты: установлено, что преобладающим для 85,8% респондентов был стереотип питания, «создающий риск йододефицитных состояний», характеризующийся редким употреблением в пищу морепродуктов и низким содержанием в рационе продуктов, богатых йодом. 50,7% респондентов отметили преимущественное потребление высококалорийных продуктов, кондитерских изделий, конфет, сладостей. 62,1 % пациентов отметили преобладание в питании жирных сортов мяса, а 71,1% часто использовали в пищу колбасные изделия. 45,95% респондентов недостаточно потребляли фрукты и овощи (не более 10% объёма пищи), а 53,1 % - крупяных изделий. При этом отмечено 57,2% респондентов, потребляющих алкогольные напитки более международных норм, а 24.8% не отрицали факты злоупотребления алкоголем. 68,2% опрошенных не принимают витаминно-минеральные препараты с профилактической целью. 21,8% принимают их сезонно (в основном весной) или эпизодически. И только 10% принимают их постоянно. При просьбе перечислить принимаемые витаминно-минеральные препараты, 29,9% затруднились ответить. Калорийность пищевых продуктов при составлении пищевых рационов учитывают только 5,2% опрошенных. 77,9% пациентов ни разу не пытались оценить калорийность принимаемой пищи. Лишь 42.1% пациентов знали о суточной норме потребления соли, а 17,9% пациентов действительно соблюдали норму. 86.7% респондентов отметили 2-3-кратные приёмы пищи, причём 67.7% из них отмечали переедание. При ответе на вопрос “Какие продукты вы бы хотели включить в рацион?” 49% опрошенных назвали фрукты, а 46% – морепродукты. Но более половины отметили невозможность этого из-за их высокой цены.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о недостаточной информированности большего числа респондентов в вопросах рационального питания вообще и при наличии артериальной гипертензии в частности. Это способствовало формированию у пациентов патологического стереоти-

па питания, возможно, ставшего одним из факторов риска артериальной гипертонии. Эти наблюдения подтверждают необходимость более подробного освещения вопросов диеты при проведении школ для пациентов с установленным диагнозом артериальной гипертонии.

О.Б. Серегина*, Т.Н. Бабаева*

**ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ В
СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АГРЕССИВНЫМИ
НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ
В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т.И. Поспелова*

Актуальность. В литературе последних лет немаловажное значение отводится роли медиаторов иммунного ответа – цитокинов в активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертывания крови и фибринолиза. Влияние цитокинов на изменения в системе гемостаза показано при развитии септических, аутоиммунных, а также опухолевых процессов. В свою очередь, роль цитокинов в регуляции системы гемостаза у пациентов с гемобластозами требует дополнительного изучения с целью прогнозирования и купирования тромбогеморрагических осложнений, сопровождающих течение и терапию агрессивных неходжкинских злокачественных лимфом (НХЗЛ).

Цель исследования: изучить уровень про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови, их роль в регуляции системы гемостаза и развитии эндотелиальной дисфункции у больных агрессивными неходжкинскими злокачественными лимфомами на этапе диагностики заболевания.

Материал и методы. На базе городского гематологического центра г. Новосибирска обследовано 56 пациентов с впервые диагностированными неходжкинскими В-клеточными крупноклеточными (агрессивными) лимфомами. Средний возраст больных составил $60,27 \pm 10,7$ лет, из них мужчин было – 17, женщин – 15. Помимо обязательного комплекса обследований, всем больным в сыворотке крови определяли уровень про- (IL-1b, IL-6, TNF- α) и противовоспалительных (IL-2, IL-4) цитокинов, маркеров эндотелиальной дисфункции: фактора Виллебранда и тромбомодулина, а также показатели системы гемостаза (РФМК, Д-димер, фибриноген, ПТИ, протромбиновое время, агрегация тромбоцитов с универсальными индукторами). Группу контроля оставили 18 здоровых доноров.

Результаты исследования. у больных НХЗЛ до начала ПХТ отмечалось достоверное увеличение уровня провоспалительных цитокинов TNF- α -

в 3,8, IL-6 - в 3,5 раз по сравнению с контролем. Уровень противовоспалительных цитокинов IL2 и IL4, а также IL-1 β , в среднем, не отличался от контрольных значений. При исследовании системы гемостаза у больных лимфомами отмечалось достоверное повышение уровня РФМК, Д-димера и фибриногена по сравнению с контролем (в 1,6, в 2,1 и в 1,1 раза соответственно), что, в свою очередь, коррелировало с высоким уровнем провоспалительных цитокинов в сыворотке крови данных пациентов. Уровень протромбинового индекса и активированного протромбинового времени у всех пациентов не отличался от референсных значений. При анализе уровня маркеров эндотелиальной дисфункции в крови пациентов было выявлено значительное повышение маркеров эндотелиальной дисфункции - фактора Виллебранда в 2,1 раза, а тромбомодулина в 3,28 раза по сравнению с группой контроля, что указывает на развитие эндотелиальной дисфункции в дебюте заболевания.

Выводы: у больных неходжкинскими лимфомами в дебюте заболевания имеются цитокиновый дисбаланс с преобладанием провоспалительных цитокинов, прежде всего TNF- α и IL-6, которые обладают повреждающим действием на эндотелий, вызывая эндотелиальную дисфункцию. Это подтверждается повышением в сыворотке крови маркеров эндотелиальной дисфункции, таких как тромбомодулин и фактор Виллебранда. Запускаются процессы хронического внутрисосудистого свертывания, тромбемии, активации системы фибринолиза, о чем свидетельствует повышенный уровень Д-димера и РФМК.

Е.А. Соколова*

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМПТОМОВ АУТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь

Актуальность: диабетическая автономная нейропатия (ДАН) является одним из частых и трудно выявляемых осложнений сахарного диабета (СД). Диагностировать ДАН возможно при осмотре пациента, выявлении жалоб, с помощью специальных методик.

Цель: оценить частоту встречаемости симптомов автономной нейропатии и качество жизни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с помощью анкетирования.

Материалы и методы: в ряде районов НСО на базе передвижного диабетцентра было обследовано 99 больных с СД 2 типа. Из них 19 мужчин и 80

женщин. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 5,8$ лет. Длительность диабета варьировала от 0 до 26 лет, медиана – 6 лет. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составил $9,4 \pm 2,1\%$. 25% пациентов достигли целевых значений HbA1c (менее 6,5 и 7,5% в зависимости от возраста пациента, сопутствующей патологии), у 72% пациентов уровень HbA1c превышал целевые значения и составлял более 7,5%. Анкетирование пациентов проведено с помощью анкеты ADA и EQ 5D. Вопросы в первой анкете были направлены на выявление симптомов ДАН, с оценкой степени выраженности от 0 до 5 баллов (0 – нет, 5 – максимальный). При подсчете результатов по анкете EQ 5D максимум составил 15 баллов, что соответствует наиболее низкому уровню качества жизни.

Результаты: при анкетировании у большинства пациентов (83%) выявлены симптомы кардиоваскулярной формы ДАН (головокружение, сердцебиение), а так же сухость глаз и слизистой ротовой полости. Чаще встречалась «4» степень выраженности симптомов. У 56 больных (57%) отмечалось похолодание ног, степень выраженности симптомов была от «1» до «5» баллов, явного преобладания не было. Синюшность и бледность ног выявлена у 38 пациентов (39%). Симптомы урогенитальной формы ДАН отмечались у 40% опрошенных женщин (проявлялись подтеканием мочи) и у 53% опрошенных мужчин (проявлялись эректильной дисфункцией). Чаще встречалась средняя степень выраженности симптомов (балл «3»). Ангидроз встречался у 50% пациентов, у 45% больных присутствовали симптомы гастроинтестинальной формы ДАН (тошнота, рвота, чувство переполнения желудка, поносы, запоры). Достоверно у женщин выраженность симптомов была выше, чем у мужчин ($\chi^2 = 8,54$, $p < 0,01$). Зависимости выраженности симптомов от компенсации углеводного обмена и длительности СД выявлено не было. При заполнении анкеты EQ 5D 87% пациентов, отвечая на вопрос о подвижности, отметили трудности при ходьбе, 75% опрошенных отметили боль, дискомфорт, наличие тревоги и депрессии, 65% больных испытывали трудности в своей повседневной деятельности, а 31% – при уходе за собой. По анкете EQ 5D среднее значение суммы баллов составило $8,5 \pm 2$, что говорит о снижении качества жизни. Общий уровень своего здоровья пациенты в среднем оценили на 55 ± 15 баллов по 100-бальной шкале. Обратная слабая корреляционная зависимость выявлена между возрастом пациентов и уровнем оценки своего здоровья ($r = -0,35$, $p < 0,05$).

Выводы: таким образом, при анкетировании пациентов с СД 2 типа симптомы автономной нейропатии выявляются с высокой частотой. У женщин симптомы автономной нейропатии субъективно выражены сильнее, чем у мужчин. Для пациентов с СД 2 типа характерно снижение качества жизни, связанное с болевым синдромом, тревогой, ограничением подвижности. Так же оценка своего здоровья зависит от возраста пациента, чем меньше возраст пациентов, тем выше они оценивают уровень своего здоровья.

Р.В. Тарновский В.С. Овчинников
**АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ В ГРУППЕ
БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор, Т.И. Поспелова,
д.м.н., профессор И.Б. Ковынев*

Актуальность. В основе развития гемобластозов лежат генетические изменения в клетке – предшественнице гемопоэза. Эти изменения представляют собой хромосомные мутации. В настоящее время постановка диагноза гемобластоза невозможна без проведения цитогенетического исследования и современных методов молекулярной биологии. В настоящее время биочипы (microarray) находят применение в различных областях практической медицины. В частности, в онкогематологии данный метод позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с гемобластозами (ГБ).

Цель исследования: с помощью метода геночипирования определить наиболее характерные профили экспрессии химерных генов у больных бластными формами гемобластозов.

Материал и методы: на базе ГГЦ г. Новосибирска обследовано 47 пациентов с бластными формами (ГБ): 38 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 9 пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Средний возраст больных составил $48 \pm 26,3$ лет. Все пациенты с впервые выявленным заболеванием были разделены на две прогностические группы. Критериями включения в группу неблагоприятного прогноза были: возраст (для ОМЛ старше 60, для ОЛЛ старше 15 лет), наличие множественных хромосомных aberrаций (в том числе Ph-позитивный ОЛЛ), наличие нейтролейкемии (для ОЛЛ), гиперлейкоцитоз (более $30 \cdot 10^9/\text{л}$). Таким образом, в группу с благоприятным прогнозом вошли 18 человек (38,3%), с неблагоприятным прогнозом - 29 человек (61,7%). В обеих группах с помощью метода геночипирования анализ 96 образцов РНК костного мозга и периферической крови. Использовались тест-системы (матричные молекулярные биочипы) «ЛК-БИОЧИП». На поверхности биочипов были иммобилизованы олигонуклеотиды, комплементарные участкам последовательностей матричной РНК, экспрессирующих химерные гены AML/ETO, E2A/PBX, BCR/ABL, PML/RARA, CBFB/MYH11, TEL/AML, MLL (общий), появляющиеся как результат хромосомных aberrаций t(8;21), t(1;19), t(9;22), t(15;17), inv16, t(12;21). Полученные данные об экспрессии указанных генов сопоставляли с эффективностью программной полихимиотерапии и прогнозом заболевания.

Результаты исследования: генетические мутации в клетках костного мозга и периферической крови были выявлены в обеих группах: в группе неблагоприятного прогноза у 20 больных, что составило 42,5%, в группе с благоприятным прогнозом мутации выявлены у 9 пациентов (19,1%). В группе благоприятного прогноза наиболее часто встречались одиночные хромосомные aberrации, приводящие к повышенной экспрессии химерных генов - AML/ETO (у 8 пациентов с ОМЛ) и MLL (у 1 пациента с ОЛЛ). В группе пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания с частотой 22,5% отмечено наличие множественных генетических aberrаций с наиболее характерным профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML (в 2 случаях наблюдалась одновременная экспрессия MLL, TEL/AML, в 3-х случаях - CBFB/MYH11, AML/ETO, у 2 пациентов наблюдалась одновременная экспрессия 3-х химерных генов MLL, AML/ETO и BCR/ABL; MLL, AML/ETO и TEL/AML, соответственно). Одиночные хромосомные aberrации (наиболее часто ген AML/ETO) отмечены у 10 больных (34%) с ОМЛ.

Выводы: у больных бластными формами ГБ с неблагоприятным течением заболевания и рефрактерностью к проводимой терапии достоверно чаще встречаются множественные генетические aberrации с наиболее частым профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML, в отличие от пациентов группы с благоприятным прогнозом заболевания, у которых преимущественно отмечаются одиночные генетические aberrации. Определение генетического профиля методом геночипирования позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с бластными формами гемобластозов.

Б.Т. Токтогазиев, Н.С. Леонтьева*
СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра «Терапии общей практики с курсом семейной медицины
имени академика Мирсаида Миррахимова»

Кыргызская государственная медицинская академия имени

И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Научный руководитель: д.м.н., проф. Р.Р. Калиев

Цель исследования: изучение взаимосвязи функционального состояния почек и систолической функции левого желудочка у больных с хронической болезнью почек.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 84 пациента с хронической болезнью почек (ХБП) III-V стадии (55 мужчин, 29 женщин), средний возраст которых $46,8 \pm 12,1$ лет. Диагноз ХБП устанавливался согласно классификации NKF KDOQI (2002г.). Все больные находились на стационарном лечении в отделениях нефрологии и гемодиализа Национального Центра кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова. Пациентам определяли креатинин крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Cockcroft-Gault. Были проведены электро- и эхокардиографии. Систолическую дисфункцию левого желудочка (ЛЖ) диагностировали при фракции выброса (ФВ) менее 50%.

Результаты и их обсуждения:

В зависимости от стадии ХБП больные были разделены на две группы:

- в группу I вошли 39 пациентов с ХБП III-IV,
- группу II составили 45 человек с ХБП V стадии, находящихся на программном гемодиализе.

Полученные результаты отражены в табл.

Показатели креатинина сыворотки крови, СКФ, размеры левого предсердия (ЛП) и ЛЖ у больных ХБП

| Показатель | Группа I, n=39 | Группа II, n=45 | p < |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|--------|
| Креатинин сыворотки крови (мкмоль/л) | $232,83 \pm 93,05$ | $775,76 \pm 148,93$ | 0,0001 |
| СКФ, мл/мин | $36,26 \pm 13,37$ | $9,42 \pm 1,92$ | 0,0001 |
| ЛП, см | $3,52 \pm 0,41$ | $3,81 \pm 0,43$ | 0,002 |
| КСР, см | $3,48 \pm 0,5$ | $3,82 \pm 0,81$ | 0,03 |
| КДР, см | $5,15 \pm 0,5$ | $5,5 \pm 0,74$ | 0,01 |

Показатели сократительной способности миокарда представлены на диаграмме.

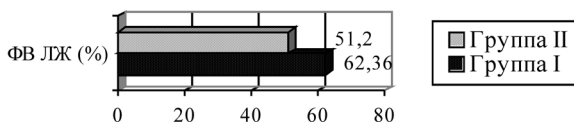


Диаграмма. Фракция выброса у обследованных больных

Выводы: выявлено, что у больных с ХБП, находящихся на программном гемодиализе в отличие от пациентов с ХБП на додиализном периоде отмечались увеличенные размеры ЛП, что ухудшает прогноз пациентов; среди первых наблюдались значительно большие размеры полости ЛЖ как в период систолы, так и диастолы, что подчеркивает тяжесть ХБП; а также уровень спада СКФ при заболеваниях почек связан с более выраженным ухудшением систолической функции сердца – снижение ФВ.

К.А. Фризен, А.О. Иванинская, К.А. Виноградова,
Н.И. Терещенко, О.М. Пальянова, Е.А. Цорн, А.Е. Чурина,
Р.О. Килин, Е.С. Гричанова

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
лечебного факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Н. Сентякова*

Актуальность. В настоящее время в Российской Федерации наряду с постоянным увеличением общего количества лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита (ВИЧ), растет и число больных, страдающих различными оппортунистическими заболеваниями и имеющих заключительную стадию ВИЧ-инфекции – стадию СПИДа. Ежегодно наблюдается рост количества летальных исходов среди больных ВИЧ-инфекцией. Анализ причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных недостаточно освещен в отечественной литературе.

Цель работы состояла в определении частоты вторичных и оппортунистических заболеваний, явившихся причиной летального исхода у больных ВИЧ-инфекцией по данным годового отчета многопрофильного терапевтического стационара.

Материал и методы. Больные ВИЧ-инфекцией, скончавшиеся в 2011–2013 гг в госпитальной терапевтической клинике. Анализ данных клинического и патологоанатомического исследования больных ВИЧ-инфекцией.

Результаты исследования. В 2011 г в госпитальную терапевтическую клинику было госпитализировано 7071 больных, из них с ВИЧ-инфекцией – 12; в 2012 г – соответственно 7223 и 13 больных; в 2013 г – 6561 и 21 больной. За последние три года было госпитализировано 46 больных ВИЧ-инфекцией, у всех была 4 Б стадия болезни. Умерли в 2011 г всего 229 больных, из них 6 ВИЧ-инфекцией; в 2012 г соответственно 336 и 9 больных; в 2013 г – 315 и 10. Из 46 больных ВИЧ-инфекцией умерли за последние три года 25 человек. Из 10 больных ВИЧ-инфекцией, умерших в 2013 г, 7 были мужчины, 3 – женщины, в возрасте от 23 до 43 лет. Социальный статус умерших больных: рабочие – 1 человек, инвалиды – 1, неработающие – 8. Наркоманией страдали 9 из 10 больных. В местах лишения свободы ранее были 3 человек. Никто из больных не состоял на учете в центре СПИДа. Характеристика бактериальных поражений у умерших больных ВИЧ-инфекцией была следующей: полисегментарная пневмония – у 6; ангиогенный сепсис – у 3, абсцессы почек, печени, надпочечников – у 3, инфекционный эндокардит – у 1, менингоэнцефалит – у 1; диссеминированный туберкулез легких –

у 4, туберкулезный полисерозит – у 1, туберкулезный менингоэнцефалит – у 1. Хроническим вирусным гепатитом В и С страдали 5 больных. Мультифокальная лейкоэнцефалопатия диагностирована у 1 больного.

Заключение. Отмечается рост числа больных ВИЧ-инфекцией, ежегодно госпитализируемых в многопрофильный терапевтический стационар. Среди больных ВИЧ-инфекцией преобладали лица молодого возраста. Главный путь инфицирования был парентеральный. У всех госпитализированных больных была 4 Б стадия болезни. Никто из больных не получал антиретровирусную терапию. Преобладающей причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией были генерализованная бактериальная и туберкулезная инфекция. У половины больных фоном служила вирусная инфекция гепатита В и С.

А. Д. Худякова, Т. О. Руденко
**ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО
СОПРОТИВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КОЭФФИЦИЕНТА
УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ И ТЕМПЕРАМЕНТА.**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
лечебного факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. кафедры Г.А. Усенко*

Цель работы: установить степень корреляционной связи между коэффициентом утилизации кислорода тканями (КУКТ) и общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) у высоко (ВТ) и низкотревожных (НТ) мужчин с различными темпераментом, страдающих ГБ-II и принимающих антигипертензивную терапию (АГТ) эмпирическую АГТ (Э-АГТ) или целенаправленную (Ц-АГТ) на купирование симпатикотонии у одних, и РААС, у других,

Материал и методы. По месяцам года в период с 1995 по 2013г у здоровых (n=447) и больных АГ-II (n=409) мужчин (средний возраст 54,2±1,8 года) определяли превалирующий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), баланс отделов ВНС - симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS), ОПСС (аппарат 6-НЭГ), а также КУКТ (оксигемометр). У Х и С превалировал SNS, а у Ф и М PSNS отдел ВНС. Содержание кортизола снижалось, а альдостерона повышалось в «темпераментальном» ряду Х-С-Ф-М.

Результаты. Исследование показало, что коэффициент корреляции между КУКТ и ОПСС у пациентов ВТ(НТ)-Х на фоне Э-АГТ составил: $r =$

-0,555±0,005 (НТ $r = -0,541 \pm 0,003$), и на фоне Ц-АГТ: ВТ $r = -0,595 \pm 0,005$ (НТ $r = -0,583 \pm 0,006$). У ВТ(НТ) С- пациентов на фоне указанных вариантов лечения и у здоровых лиц равного темперамента и тревожности получены такие же величины.

Коэффициент корреляции между ОПСС и КУКТ у пациентов ВТ(НТ) Ф на фоне Э-АГТ составил: $r = +0,200 \pm 0,005$ (НТ $r = +0,252 \pm 0,005$), а у ВТ(НТ)Ф на фоне Ц-АГТ: ВТ $r = +0,301 \pm 0,008$ (НТ $r = +0,344 \pm 0,004$). Такая же прямая связь, средней степени значимости получена в группе ВТ(НТ) М-пациентов и в группе здоровых ВТ(НТ)Ф и М.

Таким образом, у здоровых и пациентов-симпатотоников ВТ(НТ) Х и С с повышением КУКТ величина ОПСС снижалась, а у парасимпатотоников здоровых и пациентов ВТ(НТ)Ф и М, напротив, повышалась. Ранее было установлено, что содержание *оксида азота* и альдостерона у Ф и М (пациентов и здоровых) было выше, чем у соответствующих по темпераменту и тревожности Х и С (пациентов и здоровых). Нельзя исключить, что эти факторы сказались на различиях в реакции организма по ОПСС в ответ на изменения КУКТ.

Выводы: 1) В течение календарного года на фоне АГТ у симпатотоников ВТ(НТ)Х и С с повышением КУКТ величина ОПСС снижалась, а у парасимпатотоников ВТ(НТ)Ф и М повышалась. 2) В зависимости от темперамента и связанного с ним превалирования тонуса симпатического (Х и С) и парасимпатического (Ф и М) отдела ВНС тесно связаны различия в направленности ответной реакции организма по ОПСС.

А.Д. Худякова, Т.О. Руденко
**ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО
СОПРОТИВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В
КРОВИ И ТЕМПЕРАМЕНТА**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
лечебного факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. кафедры Г.А. Усенко*

Цель работы: установить степень корреляционной связи между общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) и содержанием оксида азота (NO) в сыворотке крови у высоко-(ВТ) и низкотревожных (НТ) мужчин с различными темпераментом, страдающих ГБ-II и принимающих антигипертензивную терапию (АГТ) эмпирическую (Э-АГТ) или целена-

правленную на купирование симпатикотонии у одних, и РААС (Ц-АГТ), у других

Материал и методы. В течение календарного года в 1995 - 2013г у здоровых (n=447) и больных АГ-II (n=409) мужчин (средний возраст $54,2 \pm 1,8$ года) определяли преобладающий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), баланс симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС, ОПСС (аппарат 6-НЭГ), а также содержание в сыворотке крови оксида азота (метод определения стабильных метаболитов: нитритов и нитратов в модификации R. M. Miranda et al., (2001). У Х и С превалировал SNS, а у Ф и М – PSNS отдел ВНС. Содержание NO в крови снижалось в «темпераментальном» ряду: $M > \Phi > C > X$.

Результаты. Установлено, что на фоне Э-АГТ коэффициент корреляции у Х-пациентов составил: ВТ $r = -0,683 \pm 0,004$ (НТ $r = -0,535 \pm 0,004$). Близкие значения получены на фоне Ц-АГТ: у ВТ $r = -0,578 \pm 0,002$ и у НТ $r = -0,682 \pm 0,003$, соответственно. У С-пациентов на фоне Э-АГТ коэффициент составил: ВТ $r = -0,568 \pm 0,003$, а у НТ $r = -0,563 \pm 0,003$. На фоне Ц-АГТ такие же значения. Близкие величины получены в группах здоровых Х и С-лиц. Коэффициент корреляции между ОПСС и содержанием NO в крови у Ф-пациентов на фоне Э-АГТ составил: ВТ $r = +0,161 \pm 0,005$, а у НТ $r = +0,141 \pm 0,005$. На фоне Ц-АГТ у ВТ/Ф $r = +0,439 \pm 0,003$, у НТ/Ф $r = +0,230 \pm 0,004$. В группе ВТ(НТ)/М на фоне Э-АГТ: ВТ $r = +0,100 \pm 0,003$, у НТ/Ф $r = +0,226 \pm 0,004$. На фоне Ц-АГТ: ВТ $r = +0,400 \pm 0,004$, у НТ/Ф $r = +0,430 \pm 0,003$. Такие же показатели в группах здоровых ВТ(НТ)Ф и М лиц.

Таким образом, у SNS-тоников ВТ(НТ) Х и С на фоне любого варианта АГТ с повышением содержания оксида азота в крови величина ОПСС снижалась, а у PSNS-тоников ВТ(НТ)Ф и М на фоне Э-АГТ реакция слабая, но противоположно направлена (связь прямая, слабой ст. значимости). И лишь на фоне Ц-АГТ, с повышением содержания NO реакция приближалась к таковой у ВТ(НТ)-здоровых Ф и М-лиц. (корр.связь прямая, средней степени значимости). Последнее означало, что с повышением концентрации NO в крови, ОПСС у таких Ф и М-пациентов повышалось ($p < 0,05$).

Выводы: 1) По месяцам календарного года у здоровых лиц и на фоне АГТ у «симпатотоников» ВТ(НТ) Х и С-пациентов с повышением концентрации NO в крови величина ОПСС снижалась, а у «парасимпатотоников» здоровых и ВТ(НТ)Ф и М-пациентов, на фоне Э-АГТ реакция организма противоположная и слабая.. Кроме того, на фоне Ц-АГТ у ВТ и НТ/М с повышением содержания оксида азота в крови ОПСС повышалось. 2) На фоне АГТ в зависимости от темперамента и связанного с ним превалирования тонуса симпатического (у Х и С) и парасимпатического (у Ф и М) отдела ВНС тесно связаны различия в направленности реакции организма: у Х и С с повышением NO ОПСС снижалось, а у вторых на фоне Э-АГТ реакция слабая, а на фоне Ц-АГТ у ВТ и НТ- меланхоликов – ОПСС повышалось.

А.И. Циберкин^{1,2}, Н.В. Тянь^{1*}
**АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

¹*Лаборатория эндокринологии, НИИ клинической и
экспериментальной лимфологии СО РАН;*

²*Кафедра внутренних болезней,*

Новосибирский государственный университет

Научный руководитель: зав. лаб., д.м.н. В.В. Климонтов

Поражение коронарных артерий, одна из основных причин смертности населения в развитых странах, встречается у больных сахарным диабетом (СД) в 4-5 раз чаще, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена. Традиционные факторы риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) имеют решающее значение в её формировании, однако не всегда могут объяснить индивидуальные особенности её течения. Доказано, что большую роль в развитии ИБС играют иммуновоспалительные реакции. В качестве возможных генетических маркеров повышенного риска развития ИБС могут быть использованы варианты генов провоспалительных цитокинов, влияющие на уровень продукции данных регуляторов.

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфизмов генов провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухолей α (TNF- α) и интерлейкина-6 (IL-6) с развитием ИБС у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. В исследование было включено 172 пациента с СД 2 типа, 15 мужчин и 157 женщин, в возрасте от 50 до 70 лет. Уровень гликированного гемоглобина варьировал от 5,3 до 11,3% (медиана 7,3%). У 53 больных была диагностирована ИБС на основании нагрузочных ЭКГ-проб. У 10 пациентов имела стенокардия I функционального класса (ФК), у 40 пациентов – стенокардия II ФК, у 8 пациентов – III-IV ФК. У 14 пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда. Полиморфизм промоторного региона гена *TNFA* исследовали в позиции -308 G→A, гена *IL6* - в позиции -174 G→C. Генотипирование осуществлялось методом рестриктивного анализа продуктов амплификации (RFLP-анализ). При статистическом анализе результатов определяли частоту встречаемости аллелей, генотипов, соответствие равновесию Харди-Вайнберга и отношение шансов. Достоверность различий определяли методом точной оценки Фишера.

Результаты. Достоверную ассоциацию с развитием ИБС показал генотип TNF- α : -308GG (OR=2,4, p=0,0168). Не было выявлено достоверных различий при анализе распределения генотипов IL-6 у больных с ИБС по сравнению с пациентами без данного осложнения (-174CC: OR=1,8, p=0,16; -174GC: OR=1,1, p=0,83; -174GG: OR=0,48, p=0,09). При анализе комбинаций полиморфизмов *TNFA*: A308G и *IL6*: G174C отмечалась высокая частота генотипа GG-CC у больных с ИБС (OR=2,2, p=0,08).

Исследованные функциональные полиморфизмы в промоторных регионах генов *TNFA* и *IL6* могут определять предрасположенность к развитию ИБС у больных СД 2 типа, влияя на иммунновоспалительные реакции, процессы атерогенеза, ангиогенез и инсулинорезистентность. Генные сети цитокинов, построенные на их основе, могут быть использованы для персонализации прогноза развития ИБС у пациентов с СД 2 типа. Прогностическая значимость выявленных комбинаций нуждается в дальнейших исследованиях.

М.А.Черепанова, Е.В. Полежаева, Н.Е. Мякина*
**ФЕНОМЕН «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ
ИНСУЛИН**

*Лаборатория эндокринологии, НИИ клинической и
экспериментальной лимфологии СО РАН;
Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППП,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: зав. лаб., д.м.н. В.В. Климонтов*

Цель исследования – оценить частоту встречаемости феномена «утренней зари» (ФЗ), а также выявить его предикторы у пожилых пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, получающих инсулин, используя непрерывный мониторинг гликемии (НМГ).

Материалы и методы. В исследование включено 67 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 65 до 80 лет, получавших инсулин в одном из трех режимов: только базальный инсулин, фиксированные смеси инсулинов, базис-болюсная инсулинотерапия. У всех обследованных осуществлялся НМГ в среднем в течение двух суток на аппарате Medtronic MiniMed CGMS System Gold. Пациенты с ФЗ отбирались по двум критериям: минимум ночной гликемии более 3,9 ммоль/л, достижение пика ночной гликемии не раньше 4.00 часов. Для оценки выраженности ФЗ рассчитывались абсолютные и относительные значения прироста гликемии в утренние часы (период 07.00 - 08.00 ч.; до завтрака) по сравнению с периодом 03.00 – 04.00 ч. Определялись параметры вариабельности гликемии (ВГ) в ночные часы: индекс лабильности (LI), индекс риска гипогликемии (LBGI), индекс риска гипергликемии (HBGI). В моделях логистического регрессионного анализа исследовано влияние различных факторов на частоту ФЗ.

Результаты. Среди обследованных пациентов эпизоды ночной гипогликемии зафиксированы у 28 больных, достижение пика ночной гликемии раньше 4 часов ночи – у семи. Данные пациенты были исключены из даль-

нейшего анализа. Из оставшихся 32-х пациентов у 19 абсолютный прирост гликемии в утренние часы превышал 1 ммоль/л, у 13 – 2 ммоль/л. Медиана прироста гликемии в утренние часы оставила 25,4%, 25-й центиль: 5,1%, 75-й центиль: 53,5%. Относительный прирост гликемии более 20% зафиксирован у 18 пациентов. Не обнаружено зависимости параметров, характеризующих ФЗ, от длительности СД, индекса массы тела, длительности инсулинотерапии, режима инсулинотерапии, дозы инсулина. Выявлена положительная корреляция величины относительного прироста гликемии в утренние часы с возрастом пациентов ($r=0,36$, $p=0,047$). У пациентов с наибольшим увеличением гликемии в утренние часы (верхний квартиль значений показателя) индекс риска гипергликемии (HBGI) в ночные часы был выше, чем у пациентов с наименьшим приростом гликемии (в пределах нижнего квартиля, $p=0,043$). При проведении логистического регрессионного анализа показана взаимосвязь индекса лабильности (LI) гликемии в ночные часы с наличием ФЗ ($p=0,003$).

Таким образом, нами показана высокая частота утреннего подъема гликемии у пожилых пациентов с СД 2 типа, получающих инсулин. Данный подъем уровня гликемии не зависит от длительности СД, индекса массы тела, длительности и режима инсулинотерапии, дозы инсулина. Наличие ФЗ оказывает влияние на параметры ВГ в ночные часы.

Е.С. Шабанова*

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

*Кафедра неотложной терапии с эндокринологией и
профпатологией факультета повышения квалификации и
профессиональной переподготовки врачей,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.А. Рукоткина*

Цель: Оценить клинические и метаболические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) на различных этапах интенсификации сахароснижающей терапии.

Материалы и методы. 132 обследованных больных СД были разделены на группы в зависимости от схемы сахароснижающей терапии. 1-ю группу составили 54 больных СД в возрасте от 44 лет до 65 лет ($57,50 \pm 5,91$), 44 женщины и 10 мужчин, получающие метформин (500-2000 мг). 2-ю группу - 50 больных от 40 лет до 65 лет ($58,20 \pm 7,29$), 34 женщины и 16 мужчин, получающие метформин в комбинации с сульфонилмочевинной. В 3-ю группу вошли 43 больных в возрасте от 45 лет до 65 ($59,90 \pm 7,04$), 25 жен-

щин и 18 мужчин, получающие трехкомпонентную терапию метформином, сульфонилмочевиной и базальным инсулином. Оценивали индекс массы тела (ИМТ) и окружность талии (ОТ). Определяли уровни гликемии натощак (ГПН) глюкозооксидазным методом, показатели гликированного гемоглобина (HbA1c) - автоанализатором DCA Vantage™ Analyzer Siemens; уровни С-пептида оценивали на анализаторе IMMULITE 2000 иммунохемилюминисцентным методом. Статистическую обработку проводили с помощью программ STATISTICA (версия 7.0). Определяли базовые статистики: среднее арифметическое (М), стандартное отклонение (σ), рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена (R). Различия между группами считали достоверными при достигнутом уровне значимости (p) <0,05.

Результаты. Больные обследованных групп были сравнимы по возрасту, ИМТ (соответственно 33,90±5,71; 33,32±6,05 и 34,80±6,54 кг/м²), ОТ (108,90±12,10; 111,20±14,39 и 112,89±15,75 см). Уровни САД/ДАД в 3-й группе (143,58±25,10/ 84,10±13,37) превышали таковые в 1-й группе (130,29±16,50/ 77,30±11,37; $p_{1-3}=0,001/p_{1-3}=0,005$) с таковой тенденцией во 2-й группе (135,36±23,63/78,83±14,30 и мм рт ст; $p_{2-3}=0,09/p_{1-3}=0,05$). Интенсификация сахароснижающей терапии нарастала соответственно длительности СД: от монотерапии в 1-й группе (4,53±3,41 лет) до двух- и трехкомпонентной во 2-й и 3-й группах (6,32±3,75 и 11,1±5,74 лет соответственно), а также ухудшению его контроля по уровням ГПН (7,54±2,33; 8,70±2,22 и 9,87±2,60 ммоль/л; $p_{1-2}=0,01$; $p_{1-3}=0,000$; $p_{2-3}=0,01$) и HbA1c (6,98±1,09; 8,58±2,08 и 9,20±1,99%; $p_{1-2}=0,000$; $p_{1-3}=0,13$ и $p_{1-3}=0,000$). Показатели С-пептида не различались между группами (соответственно в группах 1-3: 1,38±0,83; 1,59±1,00 и 1,48±0,56 нг/мл), отражая прогрессирующее ухудшение функции β-клеток.

Выводы. Проведенный сравнительный анализ параметров углеводного обмена у больных СД 2 типа на трех различных схемах сахароснижающей терапии: от монотерапии метформином до двух- (метформин в комбинации с препаратами сульфомочевины) и трехкомпонентной (метформин в комбинации с сульфомочевиной с включением базального инсулина), отражает ухудшение контроля заболевания. Значимое повышение показателей гликемии натощак и гликированного гемоглобина во 2-й группе по сравнению с 1-й при отсутствии различий в уровнях С-пептида свидетельствует об отсутствии секреторных возможностей β-клеток и необходимости дальнейшей интенсификации сахароснижающей терапии. Учитывая отсутствие различий между группами по возрастным и антропометрическим параметрам, а также сравнимым уровням HbA1c во 2-й и 3-й группах, складывается впечатление о неадекватности проводимой терапии: от низких доз метформина у ряда больных в 1-й группе до несвоевременной её интенсификации (поздним добавлением базального инсулина, в том числе и в ситуациях, уже требующих базис-болюсного режима).

Д.Г. Шевченко, Д.А. Тосенко
ИНТЕРВАЛ QT У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., профессор Е.А. Жук*

Во время беременности как у женщины, так и у плода могут возникать нарушения ритма, которые представляют серьезную медицинскую проблему, что обусловлено тем, что и сами аритмии, и лекарственные препараты для их лечения могут создавать угрозу здоровью и жизни беременной женщины и плода. Частота аритмий во время беременности увеличивается, что обусловлено физиологическими изменениями в организме матери. Среди причин появления аритмий у беременной могут быть в том числе наследственные заболевания и синдромы, среди которых упоминается синдром удлиненного интервала QT.

Целью нашего исследования было изучить, как часто встречается у беременных синдром удлиненного интервала QT и факторы, от которых зависит его удлинение.

Материалы и методы. Обследовано 39 беременных женщин в возрасте от 16 до 43 лет (в среднем $30,6 \pm 6,7$ лет) на сроке беременности от 7 до 31 недели (в среднем $13,4 \pm 7,3$ недели). беременность была по счету от первой до 15 (в среднем $3,9 \pm 2,9$). У 8 женщин в анамнезе была артериальная гипертензия I или II степени, у 31 кардиологический анамнез был неотягощенный. У обследованных регистрировали ЭКГ, измеряли продолжительность интервала QT. Рассчитывали с учетом числа сердечных сокращений по формуле Базета скорректированный интервал QT (сQT). Статистическую обработку проводили в программе Microsoft Excel 2003. Результаты представлены как $M \pm SD$, где M - среднее арифметическое значение, SD - среднеквадратичное отклонение. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимали равным 0,05.

Результаты. Установлено, что сQT не различался у беременных женщин в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (соответственно, $0,36 \pm 0,03$ и $0,35 \pm 0,03$ секунды, $p > 0,05$). При этом число сердечных сокращений у женщин с артериальной гипертензией было значимо реже, чем у беременных без артериальной гипертензии ($73,1 \pm 5,25$ и $88,3 \pm 14,3$ за 1 минуту, $p < 0,05$), что можно объяснить действием принимаемых гипотензивных препаратов. Сравнение сQT на разных сроках беременности не выявило различий у беременных в первом триместре ($0,36 \pm 0,03$ секунды), во втором триместре ($0,35 \pm 0,03$ секунды) и третьем триместре ($0,35 \pm 0,05$ секунды). Различия между группами не значимые ($p > 0,05$). Не зафиксировано различий продолжительности сQT в зависимости от количества беременностей. Так, у женщин с первой беременностью продолжитель-

ность cQT составила $0,36 \pm 0,04$ секунды. При количестве беременностей в анамнезе 2-4 - $0,35 \pm 0,03$ секунды. При количестве беременностей 6 и более - $0,36 \pm 0,03$ секунды (межгрупповые различия не значимые, $p > 0,05$).

Заключение. Не выявлено зависимости удлинения cQT от наличия сопутствующей артериальной гипертензии, срока беременности и количества беременностей в анамнезе.

ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

А.А. Арнаутова, Д.А. Бегмурадова, А.К. Белеткова ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

Профессия врача анестезиолога-реаниматолога отличается от других специальностей тем, что имеется регулярное вредное воздействие на здоровье ингаляционных анестетиков, дезинфицирующих средств, инфекционного агента и психологического напряжения.

Цель: изучить взаимосвязь условий труда и клинических проявлений у врачей анестезиологов-реаниматологов.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие врачи анестезиологи-реаниматологи в количестве 50 человек, в возрасте от 24 лет до 63, из них: - 14 врачей Городской клинической больницы № 34; - 10 врачей городской клинической больницы № 25; - 12 врачей городской клинической больницы №1; - 10 врачей городской клинической областной больницы; - 4 врача Центральной районной больницы районного поселения Коченево. Использованы методы: 1) социологический (анкетирование); 2) статистический: - средняя арифметическая, - линейный коэффициент корреляции; 3) обработка материалов осуществлялась программой Excel Microsoft Office 2010.

Результаты. I. Респондентам были представлены следующие вопросы: 1) «Какой стаж работы?» ответили: - «до 5 лет» - 8 врачей (16%); - «5-10 лет» - 5 врачей (10%); - «10-20 лет» - 10 врачей (20%); - «больше 20 лет» - 27 врачей (54%); 2) «Форма лекарственных веществ, преимущественно используемая Вами» ответили «аэрозоли» - 4 человека (8%); жидкие лекарственные средства 20 (40%); «в равных количествах жидкие и аэрозоли» - 26 человек

(52%); 3) «Какие из ниже перечисленных симптомов вы можете отметить у себя» ответили: - бессонница: «да» - 26 (52%) человек, «нет» - 24 (48%) человека; - частые головные боли «да» - 15 (30%) человек, «нет» - 35 человек (70%); - нарушение сердечного ритма «да» - 9 (18%) человек, «нет» - 41 человек (82%); -изменение артериального давления «да» - 27 (54 %) человек, «нет» - 23 (46%) человека; -одышка «да» - 9 (18%) человек, «нет» - 41 (82%) человек; -кашель «да» - 14 (28%) человек, «нет» - 36 (72%) человек; -аллергические реакции «да» - 10 (20%) человек, «нет» - 40(80%) человек; 4) «Имеются ли у вас хронические заболевания» ответили «да» - 45 человек (90%), «нет» - 5 человек (10%); 5) По жалобам на нарушения функций органов и систем с учетом болезней классов МКБ-10: - IX класс (Болезни системы кровообращения) - 20 (44,4%) человек; X класс (Болезни органов дыхания) - 9 (20%) человек; VI класс (Болезни нервной системы) - 12 (26,6%) человек; II класс (Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм) - 4 (9%) человека. II. При статистическом анализе был выявлен коэффициент корреляции: - 0,975 (97,5%) между стажем работы и самой частой жалобой врачей (изменение артериального давления); - 0,35 (35%) между наиболее часто использованной формой лекарственного средства (в равных количествах аэрозоли и жидкие) и самой частой жалобой (изменение артериального давления).

Выводы. 1. Изучена взаимосвязь условий труда и клинических проявлений у врачей анестезиологов-реаниматологов. 2. У подавляющего большинства (90%) респондентов имеются хронические заболевания. 3. Определяется очень сильная прямая линейная корреляционная связь между стажем работы и самой частой жалобой врачей, а также слабая прямая линейная корреляционная связь между наиболее часто использованной формой лекарственного средства и самой частой жалобой. 4. С учетом МКБ–10 выявлены следующие нарушения органов и систем: II класс, VI класс , IX класс, X класс.

А.А. Артемов, О.С. Мокрушина¹
**АНТИБИОТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ВОДОРАСТВОРИМЫХ
СЕКРЕТИРУЕМЫХ МЕТАБОЛИТОВ ШТАММОВ БАКТЕРИИ
BACILLUS THURINGIENSIS**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет; ¹
ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», г. Новосибирск
Научный руководитель: к.б.н., доцент И.С. Андреева*

Применяемые на сегодняшний день биопрепараты производятся преимущественно на основе целых культур микроорганизмов и содержат по-

мимо действующего начала примесь спор, вегетативных клеток, токсинов, что нежелательно с экологической точки зрения. В этой связи особенно перспективно создание средств на основе выделенных и очищенных биологически активных веществ. Одним из таких агентов являются секретируемые метаболиты аэробной спорообразующей бактерии *Bacillus thuringiensis* (Bt), представленной крупными (5x1 мкм) палочковидными, грамположительными, подвижными или неподвижными клетками, образующими термоустойчивые эндоспоры и кристаллы эндотоксина. Известно, что бактерии этого вида обладают широким спектром биологической активности, что находит применение в различных областях биотехнологии.

Цель. Настоящая работа посвящена определению антибиотической активности метаболитов штаммов Bt №№ B-1272, B-1273, B-1274, B-1275, B-1276 по отношению к ряду патогенных бактерий и плесневых грибов. Все использованные в работе штаммы депонированы в «Коллекции бактерий, бактериофагов и грибов ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор»».

Материалы и методы. При исследовании антибиотической активности штаммов Bt по отношению к патогенам применяли стерилизованную фильтрованием культуральную жидкость, полученную в разных условиях культивирования штаммов Bt и совместные высевы патогенных штаммов и штаммов Bt на жидкие и агаризованные среды.

Результаты. Наиболее выраженный антибиотический эффект диффундирующих в агар водорастворимых метаболитов штаммов Bt был выявлен относительно штамма *Candida albicans*: в случае штаммов Bt B-1274, B-1272, B-1273 его рост практически отсутствовал. Кроме того, водорастворимые метаболиты штаммов Bt B-1272, B-1273 проявили выраженную антибиотическую активность относительно трех микроорганизмов кишечной группы *Salmonella thyphimurium* 2606, *Shigella sonnei* 32 и *Escherichia coli* ATCC 25922. Штамм Bt B-1274 вызывал угнетение роста фитопатогенного штамма *Xanthomonas malvacearum* B-137; на штамм *Bacillus subtilis* ATCC 6633 действовал только штамм Bt B-1275, проявляющий антибиотическую активность также относительно патогенов *Salmonella thyphimurium* 2606 и *Shigella sonnei* 32. Следует отметить, что в случае патогенного тест-штамма *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка) мы наблюдали обратную картину: в присутствии этого патогенна рост штаммов Bt практически был полностью подавлен.

Выяснено также, что все примененные в опыте штаммы Bt нейтрализовали рост энтомопатогенного гриба *Verticillium lecani* F-8, и значительно угнетали жизнедеятельность гриба *Trichoderma viride* F-9. Негативное действие метаболитов штаммов Bt проявлялось в резком снижении линейного роста воздушного мицелия грибов, угнетении процесса спороношения. Штамм Bt B-1276 наибольший фунгицидный эффект проявил относительно плесневого гриба *Penicillium sp.* F-6. В зоне действия его метаболитов рост гриба полностью отсутствовал.

Выводы. Как видно из проведенных исследований, штаммы *Bt* №№ В-1272, В-1273, В-1274, В-1275, В-1276 могут быть использованы в качестве продуцентов биологически активных веществ, направленных против возбудителя кандидозов *Candida albicans*, ряда плесневых грибов и патогенных бактерий кишечной микробиоты.

С.В. Богданов, Г.С. Купченко, С.А. Ледовских,
Е.А. Мушкачев, Р.М. Нараев
**ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ И
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н, проф. Е.А. Ставский*

Резкое увеличение количества автомобилей в РФ в последние десятилетия привело к большой насыщенности улиц населенных пунктов, особенно городов – мегаполисов, местных, региональных и федеральных магистралей транспортными средствами, превратило их в зону высокой опасности для водителей и пешеходов. В этих условиях малейшая техническая неисправность, пренебрежение к технике безопасности, нарушение ПДД и неосторожность на транспортных магистралях приводят к тяжелым механическим поражениям, травмам, ожогам и другим повреждениям, в основном опорно-двигательного аппарата. Рост количества ДТП в развитых странах мира приобрел характер «мировой эпидемии», сопровождающейся тяжелыми медико-санитарными и социальными последствиями. В связи с этим дорожно-транспортный травматизм – серьезная медико-социальная проблема, требующая внимания как соответствующих ведомств, так и органов власти всех уровней.

Цель настоящей работы заключалась в анализе дорожно-транспортных аварий и оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в г. Новосибирске на примере ГБУЗ Городской клинической больницы № 1.

В настоящей работе проведен анализ ДТП и медицинской помощи лицам, пострадавшим в ДТП и доставленным на лечение в ГБУЗ ГКБ № 1 за 2012-2013 г.г. Установлено, что за указанный период времени в ГКБ № 1 для оказания специализированной медицинской помощи поступило 120 человек в возрасте от 18 до 65 лет, пострадавших в ДТП на улицах мегаполиса. Структура контингента пострадавших, эвакуированных на этап специализированной медицинской помощи, как субъектов ДТП составила: пеше-

ходы – 43,3%, водители - 33,3%, пассажиры – 23,4%. Основные виды повреждений: травмы конечностей – 50%, сочетанные повреждения – 25% и повреждения позвоночника – 25%. В рамках оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в 80% случаев потребовалось хирургическое лечение, в 16,7% терапевтическое лечение и в 3,3% случаев потребовался перевод для хирургического лечения в НИИТО.

Таким образом, в условиях города-мегаполиса создана возможность в максимально сжатые сроки эвакуировать пострадавших в ДТП на этап специализированной медицинской помощи. Контингент пострадавших в основном представлен пешеходами и водителями. При этом в структуре повреждений преобладающими являются травмы конечностей, а основным видом лечения пострадавших в ДТП - хирургический метод.

В. В. Бойков

О ХИМИЧЕСКОЙ КОНТАМИНАЦИИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

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

Актуальность темы. Широкое применение и распространение в природе химических загрязнителей, накопление их в растительных и животных организмах непосредственно из окружающей среды или посредством так называемых пищевых цепочек обуславливают химическую контаминацию пищевого сырья, пищевых продуктов и поступление опасных для здоровья человека ксенобиотиков в организм человека с пищей. Это негативно отражается на здоровье людей, является причиной развития аллергических проявлений, диатеза, онкологических заболеваний.

Цель работы: Изучить содержание химических контаминантов в продуктах питания.

Методы исследования. Информационно-аналитический и метод тонкослойной хроматографии (ТСХ) для определения содержания остаточных количеств пестицидов в продуктах питания. Исследования проведены в санитарно-гигиенической лаборатории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области».

При выборе пестицидов учитывали использование в сельском хозяйстве, возможность и уровни поступления в пищевые продукты из различных объектов окружающей среды, токсичность, способность к биоаккумуляции, стойкость химических веществ и их соединений в окружающей среде, влияние на здоровье человека и др. Данные критерии явились основанием для включения в перечень химических веществ, выбранных для исследования, гексахлорциклогексана (ГХЦГ) и дихлорфенилтрихлорэтана (ДДТ).

Картофель в качестве объекта исследования для оценки уровней поступления контаминантов с рационами питания выбран с учетом данных о среднелюдовом потреблении населением НСО пищевых продуктов за 2007-2011 гг. Как следует из данных Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Новосибирской области в 2012 году»), картофель занимает третье место по количеству потребления. Кроме того, в ряде исследований показана значимость овощей, бахчевых культур и картофеля для экспозиции населения ГХЦГ и ДДТ.

Результаты исследования. Проведенное хроматографическое исследование выявило в образцах картофеля наличие ГХЦГ в количестве от 0.0141 до 0.0705 мг/кг и ДДТ - от 0 до 0.0408 мг/кг, что составляет, соответственно, 0.1- 0.7(ГХЦГ) и 0-0.4 ПДК.

Выводы. Количества определяемых пестицидов не превышают утвержденные в РФ предельно-допустимые уровни. Однако при оценке реальной нагрузки на организм необходимо иметь в виду возможность комбинированного поступления не только двух изучаемых соединений, но и других чужеродных химических веществ. Кроме того, ГХЦГ и ДДТ обладают канцерогенным (потенциальные химические канцерогены, относящиеся к группам 1, 2А, 2В по классификации МАИР или к группам А, В1, В2 по классификации US EPA) и другими эффектами.

С.Л. Веденчук

ВЛИЯНИЕ ПРОМЫШЛЕННЫХ ТВЕРДОФАЗНЫХ АЭРОЗОЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.б.н., доцент Е.К. Емельянова,

В.А. Вечканов

Актуальность темы. Современное индустриальное производство оказывает значительное воздействие на природу в глобальных масштабах. Загрязнение природной среды промышленными выбросами негативно влияет на здоровье людей и на состояние окружающей среды. Вблизи промышленных производств экологическая ситуация все больше ухудшается, а вопросы по ее улучшению предприятиями игнорируются или не решаются достаточно эффективно. При этом огромными выбросами как твердых, так и газообразных загрязняющих веществ отличаются предприятия по производству цемента.

Цель исследования: определение воздействия цементной пыли на мышей.

Материалы и методы. Исследование осуществляли в лаборатории ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» в отделе биофизики и экологических исследований. Экспериментальные работы проводили на белых мышах массой 18-22 г, которые были получены из питомника ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» и содержались на стандартном рационе питания в регламентированных условиях. Подбор животных в группы опыта проводили методом случайной выборки. Эксперимент проводили в аэрозольной камере для экспонирования животных. Определение дисперсного состава субмикронной фракции и счетной концентрации цементной пыли производили на оптическом счетчике «Solair 3100+». Обработку результатов и измерений проводили на компьютере в программе Microsoft Excel. Определение параметров кривой зависимости «доза-эффект» для определения эффективной дозы выполняли в программе «Пробит».

Результаты исследования. В нашей работе мы рассчитывали следующие показатели: дисперсный состав (D50, D15, D85), стандартное геометрическое отклонение, кумулятивное распределение. Расчеты проводили с концентрацией цемента 18 мг/м³. Производили подсчет частиц аэрозолей разных размеров от 0,3 до 10 мкм.

Выявлено, что для мелкодисперсных частиц стандартное отклонение небольшое, так же как и процентное отклонение, в отличие от крупнодисперсных частиц. Это зависит, вероятно, от того, что мелкодисперсных частиц очень много и на выходе они могут слипаться, образуя крупнодисперсные.

Кумулятивное распределение рассчитывали для того, чтобы провести пробит-анализ.

Определив стандартное отклонение и кумулятивное распределение, рассчитывали в программе «Пробит» средний диаметр частиц и его диапазон. Из расчетов видно, что средний диаметр частиц на входе - 0,428 мкм, диапазон размеров частиц - 0,561 - 0,326 мкм; на выходе средний диаметр частиц - 0,406 мкм, диапазон размеров частиц - 0,532 - 0,31 мкм. Результаты показывают, что цементный аэрозоль представлен в основном мелкодисперсными частицами.

Полученные данные говорят о том, что существует доля определенного количества аэрозоля, который оседает в легких мышей.

После экспонирования было осуществлено препарирование мышей в области грудной клетки для изучения дыхательной системы. В результате были обнаружены очаговые поражения легких, особенно в его верхних долях.

Выводы. Выявлено, что дисперсный состав цементного аэрозоля представлен в основном мелкодисперсными частицами. Обнаружено, что цементный аэрозоль оседает в дыхательных путях мышей, и отрицательно влияет на них, вызывая очаговые поражения.

А. О. Вигриянова, Я. Б. Санду
**ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У МУЗЫКАНТОВ–ДУХОВИКОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Актуальность темы. На сегодняшний день никого не удивит появлением профессиональных заболеваний у водителей, трактористов и рабочих других «тяжелых» профессий. Но мало кто знает, что и люди творческих профессий также находятся в «зоне риска»: у них происходят те или иные функциональные изменения в органах - травмы костно-мышечного характера, периартриты, судороги, невромиозиты и т.д. В настоящее время многие молодые люди стремятся стать профессиональными музыкантами. В связи с этим все чаще появляется необходимость в изучении вредных факторов, влияющих на организм, и заболеваний, которые могут возникнуть у профессиональных музыкантов-духовиков.

Цель работы. Изучить взаимосвязь между профессиональной деятельностью и функциональными изменениями дыхательной системы.

Методы исследования. В исследовании участвовали:

— группа музыкантов, 15 человек: студенты музыкальных заведений, мужского пола, возрастом 17-20 лет, занимающиеся игрой на духовых инструментах минимум 5 лет;

— контрольная группа: студенты НГМУ мужского пола в возрасте 17-20 лет, не занимающиеся каким-либо видом спорта.

На обеих группах были применены такие методы исследования, как опрос, сбор анамнеза и инструментальное исследование дыхательной системы музыкантов.

Результаты исследования. При опросе и сборе анамнеза студентов профессиональных музыкальных учреждений было выявлено, что большая часть музыкантов страдает воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей (60%).

При исследовании дыхательной системы было обнаружено, что у всех духовиков достоверно увеличены жизненная емкость легких (4.69л против 3.74лв контрольной группе; $P > 0.001$) и резервный объем выдоха (1.83 против 1.21; $P > 0.01$), а также достоверно отличается время задержки дыхания в пробах Штанге и Генчи ($P = 0.05$). Кроме того, изменены нижние границы легких и подвижность нижних легочных краев. Ухудшение газообмена и увеличение резервного объема выдоха свидетельствуют о скрытой эмфиземе легких у музыкантов.

Выводы. На сегодняшний день большое количество ученых и исследователей понимают проблему возникновения профессиональных болезней

у музыкантов-духовиков. Именно поэтому стали разрабатываться программы для профилактики этих заболеваний. Ряд ученых говорят о том, что физиологически обоснованным профилирующим видом спорта для музыкантов является плавание. Занятия плаванием оказывают положительное влияние на респираторную систему, совершенствуют ее функцию, что имеет существенное значение в профессиональной деятельности духовиков. При университетской клинике в Бонне создана специальная служба, помогающая музыкантам преодолеть страх перед выходом на сцену. А для совершенствования исполнительного дыхания используют даже систему дыхания йогов.

М. С. Войтко, Б. Ж. Касенова
**ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ
АДАПТИРОВАННОСТИ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКИХ
ДОМОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Н. Семенова*

Актуальность. В любом социуме, в любом государстве на различных временных отрезках и этапах исторического и социального становления, были и будут дети, которые в связи с разными обстоятельствами остаются без попечения родителей.

Цель. Дать сравнительную оценку уровня физического развития, психологического статуса и уровня социальной адаптированности воспитанников детских домов и детей, воспитывающихся в обычных семьях.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие воспитанники детских домов и контрольная группа, сформированная из числа учеников общеобразовательных школ, воспитывающихся в семьях. Исследуемая выборка включала 120 детей в возрасте 9-17 лет. Использовался комплекс различных тестов и опросников: личностный опросник Г.Айзенка, личностный двухфакторный опросник М. Гавлиновой («социум-вегетатика»), опросник «Самочувствие, Активность, Настроение» (методика САН), шкала самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, а также антропометрические данные для характеристики физического развития.

Результаты исследования. Нормальные уровни социальной адаптированности показали 51% юношей и 59,5% девушек из числа воспитанников детских домов, в контрольной группе показатели составили соответственно 65,5% и 65,8%. Категория социально дезадаптированных подростков сре-

ди воспитанников детских домов составила 29,6% против 19.7% в контрольной группе. Удельный вес подростков с выраженной вегетативной лабильностью также оказался существенно выше среди воспитанников детских домов - 53% против 21.6% в контрольной группе. Вегетативная стабильность соответственно 40% и 55%, а средние значения составили соответственно - 7% и 23,4%. Отмечены половые различия - у девушек-сирот вегетативная лабильность была выше, чем у юношей. По тесту САН нормальные показатели самочувствия, активности и настроения были характерны только для 23,5% школьников детских домов, снижены показатели у 26,7 % обследованных, повышены у 49,8%. При определении уровня тревожности в исследуемой группе был повышен уровень реактивной и личностной тревожности - у девушек 75%, а у юношей только уровень реактивной тревожности, со значением 58%. В контрольной группе как у юношей, так и у девушек регистрировался умеренный уровень реактивной и личностной тревожности. Вне зависимости от возраста в контрольной группе сохраняется умеренный уровень тревожности, в то время как в исследуемой – увеличивается по мере взросления учеников. Исследование не выявило значительных отличий в физическом развитии детей исследуемой и контрольной группы.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о различиях в степени социальной адаптированности, вегетативной устойчивости, реактивной тревожности, активности и настроения, между воспитанниками детских домов и школьниками, воспитывающимися в обычных семьях.

Ю. К. Воронина, К. Ю. Сотникова
СОЦИАЛЬНО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н. проф. Г.И. Крашенинина*

Актуальность. Состояние репродуктивного здоровья населения продолжает оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем в нашей стране. В рождении детей заинтересована не только семья, но и государство, и общество в целом. Только для простого воспроизводства населения в стране в каждой семье должно быть 2-3 ребенка. Кроме того, когда подавляющее число семей имеет только одного ребенка, население «стареет» (в его структуре увеличивается удельный вес пожилых и старых людей). Это значит, что сокращается возможность использования умственного потенциала молодых и квалифицированных специалистов. Проблемы ре-

продуктивного здоровья тесно связаны с социальными факторами, образом жизни, перенесенными заболеваниями, с коммуникативными проблемами, недостаточной информированностью по вопросам репродуктивного здоровья, а также степенью ответственности и возрастом начала половой жизни. В свою очередь, все это влияет также на стабильность семейных отношений и на возможности реализации репродуктивного потенциала семейными парами. Согласно данным Всемирной Организации около 8% супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия.

Причины бесплодия многообразны. Самой частой причиной являются инфекционные заболевания половых органов, приводящие в конечном итоге к бесплодию.

Целью данного исследования является изучение социально-гигиенических аспектов бесплодия.

Задачи:

1. Анализ данных научной литературы по данной проблеме.
2. Сбор информации из амбулаторных карт
3. Анализ собранных данных.
4. Выявление наиболее значимых факторов и причин бесплодия

Материалы и методы. В ходе данной работы были использованы следующие материалы:

1. Истории болезни 100 больных с диагнозом «Бесплодие», проходящих лечение в МБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции».
2. Научная медицинская учебная литература.
3. Интернет ресурсы.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что одними из основных причин, ведущих к развитию бесплодия являются: раннее начало половой жизни, аборт, урогенитальные (уреаплазмоз, хламидиоз) и венерические инфекции (гонорея, сифилис, мягкий шанкр). Так результаты изучения 100 историй болезней, показали что у 56 пациенток из 100 были в анамнезе ранее проведенные аборт, 36 из 100 перенесли урогенитальную инфекцию, перешедшую в хроническую форму, практически все женщины рано начали вести половую жизнь, и более, чем у половины было несколько половых партнеров, 3 из 100 имели в анамнезе венерические заболевания.

Таким образом, полученные результаты исследования позволили выявить наиболее значимые факторы риска бесплодия: раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, перенесенные урогенитальные и венерические заболевания, аборт.

К.В. Гаврилов, А.Ю. Воробьев
**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЦЕМЕНТНОЙ ПЫЛИ ВЫБРОСОВ
ОАО «ИСКИТИМЦЕМЕНТ» НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ И
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент В.В. Турбинский*

Актуальность. В настоящее время состояние окружающей среды на промышленных территориях области характеризуется проблемными ситуациями, требующими государственного регулирования загрязнения атмосферного воздуха. Внедрение современных технологий, использование высокоэффективных систем пылегазоочистки является ведущим элементом системы охраны атмосферного воздуха в Новосибирской области.

Цель. Оценка загрязнения окружающей среды в городе Искитим и изучения влияния выброса цементной пыли завода «Искитимцемент» на состояние здоровья детей.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования служили: население, социальные, санитарно-гигиенические факторы среды обитания города ИскитимНСО, выбросызагрязняющих веществ: ОАО «Искитимцемент» за период 2007-2012 год, пыль цемента, снежный покров, показатели индивидуального и общественного здоровья детей и подростков г. Искитим, а также г. Бердск и НСО в качестве контроля. Материалами исследования являлись данные официальной статистики администрации г.Искитим, материалы информационного фонда социально-гигиенического мониторинга Управления Роспотребнадзора по Новосибирской области о заболеваемости, смертности населения г.Искитим и г.Бердск (контроль), загрязнении атмосферного воздуха за период 2007 – 2012 г.г. , результаты анкетирования подростков 15-17 лет по программе АСКОРС. Для оценки распространенности заболеваний среди детского населения использовались интенсивные и экстенсивные показатели.

Результаты. Изучение загрязнения снежного покрова выбросами химических веществ ОАО «Искитимцемент» в г.Искитим.

Сравнительный анализ состояния здоровья детей в г.Искитим.

Оценка физического развития детей.

Анализ обращаемости детей 0-14 лет в лечебно профилактические организации г.Искитим.

Распределение детей до 14 лет в группах здоровья по результатам периодических профилактических медицинских осмотров

Результаты оценки риска основных патологических синдромов среди подростков 15-17 лет.

Анализ зависимости состояния здоровья от социальных условий проживания.

Закключение. Негативное влияние на общую заболеваемость населения в г.Искитим оказывают миграционные процессы. На каждые 100 приезжих приходится рост общей заболеваемости на 37,8 случаев на 1000 населения. Наличие ветхого жилья сопровождается ростом общей заболеваемости на каждые 1000 кв.м. – 55,4 случая на 1000 населения.

В тоже время, статистической достоверной зависимости между заболеваемостью, смертностью населения и выбросами в атмосферный воздух загрязняющих веществ установлено не было, что свидетельствует о результативности проводимой в городе воздухоохранной политике.

П.С. Даудова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЙ И ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ
Научный руководитель: к.б.н, ст.преп. С.А.Константинова*

Актуальность. Высокая распространенность анемий имеет социальную направленность и является актуально значимой. В ежегодном отчете Всемирной организации здравоохранения регистрируется в среднем 2 млрд. случаев анемии среди населения земного шара, из них 85-95% составляют железодефицитные анемии. У 3,6 млрд. человек уже имеет место дефицит железа, который в 50% случаев достигает развития ЖДА, и в последние годы отмечен неуклонный рост дефицита железа, что обусловлено социально-экономическими проблемами современного роста. В России частота анемий составляет 157 случаев на 100 000 населения. Так же эта проблема актуальна и в Бурятии. По данным ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» в Республике Бурятия на 100 000 населения приходится 623,7 случаев заболеваемости.

Цель. Изучить эпидемиологическую характеристику анемий и взаимосвязь питания населения с распространенностью заболеваниями анемий.

Задачи.

1. Оценить медико-демографические показатели в Российской Федерации и Республике Бурятия.
2. Оценить уровень заболеваемости в Российской Федерации и Республике Бурятия.
3. Оценить качество питания и возможную взаимосвязь питания с распространенностью заболеваемости анемии.

Материалы и методы исследования. 1. Государственные доклады «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации» и «О

санитарно-эпидемиологическом благополучии в Республике Бурятия». 2. Статистический сборник № 05-03-13 «Здравоохранение в Республике Бурятия». 3. Вопросник изучения фактического питания по анализу частоты потребления пищи, разработанный НИИ питания РАМН А.Н.Мартинчиком.

Результаты исследования и их обсуждение. 1. Распространенность анемии в Республике Бурятия по сравнению с Российской Федерацией значительно выше. Это может быть связано с демографической ситуацией, занятостью населения, денежными доходами населения, медицинским обеспечением. 2. На основе проведенного опроса студентов Бурятского государственного университета выявлен характер питания, который свидетельствует о недостатке железосодержащих продуктов в рационе питания.

3. Сравнение уровней заболеваемости анемиями среди различных групп населения выявило безусловные группы риска: беременные женщины и дети первого года жизни.

К. А. Захарова, И. Р. Долиашвили
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ
ВОСПИТАНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С
ОТКЛОНЕНИЯМИ В ЗДОРОВЬЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Актуальность темы. Несмотря на улучшение демографических показателей в Российской Федерации, наметившийся рост рождаемости и снижение младенческой смертности состояние здоровья подрастающего поколения вызывает озабоченность. Каждый третий ребенок уже с периода новорожденности имеет различные болезни и отклонения в состоянии здоровья. Отмечается рост врожденных пороков развития.

Цель работы. Представить гигиеническую характеристику условий пребывания, воспитания и образования детей с отклонениями в здоровье.

Методы исследования:

- Санитарно-гигиеническое описание
- Гигиеническая оценка мебели, организации занятий
- Антропометрические исследования для оценки физического развития
- Анализ медицинской документации (карты развития)
- Физиологические исследования – расчет адаптационного потенциала

Объект исследования: воспитанники муниципального образовательного учреждения детского сада №27 «Родничок» города Бердска, санаторная группа. Наполняемость группы соответствует гигиеническим требованиям

для такой категории детей; разновозрастной состав (3 - 6 лет) диктует необходимость четкого соблюдения режима дня.

Результаты исследования. Большая часть детей относится ко 2 (60%), 3 (20%) и 4 (6%) группам здоровья. Основная патология (86.6%) – патология зрения (амблиопия, астигматизм гиперметропия; у 40% отмечается смешанная патология). В период пребывания в данном дошкольном учреждении у большинства (87%) отмечено улучшение зрения; лишь у двух детей – без изменения, которое в данном случае невозможно. 90% детей имеют среднее гармоничное развитие, и лишь у 10% отмечена дисгармоничность физического развития при его среднем уровне. Изучение адаптационных возможностей игучаемого контингента (по величине адаптационного потенциала) показало у всех 100% «срыв» адаптации.

Режим дня соответствует возрастным анатомо-физиологическим и функциональным особенностям детей данной группы. Значимость зрения для психического развития ребенка диктует при организации образовательной деятельности необходимость более четкого следования общим рекомендациям: тренировка мелкой моторики в виде пальчиковых игр, логотерапия с 3 лет упражнения на развитие логического и ассоциативного мышления. При составлении расписания соблюдается требование чередования образовательных занятий статического и динамического характера. В целях профилактики ухудшения зрительной функции и развития сопутствующей патологии опорно-двигательного аппарата воспитатель во время занятий контролирует правильную позу ребенка при работе за столом, а также обеспечивает гигиенически рациональную организацию рабочего места: соответствие мебели росту ребенка, достаточный уровень освещения. Для всех детей организовано рациональное питание, с учетом особенностей растущего организма и имеющих отклонений зрения.

Выводы. Таким образом, соответствующие гигиеническим требованиям условия пребывания и организация воспитательно-образовательного процесса способствуют улучшению состояния здоровья и качеству жизни дошкольников.

А.Ю. Иноземцева, И.В. Полстянкина
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ
ХИМИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ЗДОРОВЬЕ ХИРУРГОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

В последние годы растет число медицинских работников с клиническими проявлениями лекарственной аллергии, что нередко может приво-

доть к потере профессиональной трудоспособности. В связи с этим приобретает значение оценка влияния антисептических средств на хирургов, так как именно врачи этой специальности больше всего подвержены негативно-му воздействию данных веществ.

Цель исследования. Изучить гигиеническую характеристику воздействия современных антисептических средств на здоровье хирургов.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие хирурги в возрасте от 25 до 50 лет и количестве 50 человек (100,0%), из них сотрудников Городской клинической больницы №1 - 12 человек (24,0%), Государственной Новосибирской областной клинической больницы - 22 человека (44,0%), Городской клинической больницы №34 - 9 человек (18,0%), Городской клинической больницы №25 - 7 человек (14,0%). Использовались методы: социологический (анкетирование), статистический (средняя арифметическая, коэффициент линейной корреляции Пирсона с помощью программы Microsoft Office Excel 2007).

Результаты. I. Респондентам были представлены следующие вопросы: 1) «Сколько раз в сутки вы пользуетесь антисептиками для обработки рук» хирурги ответили: - «до 5 раз в сутки» 13 (26,0%); - «больше 5 раз в сутки» 37 (72,0%); 2) «Превышаете ли вы рекомендуемое время для обработки рук или концентрацию антисептика при однократном использовании?» ответили соответственно: - «Да» 17 (34,0%), «Нет» 33 (66,0%); - «Да» 21 (42,0%), «Нет» 29 (58,0%); 3) «Возникали ли у вас какие-либо неприятные ощущения после использования антисептика?» ответили: - «Да» 24 (48,0%), «Нет» 26 (52,0%); 4) «Обращались ли вы к врачу-дерматологу» ответили: - «Да» 8 (16,0%), «Нет» 42 (84,0%); 5) «Пользуетесь ли вы средствами по уходу за кожей рук после использования антисептика?» ответили: - «Да» 16 (32,0%), «Нет» 34 (68,0%); 6) «Снизилось ли у вас количество жалоб после использования данных средств?» ответили: - «Да» 10 (62,5%), «Нет» 6 (37,5%); 7) По жалобам на нарушения функций органов и систем с учетом МКБ-10: - болезни кожи и подкожной клетчатки (XII класс) - 23 (74,2%); - болезни органов дыхания (X класс) - 7 (22,6%); - болезни глаза и его придаточного аппарата (VII класс) - 1 (3,2%).

II. При статистическом анализе выявлены коэффициенты корреляции: 1) 0,3328 (33,3%) между количеством использования антисептического средства и жалобами; 2) 0,2466 (24,7%) между превышением концентрации используемого антисептика и количеством жалоб; 3) 0,0596 (6,0%) между превышением времени использования антисептика и количеством жалоб.

Выводы. 1. Изучено влияние современных антисептических средств на здоровье хирургов. 2. Меньше половины (48,0%) респондентов отмечали неприятные ощущения при использовании антисептиков для обработки рук, из них 16,0 % обращались к врачу-дерматологу. 3. Определяется слабая прямая линейная корреляционная связь между количеством использования антисептического средства и жалобами респондентов, а также между

превышением концентрации используемого антисептика и количеством жалоб респондентов. 4. Определяется очень слабая прямая линейная корреляционная связь между превышением времени использования антисептика и количеством жалоб респондентов. 5. С учетом МКБ-10 выявлены нарушения в функционировании следующих органов и систем: XII класс, X класс, VII класс.

Г. С. Калмыков
**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ
СРЕДЫ В ОРДЫНСКОМ РАЙОНЕ НОВОСИБИРСКОЙ
ОБЛАСТИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф. Н. Г. Никифорова*

Актуальность темы. Известно, что возрастающее влияние производственной деятельности человека на окружающую среду приводит к отрицательным последствиям – необратимым процессам, угрожающим стабильности биосферы и самой жизненной среде. Воздействие факторов окружающей среды может приводить к развитию неблагоприятных эффектов в состоянии здоровья населения, что выражается в увеличении смертности, заболеваемости, ухудшении физического развития и росте распространённости преморбидных состояний.

Цель работы: Провести гигиенический анализ состояния окружающей среды в Ордынском районе Новосибирской области.

Задачи исследования:

1. Проанализировать состояние атмосферного воздуха.
2. Проанализировать состояние водных объектов.
3. Проанализировать состояние почвы.

Материалы и методы исследования: анализ, систематизация и обобщение данных докладов и отчётов службы Роспотребнадзора.

Результаты исследования. По данным службы Роспотребнадзора в Ордынском районе Новосибирской области 91,4 % населения обеспечены питьевой водой, полностью соответствующей гигиеническим нормативам. Источниками хозяйственно-питьевого водоснабжения в Ордынском районе являются подземные водозаборные скважины. Для питьевых и хозяйственно-бытовых целей населения используется второй подземный водоносный горизонт. В качестве водозаборов используются 108 артезианских скважин, глубина которых составляет от 60 до 195м. Состояние зон санитарной охраны объектов хозяйственно-питьевого водоснабжения в Ордынском районе удовлетворительное. Удельный вес проб воды, не соответству-

ющих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям в Ордынском районе за 2008- 2012гг. ежегодно сокращается(61.4 -2008г,20.4-2012г.). Расширенные исследования на содержание в воде нефтепродуктов, кадмия, алюминия, бора, ртути, никеля, молибдена, бериллия, цианидов, хрома, свинца, стронция, цинка, ГХЦГ и его изомеров, ДДТ и его метаболитов, 2, 4 –Д кислоты, ее солей и эфиров, альфа и бета-радиоактивность, превышений допустимых уровней показателей в 2012 г. не выявили.

Однако, питьевая вода в Ордынском районе не соответствует санитарным требованиям по содержанию веществ, нормируемых по органолептическому признаку вредности, а именно: по содержанию общего железа, общей жесткости и марганца.

Выводы: Результаты анализа состояния окружающей среды позволили нам, оценить степень загрязнения и деградации окружающей среды в Ордынском районе Новосибирской области. Выявлен ряд нарушений санитарных требований, превышений допустимых уровней некоторых веществ в водопроводной воде, сточной воде после очистки, речной воде, атмосферном воздухе и почве.

М. А. Квитко, О. А. Адер
ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н.Семенова,
старший преподаватель Н.С.Федянина*

Актуальность. Большинство людей любят слушать музыку, до конца не осознавая какое она имеет воздействие на человека и его здоровье. Иногда музыка вызывает излишнюю энергию, а порой оказывает расслабляющее действие. Но какова бы ни была реакция слушателя на музыку, она, безусловно, имеет свойство оказывать влияние на человека.

Итак, музыка повсюду, её разнообразие не поддаётся счёту, без неё невозможно представить жизнь человека, поэтому влияние музыки на человека является, безусловно, очень важной темой.

Цель. Изучить воздействие музыки на состояние здоровья.

Материалы и методы исследования.

1. Социологический опрос (анкетирование);
2. Оценка сердечно-сосудистой системы ;
3. Оперативная оценка функционального состояния по методике «Градусник» (экспресс-вариант методики САН).
4. Статистическая обработка данных.
5. Анализ данных научной литературы.

В исследовании приняли участие 25 учеников 9 класса МОУ СОШ №105 г. Купино и 25 студентов IV курса лечебного факультета НГМУ.

Результаты. Результаты соц. опроса доказывают, что школьники и студенты увлекаются прослушиванием музыкальных произведений, их музыкальные предпочтения разнообразны.

При прослушивании рок-музыки систолическое давление и пульс у школьников и студентов увеличились. При этом большинство из них отметили улучшение своего функционального состояния.

При прослушивании поп-музыки систолическое АД у школьников и студентов понизилось, а пульс повысился. У большинства студентов отмечается улучшение функционального состояния, когда у школьников оно улучшилось у 36%, оно же у 36% ухудшилось, у 28% оно осталось неизменным.

Прослушивая рэп-музыку функциональное состояние у большинства школьников и студентов ухудшилось, не смотря на то, что большая часть школьников предпочитают слушать рэп-музыку. Систолическое АД у школьников и студентов понизилось. Пульс у школьников повысился, а у студентов понизился.

При прослушивании классической музыки в стиле барокко у школьников и студентов систолическое АД и пульс понизились. После же прослушивания у студентов отмечилось увеличение систолического АД и пульса. При этом функциональное состояние у школьников и студентов улучшилось.

Закключение. Проведенные нами исследования свидетельствуют о влиянии музыки на различные характеристики человека, эмоционального состояния и, соответственно, здоровья.

Дать более глубокую оценку данного влияния не представляется возможным.

Оценить как положительные, так и отрицательные стороны данного влияния нами невозможно. Решение этого вопроса требуют специальные медицинские и биологические исследования.

А. А. Корольчук, В. С. Путро, Е. В. Рычкова
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ОБУЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. Как известно, школа - второй дом для ребенка. Здесь ребенок получает большинство знаний, умений и навыков, необходимых

для жизни. Школа является не только основой знаний, но и местом, где ребенок учится жить в коллективе, обучается труду и подчиняется установленным правилам. Это формирует в ребенке те качества, которые необходимы для жизни и будущей профессии. К сожалению, не все дети могут приспособиться к установленным школьным законам и усвоить программу обучения. К таким детям необходим особый подход. Школа обеспечивает обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья с целью коррекции отклонений в их развитии средствами обучения, воспитания, трудовой подготовки, социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество. Данная тема актуальна, ведь 2,5% детей рождаются с ограниченными умственными и физическими возможностями.

Цель. Изучить гигиенические характеристики обучения в Муниципальном бюджетном специальном (коррекционном) образовательном учреждении города Новосибирска «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа VIII вида №1» (Октябрьского района).

Объект: Муниципальное бюджетное специальное (коррекционное) образовательное учреждение города Новосибирска «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа VIII вида №1» (Октябрьского района); учащиеся классов 2А и 2Б

Методы исследования: санитарно-гигиеническое обследование.

Результаты. В школе разработана Программа развития, приоритетным направлением которой является развитие образовательного учреждения, концептуальной идеей - модель адаптивной школы.

Основные задачи коррекционного учреждения:

- создание оптимальных условий для развития и коррекции личности ребёнка с ОВЗ с учётом индивидуальных способностей и возможностей;
- создание коррекционно-развивающей образовательной среды, обеспечивающей снятие всех стрессобразующих факторов УВП через использование здоровьесберегающих и игровых технологий;
- совершенствование и применение современных педагогических технологий в обучении и воспитании школьников с целью преодоления неуспеваемости в обучении;
- углубление работы по созданию условий для трудовой и начальной профессиональной подготовки;
- обеспечение комплексной безопасности обучающихся и воспитанников в образовательном учреждении.

Условия пребывания и обучения детей в Специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида №1 соответствуют СанПиН 2.4.2.1178-02- соблюдение воздушного, светового режима, соблюдение гигиены обучения (расписание, парты и стулья маркированы по высоте, дети рассажены по росту). Детям с задержкой умственного и психического развития необходим особый подход и специальная тактика обучения, поэтому в

подобных школах огромное значение придается трудовому и эстетическому воспитанию, а также развитию важных навыков, необходимых для жизни.

Н. А. Короткая, А. А. Саранина
**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ,
ЗАВТРА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,
ст. преподаватель Н. С. Федянина*

Актуальность темы. Заболевания, вызванные микроорганизмами, сопровождают человечество на всем пути его существования, представляя на некоторых этапах серьезную угрозу. В современных условиях проблема инфекционных заболеваний не теряет своей актуальности, так как окончательно не ликвидированы условия возникновения подобной патологии.

Цель работы. Проследить динамику развития ОКИ за последние 3 года по Новосибирску и по России в целом. Показать главную роль в развитии ОКИ несоблюдения правил личной гигиены.

Методы исследования:

— Информационно-аналитический, включая документы Роспотребнадзора

— Анализ 100 историй болезни больных ОКИ «Городской инфекционной клинической больницы №1»

— Анкетирование больных с ОКИ – 100 человек

Результаты исследования. В Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) со средним ежегодным темпом прироста 6—7 %. Неблагополучными по ОКИ, вызванным неустановленными инфекционными возбудителями, были 42 региона, по ОКИ, вызванным установленными бактериальными и вирусными возбудителями, – 36 регионов, по сальмонеллезу – 39 регионов, по бактериальной дизентерии – 32 региона.

Анализ историй болезни выявил рост ОКИ с неуточненным возбудителем (2.8 – 5.5 – 4.5%) и инфекционных заболеваний, вызванных *Proteus*(10%), *Clebsiella* (15%), а также спад ротавирусных инфекций (с 27.6% до 16.6%). С 2010-2012 гг. ОКИ чаще всего протекали в форме гастроэнтерита и занимают максимальные 56% среди других форм. Следует подчеркнуть увеличение проявлений ОКИ в виде энтероколитов.

Результаты анкетирования показали, что население не в полной мере соблюдает элементарные правила личной гигиены – недостаточно тщатель-

ное мытье рук, овощей и фруктов перед употреблением, употребление без кипячения фляжного молока, несоблюдение сроков и условий хранения продуктов, особенно скоропортящихся, употребление продуктов с истекшим сроком годности, приобретение готовых блюд, продуктов быстрого питания и т.п.

Выводы. Неутешительная динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории города Новосибирска и России в определенной степени объясняется не соблюдением личной гигиены.

М. П. Кугай, Ю. В. Пузь, О. С. Чернова
**К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ
ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ И ВАЛЬГУСНОЙ
ДЕФОРМАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Актуальность темы. Поперечное плоскостопие и, как следствие этого, hallux valgus является распространенным заболеванием.

Цель работы. На основе комплексного изучения зависимости ношения обуви на высоком каблуке и формирования поперечного плоскостопия и вальгусной деформации первого пальца стопы разработать систему рекомендаций и комплекс упражнений для предупреждения развития данной патологии.

Методы исследования.

— ретроспективный анализ анкет представительниц различных возрастных групп: школьницы 9-11 классов (20 человек), студентки I-IV курсов лечебного факультета (20 человек), женщины в возрасте 35 – 55 лет (20 человек).

— тест на выявление недостатков ношения обуви на высоких каблуках при выполнении физической нагрузки.

— определение степени плоскостопия (плантография, методика Яралова-Яраленда В. А.)

Результаты исследования. Женщины как молодого, так и зрелого возраста носят обувь на высоких каблуках, считая что это красиво и модно, но при этом признаются в том, что это не всегда удобно. Девушки начинают носить обувь на высоких каблуках в подростковом возрасте (13-15 лет), когда скелет стопы не сформирован, что ведет к развитию патологических изменений, таких как поперечное плоскостопие, вальгусная деформация I го пальца стопы. Девушки молодого возраста (1-2 группы) предпочитают носить

обувь на высоких каблуках (5-10 и более см). Женщины зрелого возраста отдадут предпочтение обуви с высотой каблука 1 -5 см.

Высокий каблук имеет определённые преимущества, но вызывает много проблем, ведущих к серьёзным заболеваниям не только ног, но и всего организма. Скорость передвижения на каблуке медленнее, чем в спортивной обуви, причем чем выше каблук, тем медленнее скорость передвижения и уже шаг. Для преодоления одинакового расстояния требуется больше времени и энергии. В обуви на высоком каблуке труднее удерживать равновесие, повышается вероятность падения, травмы. Хождение на каблуках создает дополнительные трудности при переносе тяжестей, возникают дополнительные затраты энергии, повышается нагрузка на позвоночник и стопу. Хождение на каблуках создает дополнительные неудобства при выполнении разнообразных движений. С возрастом увеличивается не только распространенность плоскостопия, но и степень его выраженности; у 15% лиц зрелого возраста регистрируется вальгусная деформация первого пальца стопы. Несмотря на достаточную осведомленность о негативных последствиях ношения обуви на каблуках, значительная часть школьников (90%) и половина студентов не используют свои знания в профилактических целях. Лишь с возрастом ситуация меняется и каждая десятая женщина предпринимает определенные усилия для снижения негативных симптомов и последствий.

Выводы. Выявленные зависимости свидетельствуют о значимости моды на «каблуки» как фактора риска развития поперечного плоскостопия и вальгусной деформации первого пальца стопы.

П.С. Кучина

БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ХВОЙНЫХ РАСТЕНИЙ

Кафедра фармакогнозии и ботаники,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.б.н., доцент К.В. Качкин

Актуальность темы. Вследствие возросшего техногенного воздействия человека на биосферу ухудшилось состояние окружающей среды. В результате урбанизации люди попали в локальные среды загрязнения. При решении обозначенной проблемы определяющая роль отводится растениям, с помощью которых возможна экологическая стабилизация и улучшение состояния окружающей среды. Работа посвящена проблеме изучения различных представителей хвойных растений, обладающих бактерицидными свойствами и произрастающих в условиях техногенного загрязнения на территории Западной Сибири.

В качестве оздоровительного ресурса в условиях современных городов и других населенных пунктов могут стать фитонциды - биологически актив-

ные вещества, выделяемые растениями в процессе жизнедеятельности, обладающие бактерицидными, фунгицидными и протистогонными свойствами. Научные исследования последних лет доказали, что хвойные деревья выделяют фитонциды в 2-2,5 раза больше, чем лиственные, к тому же хвойные деревья выделяют фитонциды круглый год.

Цель исследования: стало выявление наиболее ценных пород хвойных растений, распространенных в Западной Сибири, с точки зрения их антимикробного влияния.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили эфирные масла хвойных растений, произрастающих на территории Мошковского района Новосибирской области – сосны обыкновенной (*Pinus silvestris* L.), сосны сибирской (*Pinus sibirica* Du Tour), пихты сибирской (*Abies sibirica* Ledeb.) – полученные методом перегонки с водяным паром. В качестве тест-культуры использовались микроорганизмы: кишечная палочка (*Escherichia coli*) и золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), выращенные в лабораторных условиях на питательных средах.

Результаты исследования показали, что хвойные растения обладают различной фитонцидной активностью, поскольку различно время действия фитонцидной массы на тест-культуры. Из пород хвойных растений, произрастающих в Новосибирской области, самую высокую фитонцидную активность по отношению к *Staphylococcus aureus* проявила пихта сибирская, время воздействия эфирного масла которой составило 1 минуту 40 секунд (100 секунд). Угнетение колоний *Staphylococcus aureus* проявлялось значительно слабее у сосны сибирской и сосны обыкновенной (150 и 165 секунд соответственно). Фитонцидная активность вышеуказанных пород хвойных растений составила: 100% - у пихты сибирской, 66% - у сосны сибирской, 60% - у сосны обыкновенной. Практически полное подавление роста колоний *Escherichia coli* наблюдается у пихты сибирской за 3 минуты 50 секунд (220 секунд), у сосны сибирской – 6 минут 50 секунд (410 секунд), у сосны обыкновенной – 8 минут 30 секунд (480 секунд). Фитонцидная активность вышеуказанных пород хвойных растений составила: 45% - у пихты сибирской, 24% - у сосны сибирской, 20% - у сосны обыкновенной.

Выводы. Как видно из вышеуказанных данных, по фитонцидному действию пихта сибирская в основном превосходит сосну сибирскую и сосну обыкновенную.

С нашей точки зрения, требуется разработка рекомендаций по выращиванию насаждений различных видов хвойных растений с учетом использования их эфиромасличных (фитонцидных) свойств. Учитывая результаты проведенного исследования, целесообразно отдать предпочтение посадкам пихты сибирской, что является биологически обоснованным, технически реализуемым и экологически перспективным.

К.Л. Лапшакова
**ТЕХНОГЕННЫЕ АВАРИИ В НОВОСИБИРСКЕ И
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф. Н.Г. Никифорова*

Актуальность темы. Проблема безопасности при чрезвычайных ситуациях является одной из важных проблем человечества. На территории Новосибирской области имеется большое количество источников повышенной опасности и эксплуатируется множество потенциально опасных объектов с такими объемами запасов радиоактивных, взрывчатых и отравляющих веществ, которые в случае чрезвычайных ситуаций могут нанести невосполнимые потери окружающей среде. Это позволяет отнести Новосибирскую область к территории, для которой характерны высокие риски возникновения чрезвычайных ситуаций. За последние годы резко возросло количество аварий и катастроф техногенного характера. В связи с этим, изучение техногенных аварий и катастроф является важной и актуальной задачей.

Цель исследования: оценить динамику техногенных аварий и катастроф в Новосибирске и Новосибирской области и выявить их экологические последствия.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились базы данных Центра Управления в кризисных ситуациях Главного Управления МЧС по Новосибирской области, а также данные Интернет-ресурсов и научно-аналитической литературы.

Методом исследования явился анализ статистических данных о техногенных авариях и катастрофах г. Новосибирска и Новосибирской области.

Результаты исследования. На территории Новосибирской области объекты химической опасности в основном расположены в следующих городах: Новосибирск, Куйбышев, Бердск и Искитим. Всего на территории области 86 химически опасных объектов, из них 23 – в г. Новосибирске. Последствия техногенных аварий и катастроф приносят не только вред окружающей среде, но и являются причиной гибели людей.

Выводы.

1. Чаще всего техногенные аварии и катастрофы в Новосибирске и Новосибирской области проявляются в виде ДТП, а также пожаров в жилых зданиях и зданиях другого типа. Наименее подвержена территория города и области авариям на авиационном и водном транспорте.

2. Наибольшее количество жертв и пострадавших от техногенных аварий и катастроф в г. Новосибирске и Новосибирской области за исследуемый период с 2004 по 2013 гг. наблюдалось в 2005 году. Отмечалось сниже-

ние количества погибших с 2008 года, количество пострадавших же наоборот увеличивалось.

3. Большинство техногенных аварий и катастроф (317) пришлось на г. Новосибирск.

4. Экологическими последствиями техногенных аварий и катастроф в Новосибирской области являются выбросы химических веществ, разлив токсичных продуктов, загрязняющих воду, почву и воздух.

Д. В. Лисихина, Ю. Д. Цокурова
АРОМАТОТЕРАПИЯ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,
ст. преподаватель Н.С. Федянина*

Актуальность темы. Запахи играют не последнюю роль в нашей жизни. История ароматерапии насчитывает более 5000 лет. В настоящее время ароматерапия является одной из отраслей альтернативной медицины, наиболее быстро развивающейся в Европе и Соединенных Штатах Америки. В России к ароматерапии также появляется большой интерес, как к направлению нетрадиционной медицины.

Цель работы: Изучить влияние запахов на память, внимание, логическое мышление и состояние здоровья человека.

Материалы и методы. Изучение воздействия ароматических веществ проведено на группе учащихся МОУ СОШ № 187 с 9 – 11 классы (20 человек в возрасте 14-17 лет.). Исследуемые запахи - мята, апельсин, сложные эфиры (строительная краска).

Для оценки устойчивости внимания выбрана методика «Устойчивость концентрации внимания испытуемых» по корректурной пробе Анфимова; оценивались качественная и количественная сторона внимания за один и тот же промежуток времени.

Для измерения объема слуховой кратковременной памяти испытуемым предлагается 30 слов, которые зачитываются один раз. Затем в течение 5 минут предлагается письменно воспроизвести данные слова, показателем объема памяти служит количество слов.

Для изучения влияния запахов на логическое мышление испытуемой группе были предложены тестовые задания на логику, состоящие из 30 пунктов. Каждый пункт имеет вид условия и следствия. «Условие» - это условие задачи, некоторые обстоятельства, которые считаются ранее каким-то образом доказанными и всегда истинными. «Следствие» - это логическое следствие из условия. Из трех следствий одно

и только одно правильно. Критерии - процент правильно выполненных заданий и время выполнения теста.

Кроме того, определяли частоту сердечных сокращений и величину артериального давления.

Определение показателей проводилось дважды – до начала исследований и после вдыхания запахов. Данные подвергались статистической обработке.

Анализ историй развития детей (на основе базы данных кабинета ароматерапии

одной из поликлиник Новосибирска) для изучения эффективности использования ароматерапии в профилактических и лечебных целях.

Результаты исследования. Все исследованные растительные ароматические вещества при насыщении их летучими фракциями окружающей воздушной среды повышают умственную работоспособность человека, но в разной степени. При анализе работы кабинета ароматерапии, выявлено, что исследуемые в нашей работе ароматические масла мяты и апельсина успешно используются в практической медицине. Аромат мяты - для лечения синдрома гиперактивного поведения и дефицита внимания, хронического тонзиллита, вегето-сосудистой дистонии; аромат апельсина - при лечении вегето-сосудистой дистонии.

Выводы. Результаты наших экспериментальных исследований не противоречат, логично объясняют применение ароматов в клинической практике.

Н. Н. Лозова, М. П. Ефимова
ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,
д.м.н., проф. Г.И.Крашенинина*

Актуальность темы. Значимость степени готовности к новому этапу социализации ребенка велика – от нее зависит успешность обучения, вклад «школьных факторов» в процессы продолжающего формирования детского организма, течение адаптационного периода.

Цель работы. Изучить готовность дошкольников к началу обучения в школе.

Методы исследования:

— Для оценки коммуникативной готовности использовали изучение коммуникативных умений, изучение взаимоотношений между деть-

ми в группе детского сада, изучение критериев выбора партнера для общения, изучение взятия ребенком на себя роли, выявление коммуникативного аспекта отношений (наблюдение). эмоциональной и личностной

— Оценка личностной готовности включала изучение самооценки ребенка с применением субтеста «лесенка готовности».

— Для изучения интеллектуальной готовности, оценки памяти, внимания, восприятия, использовался ряд тестов («10 слов», «домик», «графический диктант», «разрезанные картинки».)

— Изучение условий пребывания, режима дня и организации воспитательно-образовательной деятельности.

— Анкетирование родителей

Объект исследования — воспитанники старших групп (по 20 человек, возраст 5.5-6 лет) детских садов из двух разных административных районов города.

Результаты исследования. Результаты исследований свидетельствуют о достаточно высокой степени сформированности коммуникативного, интеллектуального, личностного аспектов готовности. Сравнительный анализ выявил отсутствие значимых различий в степени готовности дошкольников изучаемых ДОО. Это обусловлено соответствием гигиеническим требованиям (СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций») основных возможных факторов, определяющих степень готовности к началу обучения в школе, а именно, условия пребывания детей в изучаемых ДОО и характеристика образовательного процесса по всем позициям. Изучение различных характеристик семей обследованных дошкольников позволило выявить значимость такого важного социального института, как семья.

Заключение. Результаты проведенных исследований легли в основу рекомендаций родителям.

О.В. Луцик
**ПОДОРОЖНИК БОЛЬШОЙ ИЗ АНТРОПОГЕННО
НАРУШЕННЫХ МЕСТООБИТАНИЙ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЕГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент К.В. Качкин*

Актуальность. В последние десятилетия интерес к использованию растительного сырья в медицине неуклонно растет. Территории, не испы-

тывающие антропогенной нагрузки, уменьшаются. Подорожник большой (*Plantago major* L.) является ценным лекарственным растением, произрастающим в преимущественно нарушенных местообитаниях.

Цель исследования: выяснение соответствия листьев подорожника большого, а также почв, являющихся субстратом для растения, показателям Государственной фармакопеи, ПДК СанПиН 2.3.2.1078-01 БАД на растительной основе (чаи), а также ПДК содержания отдельных экотоксикантов по допустимости к использованию в медицинских целях.

Материалы и методы. Объектами для исследований служили надземные части подорожника, собранные в полевой сезон 2012 на территории Новосибирска и почва с этих территорий, а также аптечное сырьё производства ЗАО Фирма «Здоровье» г. Москва Р№003120/01 и аптечное сырьё в фильтр-пакетах производства ОАО «Красногорсклексредства» Московская область, г. Красногорск.

Сырьё было собрано в июле 2012 в двух точках. I – обочина ул. Залеского у остановки Горбольница (удаление от оживлённой автотрассы около 10 м), II – обочина ул. Большевистская у карьера Борок (вблизи разрабатываемого карьера).

Определение общей зольности сырья проводилось по фармакопейной методике. Содержание полисахаридов определялось гравиметрическим методом. Для определения содержания тяжёлых металлов в растениях и почве использовался метод атомно-абсорбционный спектрометрии на приборе «Квант-5» на базе ИПА СО РАН.

Результаты исследования. По фармакопейным показателям содержание общей золы должно не превышать 20%. В исследуемых образцах показатели соответствуют требованиям, либо незначительно их превышают. Точка I – $16,7 \pm 1,5\%$, точка II – $21,6 \pm 2,1\%$, аптечное сырьё – $20,6 \pm 1,9\%$.

Показатели содержания экотоксикантов (Cu, Zn, Cd, Pb, Ni), в исследуемом сырьё а также сравнение их с показателями ПДК выявили, что содержание химических элементов в листьях находится в пределах допустимых значений (точка I – Cd $0,071 \pm 0,002$ здесь и далее показатели в мг/кг сухого сырья, ПДК 1,0; Pb $1,186 \pm 0,026$, ПДК 6,0; Cu $8,913 \pm 1,657$; Zn $35,64 \pm 7,15$; Ni $0,5 \pm 0,068$; точка II – Cd $0,042 \pm 0,009$, Pb $0,9535 \pm 0,0625$; Cu $6,679 \pm 0,757$; Zn $44,69 \pm 3,5$; Ni $0,73 \pm 0,25$; аптечное сырьё – Cd $0,037 \pm 0,003$; Pb $1,447 \pm 0,589$; Cu $5,766 \pm 0,635$; Zn $27,96 \pm 2,5$; Ni $0,64 \pm 0,19$; аптечное сырьё в фильтр-пакетах – Cd $0,086 \pm 0,004$; Pb $1,281 \pm 0,338$; Cu $6,114 \pm 0,579$; Zn $24,89 \pm 3,7$; Ni $0,69 \pm 0,14$). Содержание элементов токсикантов в почве точка I – Cd $0,082 \pm 0,0005$; Pb $2,132 \pm 0,48$; Cu $0,417 \pm 0,21$, ПДК 3,0; Zn $16,75 \pm 3,45$, ПДК 23,0; точка II – Cd $0,028 \pm 0,001$; Pb $1,681 \pm 0,062$; Cu $0,334 \pm 0,031$; Zn $1,88 \pm 0,001$.

Результаты исследования показали, что содержание полисахаридов в сырьё у всех образцов соответствуют требованиям государственной фармакопеи, то есть составляют не менее 12% (точка I – $14,73 \pm 2,5\%$, точка II –

17,54±2,9%, аптечное сырьё – 14,52±3,1%). В точке II показатель содержания полисахаридов оказался выше.

Выводы. Показатели общей золы, суммы полисахаридов, а также содержания элементов-токсикантов в исследуемом сырьё, соответствуют существующим стандартам. Имеющиеся стандарты не отражают действительные виды загрязнений и требуют внесения в нормативные документы изменений, включающих более точные и современные показатели качества лекарственного растительного сырья.

Д.Е. Максимов, М.Е. Овчинников
**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ УПОТРЕБЛЕНИЯ
НАСВАЯ**

*Кафедра гигиены и экологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. доцент В.Н. Семенова*

Актуальность. Данная тема является актуальной по нескольким причинам: Многочисленные обращения в Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков родителей, педагогов, администрации школ с просьбой принять меры, направленные на запрещение использования некурительного табачного изделия «насвай»; свободная продажа на рынках Новосибирска (иногда даже в качестве средства, избавляющего от никотиновой зависимости); возраст потребителей (подростки 14-18 лет); недостаточный контроль за производством, сбытом и употреблением насвая.

Цель: Изучение влияние насвая на организм.

Материал - насвай (это вид некурительного табачного изделия; смесь из табака, гашеной извести, золы растений, масла, помёта животных и других «экзотических» компонентов).

Методы:

— социологический — анкетирование 15 человек, употребляющих насвай. (Все члены опытной группы подписали письменные соглашения на проведение обследования.)

— наблюдение — анализ поведения испытуемого

— биохимические, клинические исследования

— тест-опросник на внимательность.

Оценка показателей проводилась путем сравнения с фоновыми значениями и нормативными величинами для данной возрастно-половой группы.

Результаты: Обобщенная характеристика группы: Возраст – 19-24, количество приемов в день – от 2 до 15, срок употребления, лет – от 2 до 7, ощущения при приеме – чувство эйфории, головокружения, слабость, гиперсаливация; жалобы – изжога, тошнота, рвота, жжение, запах изо рта, зависимость, тахикардия, диарея, позывы к дефекации, отслоение эпидермиса; желание бросить – 100%; источник влияния – друзья, знакомые (круг общения), школа, клуб. Результаты осмотра слизистой полости рта: местное раздражение и гиперемия слизистой полости рта, отслойка эпидермиса под губой, образование язв в полости рта, кариес, плохой запах изо рта, истончение эмали зубов. В клинических и психофизиологических исследованиях зарегистрировано увеличение (у 93.3%) времени выполнения теста на внимательность и показателей функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧДВ, АД). У всех обследуемых наблюдается гиперхолестеринемия - эспресс-методом измерения уровня холестерина в капиллярной крови с помощью анализатора крови Easy Touch получены следующие результаты (ммоль/л): минимальное значение - 5.9; максимальное значение - 7.1; среднее значение - 6.6; при норме 3-5 ммоль/л. Выявлена прямая зависимость от продолжительности, кратности и количества употребления.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о вредном влиянии насвая на организм, изменении деятельности изучаемых систем, что чревато развитием атеросклероза, ИБС, дыхательной недостаточности; замедлением мыслительных процессов. Неблагоприятен прогноз - возможны нарушение детородной функции, рак органов полости рта, поражения печени и почек.

П.О. Маложон, В.А. Колеров, А.Н. Лоран
**АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ НА
ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

В настоящее время спортивное питание (высокобелковые продукты, донаторы оксида азота, жиросжигатели, препараты, повышающие уровень тестостерона, витамины и витаминно-минеральные комплексы) широко применяется спортсменами и студентами. В связи с этим их влияние на здоровье человека может, как способствовать нарушению функций различных систем организма, так и повышать физическую активность.

Цель. Исследовать изменения в состоянии здоровья и физической активности после применения спортивного питания (креатин моногидрат) у студентов.

Материалы и методы исследования: исследованы студенты в количестве 100 (100%) человек, в возрасте от 16 лет до 30 лет, мужского пола. Использовались методы: 1. социологический (анкетирование); 2. статистический («средняя арифметическая», обработка материала с помощью программы Microsoft Office Excel 2007).

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено: I. При анкетировании ответили на вопрос: 1) «имеются ли изменения стула?» да – 29 (29%) человек, нет – 71 (71%) человек; 2) «имеются ли изменения запаха мочи?» да – 19 (19%) человек, нет – 81 (81%) человек; 3) «появились ли у вас следующие жалобы?»: - «учащение сердцебиения» - 34 (34%) человека; - «одышка» – 24 (24%) человек; - «изжога» – 36 (36%) человек; - «боли в области суставов» – 39 (39%) человек; - «учащение случаев потоотделения» – 19 (19%) человек; - «появление расстройств сна» – 36 (36%) человек; - «беспричинное снижение настроения» – 22 (22%) человек. II. Характеристики силовых показателей (вес штанги): 1) приседания со штангой: - возрос: – у 6 (6%) человек на 15 кг; - у 32 (32%) на 10 кг; - у 43 (43%) на 5 кг; - не изменился: - у 19 (19%) человек; 2) жим штанги лежа: - возрос: - у 9 (9%) человек на 10 кг; - у 42 (42%) на 5 кг; - у 29 (29%) на 2,5 кг; - не изменился: - у 20 (20%) человек; 3) становая тяга: - возрос: - у 7 (7%) человек на 15 кг; - у 33 (33%) на 10 кг; - у 42 (42%) на 5 кг; - не изменился: - у 18 (18%) человек. III. Изменения антропометрических показателей (объем): 1) бедро: - увеличился: - у 6 (6%) человек на 4 см; - у 7 (7%) человек на 3 см; - у 24 (24%) человек на 2 см; - у 50 (50%) человек на 1 см; - не изменился у 13 (13%) человек; 2) грудная клетка: - увеличился: - у 9 (9%) человек на 4 см; - у 15 (15%) человек на 3 см; - у 17 (17%) человек на 2 см; - у 43 (43%) человек на 1 см; - не изменился: - у 10 (10%) человек; - уменьшился: - у 6 (6%) человек на 1 см; 3) талия: - увеличился: - у 4 (4%) человек на 3 см; - у 5 (5%) человек на 2 см; - у 7 (7%) человек на 1 см; не изменился: - у 49 (49%) человек; - уменьшился: - у 20 (20%) человек на 1 см; - у 16 (16%) человек на 2 см.

Выводы:

1. У большинства (39%) студентов после приема креатина моногидрата преобладает нарушение функции опорно-двигательного аппарата, а у меньшего количества (24%) отмечается изменение деятельности дыхательной системы.

2. После приема креатина моногидрата у 80-82% респондентов повысились силовые показатели в разной степени, что свидетельствует о его положительном эффекте на физическую активность.

3. Прием креатина моногидрата в сочетании с физическими нагрузками вызывает изменение антропометрических показателей в сторону преобладания мышечной массы над жировой тканью, что доказывает его анаболический эффект.

А. В. Моргунова, М. Ю. Шантаза
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В
ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Крашенинина Г.И*

Актуальность. Как известно, человек примерно на четверть состоит из воды. Поэтому качество употребляемой им воды имеет жизненно-важное значение. На Земле сегодня в части обеспечения населения чистой питьевой водой сложилась трагическая ситуация — более половины людей в мире потребляют непригодную для этих целей воду. По данным ООН ежегодно около 25 миллионов человек во всём мире умирает от болезней, связанных с потреблением загрязнённой воды. К сожалению, подобные исследования не проводились в России. Но учитывая уровень смертности, заболеваемости (в том числе детской), инвалидности в нашей стране закрывать глаза на имеющиеся экологические проблемы больше нельзя.

Цель. Определить какая именно вода является качественной, полезной и пригодной для употребления.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследований по проверке качества воды в не лабораторных условиях, были использованы три образцы воды взятые из под крана в: г. Новосибирск; г. Томск; г. Тарко-Сале. Для исследования качества питьевой воды мы определили доступные способы проверки воды в домашних условиях: 1. Внешний вид (прозрачность, отсутствие осадка, хлопьев, характерный цвет для воды, отсутствие рыжевато – зеленоватого оттенка); 2. Запах (хлорки, сероводорода или других химических веществ); 3. Вкус (солоновата или же горчит); 4. Отстаивание воды (налить воду в ёмкость и дать постоять 3 – 5 дней); 5. Кислотно – щелочной баланс воды (определить можно с помощью лакмусовых бумажек); 6. Жёсткость. Жёсткость воды покажет наличие извести и солей. Определить жёсткость воды можно с помощью специально приготовленного мыльного раствора. Так же изучались данные центральных химико-бактериологических лабораторий водопроводов исследуемых городов по качеству питьевой воды.

Результаты. Для проведения исследований по проверке качества воды в не лабораторных условиях, мы использовали разные образцы воды: 1. Образец №1-г. Новосибирск; 2. Образец №2-г. Томск; 3. Образец № 3 г. Тарко-Сале. В каждом опыте мы ставил образцам воды оценки по пятибалльной системе и записывал их в таблицу. В ходе проведения исследований все образцы воды осмотрел на внешний вид. Образец под номером №1-был прозрачным, №2-имел мутный-белый оттенок, а образец №3 имел оттенок ржавого металла. При исследовании воды на запах в №2-чувствовался запах хло-

ра. Пробуя все образцы воды на вкус, привкус хлора имел №2 образец, а в №3-чувствовался привкус железа, образец под №1 был безвкусным. Рассматривая внимательно воду, которая отстоялась четыре дня, заметили белый осадок в №2 и желтый осадок в образце №3.Проверяя кислотно–щелочной баланс воды установили, что все образцы имеют нормальную среду. Исследование на жесткость показало, что во всех образцах вода – мягкая.

Заключение. Изучив данные по исследованию качества питьевой воды в домашних условия по внешнему виду, запаху, вкусу, отстаиванию и по показаниям рН, а также изучив данные горводоканала каждого из городов, где были взяты образцы, следует сделать вывод, что наиболее полезной и пригодной для употребления является образец под номером №1.

Е.Б. Никитина
**ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ВОДЫ
РЕК НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент Е.К. Емельянова*

Актуальность темы. Загрязнение речных вод - одна из главных проблем современности, требующая пересмотра представлений человека к окружающей природной среде. Возрастает интерес к проблеме, так называемых “малых рек”. На малых реках последствия загрязнений видны раньше и резче, чем на средних и крупных реках. К их числу относится и Новосибирск, с его малыми реками Ельцовкой, Каменкой, Тулой.

Цель исследования: Мониторинг биохимического загрязнения малых рек Новосибирска Ельцовки 1 и 2, Каменки и Тулы. Определить основные загрязнители и оценить текущее состояние малых рек.

Материалы и методы. Все исследования в данной работе производились в соответствии с действующими государственными стандартами методов контроля качества, начиная от сбора и обработки проб, до проведения соответствующих анализов. Проверка воды производилась на базе лабораторий поверхностных вод центра гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области.

Пробы отбирались в период открытой воды, октябрь 2013 года.

1 проба – Ельцовка вторая (в районе улицы Сухарная), 2 проба – Каменка (в районе улицы Волочаевская), 3 проба – Ельцовка первая (в районе улицы Владимировская), 4 проба – Тула (в районе улицы Ватутина). Все отобранные пробы были исследованы по шести показателям: содержание нитритов, нитратов, железа, марганца, нефтепродуктов, а также на окисляемость.

Результаты исследования. По результатам исследований можно сказать, что в реках Ельцовка-1 и Тула ПДК железа не превышена, чего нельзя сказать о реках Ельцовка-2 и Каменка. В водах реки Ельцовка-2 содержание железа на 73% выше нормы, а в реке Каменка на 36%. Наибольшее содержание нитритов наблюдается в водах реки Тула, а наименьшее в реке Каменка. По наличию, количеству и соотношению в воде азотсодержащих соединений можно судить о степени и давности заражения воды продуктами жизнедеятельности человека. Во всех исследуемых реках содержание марганца превышает предельно допустимые концентрации. В реке Ельцовка-2 содержание марганца больше нормы в 6 раз, в реке Каменка в 2 раза, в реке Ельцовка-1 содержание выше в 11 раз, и реке Тула в 9 раз. Река Ельцовка-1 наиболее загрязненная по содержанию марганца, наименее загрязненная марганцем - река Каменка. Содержание нитратов реке Ельцовке-1 превышает норматив на 4%. В остальных реках содержание нитратов не превышает предельно допустимые концентрации. По результатам исследований на реках Ельцовка-1 и Тула окисляемость ниже нормы. В реках Ельцовка-2 и Каменка окисляемость в пределах предельно допустимых концентраций. Содержание нефтепродуктов не превышает предельно допустимые концентрации, но в реке Тула их содержание все же выше чем в остальных, в реке Каменка, напротив, наименьшее содержание нефтепродуктов.

Выводы. Главным загрязнителем малых рек Новосибирска является марганец, его содержание превышает предельно допустимые концентрации во всех исследованных пробах. Наиболее загрязненной рекой из исследованных оказалась река Ельцовка-1, за ней по загрязненности идет река Ельцовка-2. Наименее подвержена загрязнению река Тула, но и про нее нельзя сказать, что загрязнителей в ней нет. Из шести показателей исследованных в воде этой реки, только содержание марганца превышало предельно допустимые концентрации.

**Е.В. Полежаева М.А. Черепанова, А.А. Размерица
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ
СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Крашенинина Г.И.*

Актуальность темы. Обучение в университете – важная часть жизни каждого человека, ведь выбор профессии в 80% определяет дальнейшую жизнь человека. Поэтому необходимо максимально серьезно подходить к решению данного вопроса, делая акцент не только на свой приоритет в вы-

боре университета, но и на гигиеническом состоянии последнего, чтобы годы, проведенные в alma mater, не навредили здоровью. Как известно, не во всех образовательных учреждениях соблюдаются гигиенические нормы, что в итоге отражается на обучающихся там индивидах.

Цель работы. Сравнительная гигиеническая оценка условий обучения студентов пяти крупнейших ВУЗов г. Новосибирска.

Задачи:

1. Изучить параметры микроклимата.
2. Изучить уровни освещенности в учебных аудиториях.
3. Изучить бактериальную обсемененность воздушной среды в учебных аудиториях и на поверхностях учебных столов.
4. Предложить пути улучшения гигиенической обстановки университетов.

Методы и материалы.

Измерение освещенности с помощью люксметра.

Измерение температуры воздуха с помощью термометра.

Бактериологический анализ воздуха учебных помещений и парт студентов с помощью посева мазка на питательный агар.

Результаты. По данным результатов микроскопирования посевов воздуха, самыми загрязненными стали университеты: СибАГС, НГМУ, СГУПС.

По результатам люксметрии и термометрии, условия во всех университетах соответствуют норме.

Выводы. Для уменьшения степени загрязненности нашего университета нами были выделены некоторые пути решения данной проблемы, а именно:

1. Увеличение количества столовых/буфетов, с целью уменьшения количества человек на единицу площади помещения столовой (для сравнения: в НГУ и НГТУ на каждом этаже в среднем по 2 общепита)
2. Необходимость постройки дополнительного корпуса с целью разгрузки коридоров и лекционных залов.

М.Г. Полянина

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ Г. НОВОСИБИРСКА ПО ЖАЛОБАМ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., доцент Турбинский В.В.

Актуальность темы. Одной из причин неудовлетворительного качества питьевой воды является массивное загрязнение поверхностных водое-

мов. Результаты мониторинга качества поверхностных вод в местах водозаборов питьевых водопроводов г. Новосибирска свидетельствует о том, что в настоящее время концентрации приоритетных вредных химических веществ уже приближается к предельно-допустимым, а в некоторых случаях даже превышают их. При таком положении резко усложняется возможность получения качественной питьевой воды, так как существующие водопроводные очистные сооружения практически не обеспечивают барьерную функцию по отношению к техногенным химическим веществам, они транзитом поступают в питьевую воду. Благоприятные органолептические свойства питьевой воды являются важным критерием и безопасности для здоровья человека, так как обусловлены присутствием техногенных химических загрязнений.

Цель работы. Оценка качества питьевой воды г.Новосибирска.

Задачи:

1. Дать характеристику качества питьевой воды централизованной системы хозяйственно-питьевого водоснабжения населения в г.Новосибирске по данным обращений в управление Роспотребнадзора по Новосибирской области.

2. Определить наиболее часто встречаемые показатели нарушения качества питьевой воды.

3. Дать оценку условий питьевого водоснабжения в различных районах г. Новосибирска.

Материалы и методы исследования. Анализ и обобщение данных жалоб населения по качеству питьевой воды за 2011-2013гг службы Роспотребнадзора.

Результаты исследования. По данным службы Роспотребнадзора в г. Новосибирске за 2011-2013 гг. было подано около 300 жалоб по несоответствию качества питьевой воды. Рассмотрев их, мы выделили несколько показателей, такие как запах плесени, запах мазута, мутность, ржавый цвет, низкая температура горячей воды, неспецифический вкус и другие мелкие примеси, по которым чаще всего жаловались граждане. Сопоставив на карте количество жалоб и объединив их в районы, получаем следующие данные:

Запах плесени: Ленинский – 5, Заельцовский – 3, Железнодорожный – 4, Центральный – 4, Кировский – 7;

Запах мазута: Калининский - 7, Советский – 2, Ленинский – 1;

Мутность: Калининский - 1, Железнодорожный – 3, Советский – 2;

Ржавый цвет: Кировский – 1, Ленинский – 4, Калининский – 2, Железнодорожный – 2;

Низкая температура горячей воды: Заельцовский – 27, Железнодорожный – 3, Дзержинский – 18, Октябрьский – 45, Калининский – 17, Центральный - 6, Ленинский – 37, Кировский – 11, Первомайский – 7, Советский – 44;

Другие примеси: Заельцовский – 4.

Таким образом наиболее частой причиной жалоб населения на качество питьевой воды в системе централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения города Новосибирска являются: несоответствие температуры нормативным требованиям – 80,5%, запах плесени – 8,6%, запах мазута – 3,7%, повышенная мутность – 2,2%, ржавый цвет – 3,3%. Наибольшее число жалоб на качество питьевой воды приходится на Советский район – 48 (абс, что составляет 17,9% от общего числа), далее – Ленинский район (абс, 17,6%) и на третьем месте - Октябрьский (абс, 16,8%).

Выводы. Результаты исследования позволили выделить районы города с наиболее частыми проблемами с качеством водоснабжения - а именно низкой температурой горячей воды, что в основном расценивается как сигнал о наличии воздушных мешков или застоев ржавчины в трубопроводах, т.е. несоблюдении технических требований к обслуживанию водопроводных сетей.

С.А. Попова, Р.А. Юрлов, А.В. Молчанова
**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ
ТРУДА МОРЯКОВ ДАЛЬНЕГО ПЛАВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ
САХАЛИНСКОГО МОРСКОГО ПАРОХОДСТВА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова, ст.
преподаватель Н.С. Федянина*

Актуальность. Россия занимает ведущее место в мире в морском грузообороте и промышленном освоении Мирового океана. Этот показатель является важным в функционировании экономики и развития государства. Главное условие труда высокий уровень трудоспособности и здоровья моряков. Ежегодно уровень развития морского транспорта повышается в 1.6 раз, что ведет за собой учащение трудовой травматизации а так же повышенные частоты встречаемости профессиональных заболеваний среди различных каст морских профессий.

Цель. Изучение частоты и специфики встречаемости различных групп заболеваний среди экипажа транспортных и рыболовецких судов, а так же изучение ведущих неблагоприятных производственных факторов во время рейса судов в открытом океане.

Материалы и методы исследования. Социологическое исследование (опрос опытных мореплавателей ОАО “Холмское морское пароходство” (200 человек) и санитарно-гигиеническое обследование (изучение условий труда).

Результаты. Более половины (69%) опрошиваемых считают условия труда в современной инфраструктуре неудовлетворительными, из них 41% отмечают воздействие шумовых и холодовых явлений, 16% - замкнутость коллектива, психологический дискомфорт и треть (39%) - тяжелый физический труд и возможность травматизма.

Результаты проведенного исследования выявили как в каютах моряков, так и в моторном отделении соответствие уровней шума гигиеническим нормативам. Что касается вибрации, то ее уровень в моторном отделении несколько превышает гигиенические регламенты.

Установлено, что частота встречаемости хронических патологий органов и систем составила 71%; частота встречаемости производственных травм – 24 %. Выявлено, что чаще всего поражаются сердечно-сосудистая система (27%), система опорно-двигательного аппарата (22%), органы зрения и слуха (20%). Отчетливо прослеживается зависимость частоты встречаемости хронических патологий от трудового стажа, и возраста сотрудников. Так, например, частота встречаемости патологии возрастает с 18 % среди сотрудников младше 30 лет до 37% среди лиц старше 45 лет.

Заключение. Проведенные исследования доказывают необходимость четкого мониторинга, своевременной диагностики здоровья моряков и соблюдения гигиенических требований.

А.С. Сокол, Ю.Д. Сухорукова
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ ФТОРА
НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

Как часто вы задумывались над тем, какие вещества находятся в зубной пасте используемой ежедневно? Мы всегда следуем совету «Ассоциации стоматологов», утверждающей, что зубные пасты содержащие фтор укрепляют и защищают зубы от кариеса и являются абсолютно безвредными для здоровья. Но действительно ли это так?

Цель. Изучить влияние содержания фтора в зубной пасте на состояние здоровья студентов I – IV курса лечебного факультета.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали студенты Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ) лечебного факультета I-IV курсов в количестве 100 человек (100,0%). Использовались методы: социологический (анкетирование), статистический (среднее арифметическое, линейная корреляция), обработка

материала осуществлялась программой Microsoft Office Exel 2010.

Результаты. Были выявлены следующие данные: I. На вопрос: 1) «Какой лечебно-профилактической пастой вы пользуетесь?» ответили: - 7 (5,9%) человек – Пародонтол (фторсодержащая); - 51 (43,6%) человек – Colgate (фторсодержащая); - 20 (17,1%) человек – Blend-a-med (фторсодержащая); - 5 (4,3%) человек – R.O.C.S. (фторсодержащая); - 5 (4,3%) человек – Aquafresh (фторсодержащая); - 18 (15,4%) человек – SPLAT (фторсодержащая); - 11 (9,4%) человек – другие (нефторсодержащие); 2) «Как долго вы пользуетесь зубной пастой этой марки?» ответили: - 11 (11,0%) человек - 2-3 недели; - 15 (15,0%) человек - 2-3- месяца; - 17 (17,0%) человек – полгода; - 57 (57,0%) человек - больше 1 года; 3) «Входит ли в ваши критерии выбора зубной пасты наличие фтора?» ответили: - 37 (37,0%) человек – да; - 53 (53,0%) человека - нет; 4) «Содержала ли зубная паста (другой торговой марки), которой вы пользовались ранее, фтор?» ответили: - 70 (70,0%) человек – да; - 30 (30,0%) человек - нет; 5) «Меняете ли вы фторосодержащие и нефторосодержащие зубные пасты?» ответили: - 66 (66,0%) человек – нет; - 34 (34,0%) человека - да; 6) «Знаете ли вы о вредном влиянии повышенного содержания фтора на здоровье человека?» ответили: - 55 (55,0%) человек – да; - 45 (45,0%) человек - нет; 7) «Имеются ли у вас жалобы?» (по системам и классам МКБ-10): - 32 (13,73%) человека - сердечно-сосудистая система (класс IX); - 80 (34,33%) человек- эндокринная система (класс IV); - 12 (5,1%) человек – система кроветворения (класс III); - 68 (29,18%) человек - центральная нервная система (класс VI); - 13 (5,57%) человек - опорно-двигательная система (класс VIII); - 28 (12,01%) человек - пищеварительная система (класс XI). II. Определяется корреляционная взаимосвязь: 1) прямая положительная сильная между жалобами (с учётом по системам МКБ-10): - применением фторсодержащих паст (0,846154); - временем использования пасты больше 1 года (0,85134); - критерием выбора фторосодержащей зубной пасты (0,78121); - содержанием фтора в пасте другой торговой марки, которую покупал потребитель ранее (0,895124); - заменой фторосодержащих и нефторосодержащих зубных паст в течение одного года или при её отсутствии (0,78195); 2) косвенная отрицательная между проявлением жалоб (с учётом по системам МКБ-10) и применением нефторсодержащих паст менее 1 года (-0,76142) и паст другой торговой марки (-0,235655).

Выводы. 1. Большее количество (90,06 %) респондентов предпочитает пользоваться фторосодержащими пастами длительное время. 2. Установлена прямая взаимосвязь между использованием фторсодержащей зубной пасты и возникновением жалоб. 3. Было выявлено, что у наибольшего количества (34,33 %) студентов преимущественно поражается эндокринная система.

А.В. Титенко, А.В. Беспалов, Ю.А. Диреева
**ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ РАЗЛИЧНЫХ
ОРГАНОВ ВИДОВ РОДА ИВА В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ
НИЗКИХ ДОЗ СЕРНИСТОГО ГАЗА. КУМУЛЯЦИЯ SO₂
РАСТЕНИЯМИ В ГОРОДСКИХ УСЛОВИЯХ**

Управление ОАО «РЖД», отдел охраны природы, г. Новосибирск
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н О.С. Титенко

Актуальность. В связи с высоким уровнем загазованности атмосферы г. Новосибирска наиболее перспективными для оптимизации промышленно-городской среды и биологической очистки воздуха от аэротехногенных загрязнений будут растения, характеризующиеся наряду с высокой декоративностью ярко выраженной газоустойчивостью и фильтрационной способностью. Опыт ботанических садов показывает, что для озеленения городов и промышленных предприятий можно использовать большое количество аборигенных и интродуцированных деревьев и кустарников, в том числе виды рода ива. Наибольшее внимание следует уделить рассмотрению механизмов устойчивости в условиях влияния низких концентраций.

Цель работы. Изучить влияние низких доз SO₂ на показатели внутренней среды клеток и зольность различных органов видов рода ива.

Материалы и методы. В эксперименте с помощью фумигационной камеры моделировали действие на растения сернистого газа концентрацией 0,5 и 1 ПДК. Объекты исследования: *Salix viminalis* и интродуцированный в условия Новосибирской области вид *Salix gracilistyla*. Определение зольности - весовым методом, определение pH водной вытяжки листьев с помощью электронного pH-метра, Общую щелочность золы определяли стандартным титриметрическим методом.

Результаты. Потеря тургора листьев у исследованных видов превышает 40 % вне зависимости от дозы действующего сернистого газа. У вида и. прутьевидная наблюдается уменьшение зольности листьев на 20%, увеличение зольности стеблей на 30%, pH водной вытяжки не изменяется, щелочность золы стебля в условиях 0,5 ПДК SO₂ уменьшается на 50 %, 1 ПДК SO₂ – увеличивается на 20 %. Зольность тканей листьев и. тонкостолбиковая при 0,5 ПДК SO₂ увеличивается в 4 раза; 1,0 ПДК SO₂ – уменьшается в 5 раз, зольность тканей не изменяется. Величина pH водной вытяжки тканей листьев при 1,0 ПДК SO₂ – уменьшается на 0,16, при 0,5 ПДК SO₂ – возрастает на 0,21. Щелочность стебля при 0,5 ПДК SO₂ не изменяется, 1 ПДК SO₂ – увеличивается на 20 %. Корреляция между зольностью и величиной pH водной вытяжки тканей листьев и. прутьевидная -0,94, тонкостолбиковая -0,98..

Выводы.

1. Исследуемые виды рода ива характеризуются химической устойчивостью к действию низких доз SO_2 , заключающейся в изменении обменных процессов на фоне высокой газопоглолительной способности
2. Основную защитную функцию в условиях действия низких доз SO_2 у аборигенного вида и. прутовидная выполняет стебель, а у интродуцированного вида и. тонкостолбиковая – лист
3. Исследуемые виды можно рекомендовать к использованию для озеленения территорий со схожим характером загрязнения атмосферы, так как они обладают высокой газопоглолительной способностью и устойчивостью к действию SO_2 , сохраняя при этом свою декоративность, что подтверждается данными об отсутствии хлорозов и некрозов листьев.

Д.А. Углова, Е.В. Макеева, М.В.Петрова

ДИССОМНИЯ

Кафедра гигиены и экологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: В.Н. Семенова

Актуальность. В настоящее время выделяют более 70 синдромов диссомний. Считается, что 30 - 40% трудоспособного населения страдают от различных расстройств сна. Показано, что у людей с нарушениями сна ниже производительность труда, в 2-3 раза больше вероятность попадания в дорожно-транспортные происшествия, чаще развиваются психосоматические заболевания, более высокие показатели смертности. Сон обеспечивает не только потребности самого человека, но и является общественно значимым явлением, в частности для работы лиц профессий, сопряженных с повышенной ответственностью и уровнем внимания.

Цели исследования. 1. Выявить способы улучшения качества сна и преодоления диссомнических расстройств. 2. Изучить характер изменения основных констант гомеостаза для наиболее распространенных диссомний. 3. Научно-просветительская работа в анализируемой группе по улучшению качества сна.

Задачи исследования. 1. Изучить методы диагностики расстройств сна и мониторинга изменений жизненно важных функций в процессе сна. 2. Выявить структуру расстройств сна и их распространенность среди сотрудников ГКБ №1, БСМП №2, студентов НГМУ. 3. Выявить роль поддержания гигиены сна.

Материалы и методы. Полисомнографические исследования проводились на базе НИИ Физиологии СО РАМН. Также нами использованы дан-

ные полисомнографических исследований лаборатории сна Клинического санатория «Барвиха». Проведен письменный опрос среди сотрудников ГКБ №1, БСМП №2, студентов НГМУ об имеющихся и случавшихся ранее нарушениях сна, об индивидуальных особенностях цикла «сон–бодрствование». Он включал анкету балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортскую шкалу дневной сонливости (Epworth Sleepiness Scale) и анкету скрининга синдрома апноэ во сне (САС). Анализируемая выборка составила 200 случаев.

Результаты. По данным соцопроса наиболее широко встречаются: нарколепсия – 40%, бессонница – 33%, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – 27%. 67% опрошенных не соблюдают режим сна, 56% увеличивают продолжительность сна в выходные (9-12ч – 48%), 32% - испытывают дневную вялость и сонливость. Полисомнографические исследования отражают симультантные изменения уровня сатурации кислорода в крови и пульса, давления, как проявления стрессовой реакции организма на гипоксию. Кроме того, показана корреляция между наличием соматических заболеваний и выраженностью СОАС.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев имеют место нарушения основных правил гигиены сна, что влечет за собой сдвиг биоритмов и, как следствие, расстройства сна. Показано, что для лиц молодого возраста, относящихся к группе относительно здоровых, характерны явления бессонницы и гиперсомнии. В то время как лица, имеющие соматические заболевания, метаболические расстройства, более склонны страдать от синдрома обструктивного апноэ сна.

А. С. Усачева, С.А. Ледовских
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НОРМЫ УХОДА ЗА МЯГКИМИ
КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность темы. Мягкие контактные линзы (МКЛ) всё прочнее закрепляются в жизни современного человека, что объясняется, в первую очередь, удобством их ношения, по сравнению с очками. Актуальна эта тема и для медицинских работников, которые весь день носят очки, и тем более для тех из них, кому нужно пользоваться еще и защитными очками при работе с биологическим материалом.

В связи с этим, **целью работы** является: выяснить, насколько общество осведомлено в вопросах по ношению и уходу за МКЛ.

Материалы и методы исследования:

1. Анкетирование покупателей салонов оптики «Актуаль» (100 человек), которые ежедневно и в течение длительного времени (более 1 года) носят МКЛ.

2. Анализ полученных анкетированием данных. Выявление взаимосвязи между несоблюдением гигиены пользования МКЛ и появлением осложнений.

Результаты исследования. Основными пусковыми механизмами в развитии осложнений служат несоблюдение пациентами правил хранения и обработки линз, нарушение режимов ношения, повреждение линз.

С помощью анкетирования выявлено, что значительная часть людей испытывает долю осложнений при ношении МКЛ: 57 % опрошенных испытывали сухость глаз, 47% - покраснение, 38% - ощущение инородного тела в глазах, 61% - дискомфорт.

Пути разрешения легких осложнений: Замена линз на новые; Смена на линзы «дышащего» типа; Переход на альтернативные средства ухода; Применение увлажняющих капель; Прервать ношение линз до исчезновения симптомов; По возможности сократить время ношения в сутки; При несоблюдении гигиенических норм ношения и хранения МКЛ возможно появление осложнений, при которых необходимо обратиться к врачу и временно прекратить пользоваться МКЛ. К таким осложнениям относят: Инфекционные поражения; Гипоксические реакции; Механические повреждение роговицы; Токсико-аллергические реакции.

У 42% опрошенных возникали такие осложнения, из-за которых они отказывались носить МКЛ. Из них только 51% обращались по этому поводу к офтальмологу. При несвоевременном обращении к врачу возможно появление серьезных осложнений, требующих полного прекращения пользования МКЛ и хирургического вмешательства (кераторефрактерные операции - пересадка роговицы)

Выявлено, что только: 62 % ознакомлены с правилами пользования МКЛ у врача; 43 % меняют линзы согласно их сроку ношения; 35% промывают контейнер только раствором; 85 % промывают его ежедневно; 61 % моют руки перед тем как одеть и снять линзы, из них 63% пользуются при этом мылом; 52 % промывают линзы после снятия и перед надеванием; 62% сочетают с ношением очков; Лишь 11 % посещают офтальмолога 1 раз в 3 месяца.

Вывод. Основная причина, по которой люди не соблюдают гигиенические нормы пользования, хранения и обработки МКЛ, это недостаточная ознакомленность с существующими гигиеническими рекомендациями и с возможными осложнениями, возникающими при их несоблюдении.

А. А. Черданцева, А. Ю. Протопопова
**К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ
СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. БЕЛОКУРИХИ
И Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент. В. Г. Рябухин*

Актуальность. В современном мире вопрос о влиянии окружающей среды на здоровье населения очень актуален из-за массовой урбанизации и развития промышленной сферы, а также развития автомобильной индустрии. Эти факторы оказывают непосредственное влияние на состояние окружающей среды, загрязняя её и, соответственно, негативно влияя на здоровье населения, особенно населения крупных городов.

Цель. Изучение и выделение особенностей влияния таких факторов окружающей среды как атмосферный воздух и питьевая вода на здоровье населения города Новосибирска, как представителя урбанистического типа населённого пункта с развитой промышленной сферой, и города Белокурихи, как представителя города-курорта, являющегося оздоровительным центром, с отсутствием промышленной сферы.

Материалы и методы исследования. Основные материалы: Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Новосибирской области за 2011 год», Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Алтайского края за 2011 год», Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Новосибирской области в 2012 году», Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Алтайского края в 2012 году», анализ химического состава питьевой воды г. Белокурихи за 2012 год, анализ химического состава питьевой воды г. Новосибирска за 2012 год. Методы: сравнительный анализ данных о химическом составе питьевой воды г. Новосибирска и г. Белокурихи, сравнительный анализ первичной заболеваемости населения г. Новосибирска и г. Белокурихи, изучение вопроса о развитии онкологических заболеваний на данных территориях.

Результаты. В ходе исследований была выявлена закономерность между рассмотренными факторами окружающей среды и заболеваемостью населения г. Новосибирска и г. Белокурихи. В г. Белокурихе была выявлена повышенная жесткость питьевой воды в сравнении с питьевой водой г. Новосибирска. В связи с этим у населения г. Белокурихи отмечается более высокий уровень заболеваний мочеполовой системы (в частности заболеваемость мочекаменной болезнью) – 12,4% против 7,2% г. Новосибирска. Атмосферный воздух г. Новосибирска более загрязнен, чем атмосферный воз-

дух г. Белокурихи, в связи с чем процент заболеваний дыхательной системы (27%) выше, чем в г. Белокурихе (19,2%). Частота злокачественных новообразований дыхательной системы в г. Новосибирске - 11,2%, а в г. Белокурихе - 8,2%, это также связано с загрязнением атмосферного воздуха.

Заключение. Достоверно говорить о том, что исследуемые нами факторы окружающей среды влияют на структуру заболеваемости населения и вызывают определённые заболевания нельзя, но можно говорить о том, что эти факторы отличаются по уровню загрязнения в г. Новосибирске и в г. Белокурихе и в сторону пагубного, и в сторону оздоровительного влияния на организм. В то же время можно смело говорить о том, что эти два фактора определяют заболеваемость такими болезнями как мочекаменная болезнь, рак лёгких и рак шейки матки.

Е. В. Янчук

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ВОДЫ ПОДЗЕМНЫХ ИСТОЧНИКОВ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Г. И. Крашенинина

Актуальность темы. В Новосибирской области 76,6% населения обеспечены питьевой водой, полностью соответствующей гигиеническим нормативам. Удельный вес городского населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой составляет 87,7%, жителей сельских поселений – лишь 45,6%

Цель работы: Изучить особенности минер состава воды из подземных источников

Задачи исследования:

1. По ретроспективным данным службы Роспотребнадзора провести гигиенический анализ и систематизацию данных исследования химического состава воды из подземных источников питьевого назначения.
2. Выделить территории риска для состояния здоровья населения по показателям минерального состава воды.

Материалы и методы исследования: анализ и обобщение данных отчетов за 2008-2012гг службы Роспотребнадзора и научной литературы, методы районирования территорий и картографирования.

Результаты исследования. По данным службы Роспотребнадзора в Новосибирской области 76,6% населения обеспечены питьевой водой, полностью соответствующей гигиеническим нормативам. При этом, удельный вес городского населения, обеспеченного доброкачественной питьевой во-

дой составляет 87,7%, а жителей сельских поселений – лишь 45,6%. Источниками хозяйственно-питьевого водоснабжения в Новосибирской области являются подземные водозаборные скважины и поверхностные водные объекты: Новосибирское водохранилище, реки: Обь, Бердь, Иня, Омь, озеро Яркуль. Число водозаборов из поверхностных источников водоснабжения составляет 11, при этом 60% населения области получают воду из данной категории водных объектов, а число подземных водозаборов – 2403 обслуживают 40% населения области.

Источники нецентрализованного водоснабжения в отдельных районах Новосибирской области также имеют достаточно широкое распространение. Из 226 децентрализованных источников, 45 расположено в Северном районе (19,9%), 51 – в Кыштовском районе (25,6%), 44 – в Усть-Таркском (19,5%). Количество источников децентрализованного водоснабжения в 2013 г. увеличилось по сравнению с 2012 г. на 107 объектов, что обусловлено проведенной ревизией объектов водоснабжения.

Ранжирование районов области проведенное службой Роспотребнадзора по качеству подаваемой населению питьевой воды позволило выделить районы по санитарно-химическим показателям, превышающими среднеобластные значения: Колыванский – 100%, Северный – 100%, Чистоозерный – 96,8%, Краснозерский – 87,5%, Куйбышевский – 81,5%, Венгеровский – 73,5%, Татарский – 67%, Черепановский – 64%, Здвинский – 61,4%, Чулымский – 54,9%, Убинский – 54,5%, Сузунский – 51,9%, Чановский – 50,3%, Купинский – 41,5%, Кочковский – 36,4%, Усть-Таркский – 33,3%, Кыштовский – 26,8%, Новосибирский – 26,3%. В результате проведенного гигиенического анализа и метода районирования и картографирования выделены территории с повышенным содержанием в питьевой воде сухого остатка, жесткости, бора, железа, марганца, аммиака

Выводы. Результаты исследования позволили выделить территории риска для здоровья, на которых население использует питьевую воду с повышенной минерализацией, жесткостью, содержанием железа, марганца, бора и аммиака.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

В.Д. Анисимова, А.Н. Потапова, Н.В. Смирнова

СКРЫТЫЙ СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Б. Немчанинова

Актуальность. Сифилис относится к одной из самых значимых медико-социальных проблем и занимает одно из первых мест среди предрасполагающих факторов возникновения осложнений беременности, перинатальной заболеваемости и смертности. В последние годы наблюдается увеличение частоты скрытых и серорезистентных форм сифилиса среди беременных, при которых серологическая диагностика сифилиса не всегда достоверна.

Цель исследования. Определить особенности диагностики скрытого сифилиса у беременных женщин.

Материалы и методы исследования. Анализ 61 истории болезни беременных женщин с диагнозом «скрытый сифилис неуточненный как ранний или поздний», получавших лечение в стационарном отделении ГБУЗ НСО НОКВД в 2013 году.

Результаты исследования. В исследуемую группу вошли беременные женщины в возрасте от 17 до 40 лет, при этом наибольшую долю составила возрастная группа 26-35 лет (55,7%), а 4,9% пациенток были моложе 18 лет. Социальный статус исследуемых не имел достоверных различий ни по месту жительства, ни по семейному положению. Только 10 женщин на лечение поступили в I триместре беременности, а во II-ом и в III-ем – 29 и 22 соответственно. Каждая вторая женщина имела осложненный акушерско-гинекологический анамнез, из них выкидыши были у 6,6%: при сроке беременности до 14 недель у 4,9%; после 26 недель – у 1,6% пациенток. Начало половой жизни до 18 лет отметили 59,2% беременных, в 18-23 лет – 40,8%. Половина пациенток (49,2%) имели 2-3 половых партнера; 19,7% женщин

– одного; 16,4% – четырех; 13,1% – более пяти, а 1,6% – более 10. Сифилитическая инфекция у 3,3% женщин была диагностирована при поступлении в стационар с угрожающим выкидышем, остальные 96,7% были выявлены гинекологом в женской консультации. Все женщины планировали сохранить беременность и получить полный объем необходимого лечения. Сопутствующие ИППП имели место у 49,2% пациенток: уrogenитальный кандидоз – у 39,3%, уrogenитальный трихомониаз – у 4,9%, бактериальный вагиноз – у 6,6%, ВИЧ – у 1,6%, гепатит С и В – по 3,3%. В единичных случаях регистрировались гонорея, уrogenитальный уреapлазмоз, микоплазмоз. По результатам серологической диагностики: IgM отрицательные в 96,7% случаев, положительные с титром 1:10 у 3,3% женщин, что свидетельствует о давности заболевания более 2-3 месяцев. IgG были положительны в 100%, при этом с низкими титрами (до 1:80) в 4,5 раза чаще, чем с высокими (выше 1:640). Результаты ИФА (САТ) положительны в 88,5% случаев. Оценка РИФ-200 и РИФ абс была проведена у 30 из 61 пациента, при этом РИФ-200 у 10 человек (33,4%) была отрицательной, в 43,3% случаев – малоинформативной («+» или «2+») и лишь у 7 пациенток (23,3%) положительной с титрами «3+» и «4+». Результаты РИФ абс отрицательные только у 3,3% женщин, а положительные с титрами «3+» и «4+» – у 66,7%. У 41 беременной была оценена РПГА, которая оказалась отрицательной только у 1 женщины, положительные результаты в низких титрах имели место лишь у 15%, в остальных случаях результаты имели высокую диагностическую ценность.

Выводы. Скрытые формы сифилиса у беременных чаще выявляются при обследовании в женской консультации. Сложность диагностики этой формы сифилиса обусловлена, в первую очередь, отсутствием в анамнезе указаний на наличие в какой-либо период времени высыпаний, сходных с сифилитическими. Затруднительным в большинстве случаев является и сбор полового анамнеза. У большинства пациенток при лабораторных исследованиях отмечается низкий титр Ig G. Таким образом, основными диагностическими тестами у беременных являются ИФА и РИФ.

О.Г. Артамонова*, Е.И. Ерзина*
**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ У ДЕТЕЙ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова*

Актуальность. Онихомикоз является наиболее распространенным заболеванием ногтей. Эпидемиологические исследования, проведенные в Рос-

246

сии и зарубежных странах, выявили высокую заболеваемость онихомикозом, которая составила в общей популяции населения от 2 до 13 %. Микозы кистей и стоп, онихомикозы, встречаются также у детей в том числе младшего возраста. Частота регистрации заболевания варьирует от 0,18 до 4%.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 330 амбулаторных карт пациентов от 0 до 18 лет за период с 2008 по 2012гг. Диагноз в каждом случае был верифицирован после детального клинического, микроскопического, а в некоторых случаях и культурального обследований.

Результаты исследования. Наиболее часто микозы кистей и стоп, онихомикозы регистрировались у детей в возрастной группе от 9 до 12 лет - 148 (44,8%), на втором месте – от 5 до 8 лет – 87 (26,4%), на третьем – от 13 до 18 лет – 76 (23%). В большинстве случаев возбудителем заболевания являлся *Tr. rubrum* 254 (77%), реже *Tr. interdigitale* 29 (9%), *Candida albicans* 26 (7,8%), *Candida krusei* 18 (5,4%), *Ep. floccosum* 3 (0,8%). Онихомикозы были диагностированы у 149 (45%) детей, из них поражение ногтевых пластин кистей у 59 (40%), стоп у 75 (50,5 %), одновременное поражение на стопах и кистях наблюдалось у 15 (9,5%). При рубромикозе у большинства пациентов преобладал нормотрофический тип поражения ногтевой пластинки, атрофический и гипертрофический практически не встречались. Чаще поражались I, III, V ногтевые пластины кистей и/или стоп. При выявлении *Tr. interdigitale* и *Ep. floccosum* отмечалось поражение I и V ногтевых пластин. Изменение ногтевых пластин, вызванные грибами рода *Candida*, часто сочеталось с кандидозной паронихией, когда околоногтевой валик отекал, становился гиперемизованным. Грибковые поражения кожи были зарегистрированы у 147 (44,5%) детей: микозы кистей у 75 (23 %), микозы стоп у 68 (21%), одновременное поражение кистей и стоп у 4 (1%). Сочетано с онихомикозом процесс на кистях протекал у 21 (6%), на стопах у 13 (4%) пациентов. Самой частой клинической формой у детей была дисгидротическая 68 (46,3%): поражение кистей 27 (39,7%), поражение стоп 38 (55,9%), стоп и кистей 3 (4,4%) случаев. На втором месте сквамозная форма - 49 пациентов (33%): у 27 (55%) наблюдалось поражение кистей, у 21 (42,8%) стоп, у 1 (2,2%) стоп и кистей одновременно. На третьем месте интертригинозная форма - 30 случаев (20,7%): у 20 (67%) детей эрозии локализовались в межпальцевых складках кистей, у 10 (33%) – на стопах. Гиперкератотическая форма не встречалась. При сочетанном поражении кожи и ногтевых пластин у 34 10(%) больных наблюдалась дисгидротическая форма. В 25% случаев, протекающих с вовлечением в патологический процесс кистей и стоп, дети жалоб не предъявляли.

Выводы. Среди всех клинических форм микозов в Новосибирской области преобладали онихомикозы, протекающие по нормотрофическому типу. В большинстве случаев изменялись I, III, V ногтевые пластины. Наиболее распространенная форма микозов кистей и стоп в детском возрасте - дисгидротическая. За период с 2008 по 2012гг. выросло количество случаев онихомикозов, вызванных дрожжевыми грибами *Candida krusei*.

Д.А.Белова.
ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Лыкова С.Г.*

Актуальность исследования. Онихомикозы в структуре дерматологической патологии составляют 24%, другие микозы – 7%. Распространенность онихомикоза в возрастной группе старше 70 лет составляет около 50% и увеличивается с возрастом. Онихомикоз снижает качество жизни и социальную адаптацию больного и представляет длительно существующий очаг грибковой инфекции, являясь источником ее распространения.

Цель исследования. Провести обзор современной литературы по особенностям течения, диагностики, лечения онихомикозов.

Материалы и методы. Были проанализированы статьи из журналов, монографии, авторефераты за последние 15 лет. Исследовали следующие параметры: этиологическую структуру возбудителей, особенности современного течения онихомикозов, известность и необходимость новых высокотехнологичных методов диагностики заболеваний ногтей, подходы к топической терапии онихомикозов.

Результаты исследования.

Главными возбудителями онихомикоза считаются дерматофиты. Среди них на первом месте находятся *Trichophyton rubrum* и *T. Interdigitale*. Онихомикоз также, может быть обусловлен *Epidermophyton floccosum*, *Candida albicans*, *C.parapsilosos*, *Scopulariopsis brevicaulis*.

Поражение ногтевой пластинки при грибковом заболевании характеризуется тремя основными клиническими признаками: изменение цвета, утолщение (грибковый подногтевой гиперкератоз), крошение или разрушение.

Для подтверждения диагноза онихомикоза наиболее часто используют метод микроскопического исследования (КОН – тест), ПЦР на главные возбудители грибковых заболеваний человека.

В современной клинической практике терапия онихомикозов может проводиться в виде: Монотерапии или комбинированной терапии.

Выводы:

1. Необходимо считать нелеченого или неизлеченного больного, избегающего визита к врачу, основным фактором роста заболеваемости онихомикозом.

2. Основными возбудителями онихомикоза считаются дерматофиты: *Trichophyton rubrum* и *Tr. Interdigitale*, вызывающие поражение ногтей на пальцах стоп и кистей.

3. Онихомикоз в 97% случаев поражает ногтевые пластины на пальцах стоп, сопровождающиеся изменением ногтей по гипертрофическому типу (74,1%) и подногтевым гиперкератозом (91,3%).

4. В клинической картине доминирует (65,8%) дистальный (дистально-латеральный) тип поражения.

5. Для диагностики возбудителя ониомикоза используют метод микроскопического исследования, а также ПЦР на главные возбудители грибковых заболеваний.

6. Отмечена высокая эффективность в лечении ониомикозов, при местном использовании раствора «Экзодерила», который хорошо переносится больными и не дает никаких осложнений.

А.А. Бугримова*

ПОЗДНЯЯ КОЖНАЯ ПОРФИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.Б. Немчинова*

Актуальность исследования. Поздняя кожная порфирия (ПКП) – одна из наиболее распространенных форм порфирий, обусловленная нарушением синтеза гемов печени и сопровождающаяся повышенным образованием и выделением уропорфирина и копропорфирина мочой и задержкой их в коже. Популяционная частота заболевания колеблется от 1:10 000 до 1:70 000 населения. Преимущественно болеют мужчины среднего и пожилого возраста. ПКП – гетерогенная группа печеночной порфирии, включающая приобретенную (спорадическую) форму и наследственную форму. К провоцирующим факторам приобретенной формы ПКП относят: длительное воздействие УФО, алкоголь, соли тяжелых металлов, некоторые лекарственные препараты. В литературе описана связь ПКП с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С.

Цель исследования. Оценка клинического течения поздней кожной порфирии у пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С и эффективности терапии.

Материалы и методы исследования. Анализ клинических проявлений поздней кожной порфирии у пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С до и после лечения.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 4 человека с диагнозом ПКП (3 мужчин, 1 женщина), возраст пациентов составил от 23 до 46 лет (средний возраст – 33 года). Длительность заболевания у 3 пациентов составила от 1 до 3 месяцев, у одного пациента – 2 года. При обследовании у женщины выявлены антитела к вирусу иммунодефицита человека. У всех пациентов-мужчин выявлены антитела к вирусу гепатита С,

причем у двоих из них отмечалось сочетание ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С. Все больные сообщили о злоупотреблении алкоголем, длительном воздействии УФО в течение последнего месяца, а 3 пациента – о внутривенном употреблении наркотиков. Диагноз ПКП 3 пациентам выставлен впервые, 1 мужчине диагноз был выставлен 2 года назад.

У всех пациентов имелись классические проявления заболевания: пузырьные элементы с серозным и серозно-геморрагическим содержимым, поверхностные эрозии с серозными и геморрагическими корочками, атрофические рубчики. Высыпания локализовались на открытых участках (лицо, шея, тыльная поверхность кистей). При исследовании мочи в лучах лампы Вуда определялась оранжево-красная флюоресценция. В биохимическом исследовании крови у 3 пациентов с вирусным гепатитом С – значительное повышение уровня печеночных трансфераз.

Всем больным было назначено лечение: гидроксихлорохин 125мг 2 раза в неделю, гепатопротекторы, витаминотерапия, местная обработка растворами антисептиков. Через 2 недели после начала терапии у 3 пациентов отмечался регресс высыпаний, у 1 пациента с хроническим вирусным гепатитом С сохранялись единичные везикулы на тыле кистей. Также у всех пациентов с вирусным гепатитом С отмечалось снижение уровня печеночных трансфераз, у 2 пациентов отсутствовало специфическое свечение мочи в лучах лампы Вуда.

Выводы. Отмечается положительная динамика течения заболевания на фоне терапии у 75% пациентов. ПКП у пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С имеет дебютирует в молодом возрасте, что может служить поводом для исследования таких пациентов на наличие антител к ВИЧ и вирусному гепатиту С.

В. А. Винокурова, В. И. Куликова, К. И. Поляков
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ
БОЛЕЗНЯМИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ У ЖИТЕЛЕЙ
Г. НОВОСИБИРСКА В 2011 - 2013 ГГ.

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.Н. Позднякова*

Актуальность. Согласно официальной форме отчетности №089/у-кв, обязательной регистрации после диагностирования и подтверждения положительными лабораторными данными в любом лечебно - профилактическом учреждении, подлежат микозы и чесотка. Эти заболевания являются контагиозными. Их распространенность среди популяции зависит от очень

многих факторов, в том числе от успешной профилактической работы медико - санитарных служб среди населения.

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую ситуацию по чесотке (код МКБ В 86) и трихомикозам (код МКБ В 35) в г. Новосибирске за 2011- 2013 года.

Материалы и методы. Статистические отчетные формы о заболеваемости чесоткой, микроспорией и трихофитией за три последних года.

Результаты исследования. Заболеваемость чесоткой составила в 2011 году 1126 (79,9 на 100 т. населения), в 2012 году 813 (54,2 на 100 т. населения), в 2013 году 505 (33, 1 на 100 т. населения) случаев. Таким образом, распространенность этой антропофильной патологии среди жителей города Новосибирска уменьшилась более чем в 2 раза. Наибольшее количество больных - 208, 183 и 144, по анализируемым годам соответственно, было выявлено в Калининском, а наименьшее - 28, 6 и 9 в - Первомайском районах.

Микроспория - может быть как антропофильной, так и зоофильной. В настоящее время по всем территориям РФ основным источником заражения заболеванием являются кошки, а дерматомицетом, вызывающим патологию - *Microsporum canis*. В Новосибирске в 2011 году было выявлено 393 (27,9 на 100 т. населения), в 2012 - 301 (20,1 на 100 т. населения), в 2013 году - 470 (30,8 на 100 т. населения) пациентов с микроспорией. Таким образом, заболеваемость в 2013 году увеличилась на 169 случаев (в 15,6 раза) по сравнению с 2012 годом. Клинические проявления антропофильной и зоофильной микроспории достоверно не позволяют дифференцировать одну от другой, поэтому для определения возбудителя целесообразно проводить обязательное бактериологическое исследование.

В течении последних десятилетий среди заразных кожных болезней регистрируется низкая заболеваемость трихофитией. В 2011 году зафиксировано 20 (1, 4 на 100 т. населения), в 2012 году - 25 (1,7 на 100 т. населения), в 2013 году - 35 (2,3 на 100 т. населения) случаев. Таким образом, в последние три года определяется четкая тенденция к росту заболеваемости (в 1, 75 раза), несмотря на не высокие абсолютные показатели. Трихофития поверхностная вызывается двумя антропофильными грибами, поражающими волос изнутри; инфильтративно - нагноительная также двумя, но зоофильными, поражающими волос снаружи. Поэтому, хотя клиническая картина этих дерматофитий имеет существенные различия, необходимо подтверждать диагноз не только микроскопическим, но и микологическим исследованием.

Выводы. В целом в г. Новосибирске наблюдается благополучная эпидемиологическая ситуация с достаточно низкими показателями заболеваемости чесоткой и трихомикозами. Однако, если количество заболевших чесоткой ежегодно снижается, то количество больных микроспорией и трихофитией, хотя их значительно меньше, возрастает. С учетом данной тенден-

ции, целесообразно усиление санитарно - просветительной и профилактической работы по грибковым заболеваниям среди населения.

М. Ю. Долгих*

МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д. м. н., проф. О.Б. Немчанинова

Актуальность исследования. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – острое, нередко рецидивирующее заболевание кожи и слизистых. Клиническая картина заболевания представлена папулами, которые быстро увеличиваются в размерах от 2-3 мм до 1-3 см и приобретают вид «мишеней» или «двухцветных пятен». Название «многоформная» связано с тем, что у пациентов в том или ином количестве могут присутствовать пятна, пустулы, пузыри. Это часто приводит к затруднениям при постановке диагноза.

В основе патогенеза МЭЭ лежат иммунные реакции гиперчувствительности. Они запускаются либо аллергенами медикаментозной, пищевой природы, вызывающими токсико-аллергическую разновидность дерматоза, либо инфекционными агентами (вирусами, бактериями, простейшими), которые становятся причиной инфекционно-аллергической формы МЭЭ. При этом до 80% МЭЭ ассоциируется с вирусом простого герпеса (ВПГ).

Цель исследования. Дифференциальная диагностика МЭЭ, анализ клинических случаев.

Результаты исследования. Пациентка Е., 22 года, направлена в стационар с диагнозом «МЭЭ». В 2010 г. после очередного рецидива простого герпеса появились высыпания на коже груди, применялся раствор фукоцидина, элементы регрессировали. В дальнейшем незначительные аналогичные высыпания появлялись 2 раза в год и совпадали с рецидивами герпеса. За последний год рецидивы участились до 5 раз в год. Status specialis: зудящие высыпания на коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностях, представленные множественными отечными пятнами, уплощенными папулами розового цвета, округлой формы с четкими границами, диаметром от 0,5 до 1,0 см. В центральной части – пузыри, эрозии, корки по типу симптома «мишени». Слизистая полости рта эрозирована, язык густо обложен белым налетом, на красной кайме губ болезненные эрозии, трещины, серозно-геморрагические корки. При лабораторном обследовании: лейкоцитоз, резкое увеличение СРБ. Методом ИФА выявлены IgG к ВПГ. В содержимом пузырей эозинофилы до 2 в п/зр, акантолитические, герпетические клетки не

обнаружены. Клинический диагноз: герпес-ассоциированная МЭЭ

Больная А., 52-х лет, направлена с диагнозом «Пузырчатка. Пиодермия». В феврале 2013 г. на коже левой голени появились высыпания, по поводу чего самостоятельно использовала противогрибковые мази, элементы регрессировали. В июле 2013 года был рецидив, применяла те же мази, но без улучшения. На коже голени и бедер появились пузыри, присоединилась вторичная инфекция. Амбулаторно получала антибиотики, антигистаминные препараты, дексаметазон, местно анилиновые красители. Status specialis: На коже в/ч головы, лба, туловища и конечностей имеются зудящие высыпания, представленные отечными пятнами и уплотненными папулами ярко-красного цвета, округлой формы, с четкими границами. В их центральной части – эрозии и геморрагические корки по типу симптома «мишени». Есть единичные пузыри диаметром до 1 см, с прозрачным содержимым и плотной покрывкой. Симптом Никольского отрицательный. При лабораторном обследовании: лейкоцитоз, 3-х кратное увеличение СРБ, в сыворотке крови методом ПЦР ДНК вирус герпеса 1,2,6,8, типов не обнаружен. В содержимом пузырей акантолитических и герпетических клеток нет, эозинофилы до 6 в п/зр. Биопсия: морфологические изменения более всего соответствуют герпетическому дерматиту. Клинический диагноз: герпетический дерматит Дюринга. **Выводы.** Несмотря на схожие клинические проявления, у описанных пациенток были дерматозы с разным этиопатогенезом и, следовательно, требующие разной терапии. Это позволяет отнести МЭЭ к болезням кожи, трудным для дифференциальной диагностики.

П.Н. Дорохова

ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Г. Лыкова

Актуальность исследования. В России в 2000г. было зарегистрировано более 2.07 млн. больных сахарным диабетом, а к 2025 году ожидается 4.51 млн. больных. А ведь риск развития онихомикоза у больных сахарным диабетом в 2,8, а у больных метаболическим синдромом в 2,5 раза выше, чем в основной популяции. Одна треть из числа больных СД страдает онихомикозом стоп, который может способствовать возникновению серьезных осложнений и приводить к развитию диабетической стопы.

Цель исследования. Провести обзор современной литературы по особенностям течения онихомикозов у больных с метаболическим синдромом, сахарным диабетом.

Материалы и методы. Были проанализированы статьи из журналов, монографии, авторефераты за последние 10 лет. Исследованы следующие параметры: этиологический спектр возбудителей, факторы, способствующие развитию ониомикозов, особенности клиники ониомикозов у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом, алгоритмы диагностики и лечения.

Результаты исследования. На фоне метаболического синдрома процесс начинается с краевого поражения сразу нескольких ногтевых пластин, в последующем распространяясь на все остальные. При коррекции дислипидемии значительно ускоряется рост ногтевых пластин. В этиологическом плане преобладает сочетание возбудителей грибковой инфекции. Выявлена прямая корреляция между уровнем глюкозы и сроками антифунгальной терапии.

У пациентов страдающих сахарным диабетом преобладает влияние дерматомицетов, среди которых на первом месте *T.gubrum*. Ни одного случая изолированного поражения ногтевых пластинок плесневыми грибами установлено не было. Нейротрофические и микроциркуляторные поражения различной степени выраженности наблюдаются у более половины больных сахарным диабетом. При этом на фоне этих поражений отмечается медленный рост ногтевых пластинок. При приеме тербинафина и противодиабетических средств не отмечено случаев гипогликемии и других нежелательных явлений.

Выводы. У больных ониомикозом с метаболическим синдромом преобладают проксимальная и тотальная формы поражения ногтевых пластин. В этиологическом спектре возбудителей ониомикоза у 38,75% больных с метаболическим синдромом преобладает сочетание возбудителей *T.gubrum*, *T.mentagrophytes* и *Candida spp.* Ведущим фактором развития ониомикозов кистей/стоп у пациентов с метаболическим синдромом является гипергликемия. Факторами, определяющими сроки антифунгальной терапии, являются повышение уровня липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и холестерина крови.

У больных сахарным диабетом основными возбудителями ониомикозов стоп/кистей являются дерматомицеты. Сочетание нейротрофических и микроциркуляторных нарушений способствует медленному отрастанию ногтевых пластинок, что является причиной медленной регрессии клинических проявлений ониомикозов. Тербинафин является высокоэффективным, безопасным и хорошо переносимым антифунгальным препаратом.

Е.С. Ерашкова, М.В. Корниенко, И. Ю. Мусаев
**ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
СРЕДИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Хрянин*

Актуальность. В настоящее время проблема ВИЧ-инфекции является не только медицинской проблемой, но и проблемой социокультурной, а также социально-экономической. В мире насчитывается более 36 млн ВИЧ-инфицированных больных (по данным ЮНЭЙДС). Ни одна страна не избежала страшных последствий этой поистине глобальной эпидемии. Потребители инъекционных наркотиков относятся к группе населения, которые сильнее всего затронуты ВИЧ – инфекцией. Практически во всех странах предоставивших данные в 2012 году (ЮНЭЙДС), показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков выше среди населения в целом.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию ВИЧ-инфекции среди населения Новосибирской области и вопросы профилактики среди наркозависимых лиц.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные официальной статистики и результаты анкетного опроса больных с ВИЧ-инфекцией (ГБУЗ НСО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»).

Результаты исследования. Данные официальной статистики свидетельствуют о том, что эпидемиологическая ситуация в Новосибирской области по ВИЧ – инфекции характеризуется выраженной тенденцией к росту. В 2013 году в Новосибирской области зарегистрировано 3190 случаев ВИЧ-инфекции, что на 139 человек превышает заболеваемость 2012 года. На 01.12.13 г. выявлено больных в стадии ВИЧ – 20 505 человек, в стадии СПИД – 781 человек. Детей со СПИДом в Новосибирской области выявлено 19 человек, из 46 человек по СФО (на 01.12.13 г.). При сравнительном анализе количества выявленных больных с ВИЧ–инфекцией (на 100 тыс. населения), с ИППП и больных наркоманией, отмечается их зависимость за период 2010-2012 гг. В исследовании приняло участие 717 человек, из них мужчин 515 человек, женщин 202 человек. Структура наркопотребления: героин – 87,6%, САР – 15,9%, метадон – 17,2%. Применение рискованных инъекционных практик в 77,4%. Рискованное употребление алкоголя – 64,6%. Наличие коммерческих партнеров – 8,0%. Незащищенный секс среди постоянных половых партнеров был зарегистрирован в максимальном значении 84,7%, среди случайных половых партнеров – 61,1% и среди коммерческих половых партнеров – 26,7%. Насилие среди половых партнеров было зарегистрировано в 30,4%.

Выводы. Показатели официальной статистики в Новосибирске свидетельствуют о напряженной эпидемиологической ситуации, характеризующейся выраженной тенденцией к росту. Новосибирская область занимает третье место в СФО по кумулятивному числу выявленных в стадии ВИЧ. Кроме того, Новосибирская область занимает первое место в СФО среди выявленных детей в стадии СПИД. Эпидемия социально значимых инфекций ассоциирована с эпидемией наркомании. Показатель числа внутривенных потребителей наркотиков, от общего количества инфицированных составляет 80,3%, среди них в основном молодые люди от 14-29 лет.

Т.А. Еремина*

ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА АНТИТЕЛА К ГЛИАДИНУ

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова*

Актуальность. Значительная распространенность хронических дерматозов среди населения, их нередко тяжелое, часто рецидивирующее течение, не полная решённость вопросов этиологии и патогенеза, заставляют отнести данные заболевания к одной из важных медицинских проблем современного здравоохранения. Известно, что желудочно – кишечный тракт и кожа играют важную роль в поддержании постоянства внутренней среды организма. Врачи дерматологи, наблюдая клинически необычно протекающие дерматозы, торпидные к общепринятой терапии, зачастую не подозревают, что эти изменения либо вызваны хроническими заболеваниями желудочно – кишечного тракта, либо являются внешним (кожным) его отражением.

Количество заболеваний, при которых признаки поражения кожи могут быть более яркими, чем их клинические симптомы, весьма велико, однако наиболее актуальной, из - за возрастающей частоты регистрации среди населения, является глютеновая энтеропатия. Нередко правильная интерпретация изменения кожи у пациентов с хроническими дерматозами приводит к последующей верификации данного диагноза при комплексном обследовании, назначенным дерматологом. До настоящего времени отсутствует единая концепция особенностей течения кожных заболеваний, развивающихся или изменивших свое клиническое течение на фоне поражения желудочно - кишечного тракта, следовательно, нет фактически определенной лечебно – диагностической тактики для выявления и эффективной коррекции подобной сочетанной патологии.

Цель исследования. Определить наиболее часто регистрируемые дерматозы с хроническим рецидивирующим или персистирующим течением у больных с синдромом мальабсорбции.

Материалы и методы исследования. Изучаемая клиническая группа в настоящем исследовании представлена 229 пациентами (112 женщин и 117 мужчин от 18 до 80 лет) с кожными болезнями и положительными иммунологическими реакциями на антитела при целиакии.

Результаты исследования. Аллергические дерматозы были диагностированы у 89 (38,9 %), эритемо - сквамозные - 71 (31, %), болезни волос и сальных желез - 42 (18,3%), коллагенозы - 16 (7%), герпетиформный дерматит Дюринга 11 (4,8%) пациентов. Наиболее часто встречающиеся положительные антитела к глиадину (АГА IgA, IgG) и тканевой трансглутаминазе (tTG Ig A, Ig G) в цельной крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) наблюдались при аллергическом дерматите у 27 (30, 3 %), при псориазе у 47 (66, 2 %), при акне у 14 (33,3%), при склеродермии у 9 (56,3 %) больных. Анализ амбулаторных карт показал, что жалобы на вздутие и урчание живота, тошноту, жидкий стул со зловонным запахом наблюдались у 105 (45,9 %) из них, однако они не связывали эти изменения с кожным процессом.

Выводы. Таким образом, врачу дерматовенерологу следует помнить, что при стертом или латентном течение целиакии единственным клиническими проявлениями её могут быть поражения кожных покровов, имеющие хроническое, часто рецидивирующее или персистирующее течение. В диагностическую программу этих больных целесообразно включать скрининговые серологические методы обследования на целиакию.

Я.Д. Желтикова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

Кафедра дерматовенерологии,

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Научный руководитель: д.м.н., доцент, заведующая кафедрой

Ю.С. Кондратьева

Актуальность темы. Уретрит — воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Несмотря на то, что к возникновению уретрита могут приводить разные как инфекционные, так и неинфекционные причины, термин уретрит обычно используют при воспалениях уретры, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем. Между тем, очень часто типичные уретральные жалобы (боль, жжение в уретре, учащенные позывы

на мочеиспускание, слизистые или гнойные выделения из уретры) интерпретируются, как проявление хронического простатита или, в лучшем случае, уретропростатита. Проблема хронического уретрита не потеряла своего значения в немалой степени вследствие торпидности этого заболевания, склонности к непрерывно рецидивирующему течению, большой частоте развития резидуальных уретритов и высокой контагиозности. В настоящее время общепризнано, что больным с хронически протекающими урогенитальными инфекциями должны назначаться комплексные методы терапии.

Целью исследования стало изучение эффективности применения пелоидотерапии в комплексном лечении пациентов с НГУ.

Материалы и методы. В течение 2013 года обследовано 55 мужчин с НГУ. Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет, длительностью заболевания от 6-ти месяцев до 2-х лет. Все пациенты проходили лабораторно-инструментальное обследование, включавшее осмотр, сбор анамнеза, диагностику урогенитальных и вирусных инфекций методом ПЦР. После обследования пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу ($n = 36$) составили мужчины с НГУ, получавшие стандартную антибактериальную терапию согласно рекомендациям по лечению ИППП (джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней), а вторую группу ($n = 19$) пациенты с НГУ, которым консервативная терапия была дополнена курсом пелоидотерапии. Группу контроля составили 11 здоровых мужчин репродуктивного возраста. Всем пациентам для изучения микроциркуляции уретры был применен метод лазерной доплеровской флоуметрии. Для проведения пелоидотерапии использовалась лечебная иловая сульфидная грязь озера Малое Яровое Алтайского края.

Результаты. При оценке состояния микроциркуляции уретры методом ЛДФ у всех пациентов с НГУ регистрировались изменения показателей базального кровотока. Это проявлялось главным образом за счет снижения показателей тканевой перфузии, показателей миогенного ($0,94 \pm 0,03$ отн.ед) и нейрогенного ($0,69 \pm 0,01$ отн.ед) тонуса, модуляций кровотока и коэффициента вариации ($10,51 \pm 0,51\%$). При проведении контрольных исследований ЛДФ после лечения в обеих группах были получены следующие результаты: у пациентов 2-й группы произошло улучшение показателей микроциркуляции, которые по своим параметрам приближались к параметрам группы контроля. Это произошло главным образом за счет увеличения параметров миогенного ($0,95 \pm 0,07$ отн.ед.) и нейрогенного ($0,74 \pm 0,03$ отн.ед.) тонуса, коэффициента вариации ($12,4 \pm 0,87\%$), которые свидетельствуют о том, что на фоне применения пелоидотерапии происходит более быстрая нормализация показателей микроциркуляции в уретре.

Выводы. Использование пелоидотерапии в комплексной терапии у пациентов с НГУ приводит к улучшению артериального кровотока, увеличению перфузии крови и объема кровотока в артериолах, увеличению притока крови в систему микроциркуляции, уменьшению гипоксии и ишемизации тканей.

Е.Е. Мальченко
**ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА
ПОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Б. Немчанинова*

В настоящее время концепция роли генетических факторов в развитии псориаза является наиболее обоснованной. Предполагают аутосомно-доминантное наследование с неполной пенетрантностью генов, не исключен мультифакториальный тип наследования, предусматривающий аддитивное взаимодействие нескольких генов и факторов внешней среды. Более 200 лет назад R. Willan описал семейные случаи псориаза. Концентрация больных в семьях весьма вариабельна - от 8 до 30% и более. По данным В. Н. Мордовцева, распространенность псориаза среди родственников пробанда I степени родства составляет 5,63%, II степени - 3,1%, III степени - 1,35%, в контрольной группе - 0,75%.

В литературе описано более 1000 маркеров, позволяющих подтвердить генетическую предрасположенность к заболеванию. Среди них следует отметить наиболее достоверные и многократно подтвержденные ассоциации псориаза с антигенами сублокусов HLA, что, по мнению авторов, предрасполагает к развитию заболевания. Были выделены два типа псориаза, отличающихся частотой ассоциации с антигенами HLA: I тип с положительной корреляционной связью с антигенами B13, B57 и Cw6: у 75% больных заболевание возникало в молодом возрасте (в среднем до 25 лет); II тип - связь с указанными антигенами HLA отсутствовала, а первые манифестации псориаза появлялись у лиц старше 40 лет; в анамнезе у 25% больных этого типа указаний на случаи семейного заболевания не было.

В последнее десятилетие получены новые данные о локализации так называемых псориазных генов: 6p21.3 (PSOR-1), 17q (PSOR-2), 4q (PSOR-3), 1c-q21 (PSOR-4), 3q21 (PSOR-5), а также 16q, 19p, 20p. Особое значение придается позитивным ассоциациям локуса гена на хромосоме 6p21.3 (PSOR-1), располагающегося в области генов главного комплекса гистосовместимости. Основным генетическим детерминантом, предопределяющим предрасположенность человека к псориазу, является PSOR-1, который ответственен за 35-50% всего наследственного компонента в развитии псориаза. Этот локус содержит гены, управляющие работой иммунной системы или кодирующие белки, в повышенных количествах обнаруживаемые в коже больных псориазом. Три гена в локусе PSOR-1 имеют особенно сильную ассоциацию с развитием псориаза: ген HLA-C, аллельный вариант HLA-Cw6, кодирующий молекулу белка МНС класса I, ген CCHCR1, аллельный вариант WWC, который кодирует оболочечный белок, в повышен-

ных количествах обнаруживаемый в эпидермисе больных псориазом и ген CDSN, который кодирует белок корнеодесмосин, экспрессируемый в гранулярном и поверхностном слое эпидермиса, экспрессия которого также повышена при псориазе. Следовательно, псориаз относится к группе высокоассоциированных HLA-зависимых болезней человека.

Основные гены, интенсивно изучаемые в связи с псориазом, - это ген IL12B на коротком плече хромосомы 5q, кодирующий IL-12 β , и ген IL23R на длинном плече хромосомы 1p, кодирующий рецептор для IL-23 и вовлеченный в процесс дифференцировки Т-клеток. Оба этих гена расположены в сигнальном каскаде, который в конечном итоге приводит к активации экспрессии генов ФНО- α .

Таким образом, генетические исследования псориаза позволяют идентифицировать молекулярные механизмы и сигнальные каскады, вовлеченные в развитие болезни, для дальнейшей разработки лекарственных средств, действующих на эти новые молекулярные мишени.

А. Ю. Протопопова, А. А. Черданцева
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЕГО
ПРИДАТКОВ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е. Н. Махновец*

Актуальность. Мировая распространенность вирусов простого герпеса среди населения колеблется между 65% и 90%. Частота возникновения вируса возрастает с возрастом. Распространенность и частота возникновения инфекции определяется наличием вирусоспецифических антител у восприимчивых организмов. Большинство людей являются пожизненными вирусоносителями. Причем в 85–90 % случаев первичная инфекция у них протекает бессимптомно и только в 10–15 % – в виде клинической инфекции. По данным ВОЗ, заболевания, вызываемые вирусом простого герпеса (ВПГ), занимают второе место (15,8 %) после гриппа (35,8 %) среди причин смерти от вирусных инфекций.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические аспекты герпетической инфекции органа зрения и его придатков, а также выявить закономерность возникновения общих признаков у разных групп больных офтальмогерпесом.

Материалы и методы исследования. Были изучены клинические особенности течения офтальмогерпеса на основе данных 23 историй болезни офтальмологического отделения ГКБ №1 за 2013 год. Из них мужчин – 14,

женщин – 9. Было выделено 3 группы больных в зависимости от возраста с установленным диагнозом офтальмогерпес: 1 группа – 21-40 лет, 2 группа – 41-60 лет, 3 группа – лица старше 60 лет. Методом исследования был выбран ретроспективный анализ историй болезни, статистическая обработка полученных данных в Microsoft Office Excel 2007, сравнение клинических проявлений у разных групп больных, а также наличие сопутствующего заболевания «опоясывающий лишай» и выраженность симптомов при наличии этого заболевания в сравнении с не осложнённым офтальмогерпесом.

Результаты исследования. Согласно проведённому исследованию, такие клинические проявления как блефароспазм, слезотечение, боль, резь, отёк роговицы и кератит наблюдались у всех обследованных больных. При этом частота такого проявления как блефароспазм увеличивается с возрастом почти в 4 раза. Кератит был выявлен в 100% случаев во всех группах. В первой группе офтальмогерпес не сопровождался зудом, в отличие от 2 и 3 групп в одинаковом соотношении. Болевой синдром наиболее часто встречается в 3 группе и вероятно связан с таким осложнением как Herpes zoster в зоне иннервации тройничного нерва, так как в первой и второй группах этого осложнения не зафиксировано. У больных 3 группы самым распространённым клиническим проявлением, помимо кератита, является отёк роговицы.

Выводы. В результате проведённой работы, было выяснено, что клинические проявления офтальмогерпеса с возрастом становятся ярче и течение болезни утяжеляется. Возникают тяжёлые осложнения в виде опоясывающего лишая, которые ведут к усилению болевого синдрома. Также было выяснено, что у всех больных офтальмогерпесом, вне зависимости от возраста и пола, возникает кератит и конъюнктивит.

А.В. Титенко, А.В. Беспалов, Ю.А. Диреева
**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМАМИ
С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ В НОВОСИБИРСКОЙ
ОБЛАСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Т-КЛЕТОЧНОЙ
НЕСПЕЦИФИЦИРОВАННОЙ ЛИМФОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ
КОЖИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Хрянин*

Актуальность. Лимфомы кожи в настоящее время составляют 2.6% в общей структуре кожных заболеваний России. Смертность от злокачественных лимфом равна 2.3% от общей онкологической смертности. В последние

годы заболеваемость неспецифических лимфом с поражением кожи имеет тенденцию к росту, в развитых странах она увеличилась более чем на 50% за последние 20 лет.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической обстановки по заболеваемости лимфомами кожи в Новосибирской области, описание клинического случая Т-клеточной неспецифицированной лимфомы с поражением кожи (НЛХ).

Материалы и методы исследования. Объектами исследования были пациенты гематологического отделения ГБУЗ НСО ГКБ №2. Обработка данных производилась в программе *Medic*.

Результаты исследования. В 2009 году по поводу лимфом с поражением кожи в ГБУЗ НСО ГКБ №2 наблюдалось 3 человека (1 - В-клеточная форма, 2-Т-клеточная форма), в 2010 – 2 человека (Т- и В-клеточная лимфомы), в 2011 – 3 человека (2 – В-клеточная лимфома, 1 – Т-клеточная), в 2012 – 8 человек (В-клеточная – 4, Т-клеточная – 4), 2013 – 12 человек (В-клеточная – 8, Т-клеточная – 4). В структуре заболеваемости соотношение М:Ж составляет 22:9. Средний возраст больного – 51 год.

Клинический случай: больной Н. отмечает первые симптомы заболевания в декабре 2010 года. Лечился самостоятельно до февраля 2011 г. С января 2012 года наблюдался у дерматолога. В мае 2012 года был верифицирован диагноз «Т-клеточная неспецифицированная лимфома с поражением кожи, опухолевая стадия». В 2012 году госпитализировался 4 раза, в 2013 – 3. Данные объективного осмотра при последнем поступлении в декабре 2013 года: кожа лица гиперемирована, покрыта язвенноподобными изъязвлениями и узлами в диаметре 2-3 см. Отмечается положительная динамика на проводимую терапию: циклофосфаном, докосубицином, винкристином, преднизолоном, омезом и ондасетроном. Однако, при каждом последующем поступлении отмечалась большая площадь поражения кожи и необходимостью увеличения дозы вышеуказанных лекарственных препаратов.

Выводы:

1. За последние 4 года в Новосибирской области наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости лимфомами с поражением кожи, что необходимо учитывать при Федеральном обеспечении лекарственными средствами больных с указанной патологией.

2. Среди больных НЛК преобладают лица мужского пола.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

М.А. Богданова ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСКОВ

*Кафедра фтизиопульмонологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: Е.П.Шилова, д.м.н., проф. Л.В Поддубная*

Актуальность. В начале третьего тысячелетия в России еще не достигнута стабилизация эпидемиологической обстановки по туберкулезу, как среди взрослого, так и детского населения. Вследствие сложившегося большого резервуара туберкулезной инфекции, в обществе сохраняется высокий риск заболевания туберкулезом детей и подростков. В структуре впервые заболевших детей в России преобладает туберкулез органов дыхания (78%, В.А.Аксенова). Основной формой является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, так же увеличился риск прогрессирования туберкулезного процесса. У подростков так же отмечается тенденция к распространенным туберкулезным процессам с преимущественным поражением легочной ткани в виде инфильтративных форм с бактериовыделением в 80% случаев (В.А. Аксенова).

Цель. изучить структуру клинических форм туберкулеза органов дыхания у детей и подростков в современных условиях.

Материалы и методы: проведен анализ 64 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 17 лет, заболевших туберкулезом органов дыхания в 2013г. и наблюдающихся в областном противотуберкулезном диспансере г. Новосибирска. Изучен эпидемиологический анамнез, анамнез заболевания, данные клинико-рентгенологического, лабораторного и бактериологического обследования.

Результаты. Средний возраст детей $10,2 \pm 5,6$ лет. Девочки среди заболевших встречались в 2 раза чаще, чем мальчики (68% и 32%). Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 37 детей в возрасте от 0 до 14 лет, среди них преобладали дети раннего возраста (43,2%). Во вторую группу вошли 27 детей от 15-17 лет. У 65% пациентов 1 группы диагностировали туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у 35% - первичный туберкулезный комплекс, у каждого третьего (в основном это были дети раннего возраста) наблюдалось осложненное течение первичного туберкулеза. Контакт с больным туберкулезом установлен у большинства (78,4%) детей. Активный туберкулез у 63% детей был выявлен при проведении плановых профилактических методов (плановая туберкулинодиагностика и обследование по контакту с больным туберкулезом) обследования: при проведении иммунологических проб (Манту с 2 ТЕ и пробы с диаскинтестом). У 37% пациентов изменения на рентгенограмме были выявлены при обращении к врачу с клиническими проявлениями.

Во 2 группе ведущей формой туберкулеза был инфильтративный туберкулез легких - 74,1%, диссеминированный туберкулез легких диагностировали у 11,2% больных, ограниченные формы (очаговая и туберкулезный плеврит) встречались одинаково часто – по 7,4 %. Течение туберкулезного процесса у 55,6% осложнилось распадом и бактериовыделением. Тубконтакт был установлен только у 1/3 подростков. Туберкулез легких у большинства ($n=19$) был выявлен при проведении профилактического флюорографического обследования, а у 30% ($n=8$) - при обращении к врачу с жалобами (со стороны бронхолегочной системы, интоксикационными).

Выводы. У детей в возрасте от 0 до 14 лет развиваются в основном первичные формы туберкулеза, ведущей является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Более подвержены заболеванию туберкулезом дети раннего возраста. У подростков – туберкулез вторичного генеза, ведущей клинической формой является инфильтративный туберкулез легких, который протекает с склонностью к распаду, бактериовыделению и сопровождается лекарственной устойчивостью. Активный туберкулез у детей и подростков выявляют преимущественно при проведении плановых профилактических методов.

Н.А. Вермеличева, К.И. Киреева, А.М. Малахаткина
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО
ЭНЦЕФАЛИТА В 2013 Г. В НОВОСИБИРСКЕ И ОБЛАСТИ
В СРАВНЕНИИ С 2012 Г.**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент С.Р. Галеева*

Актуальность. Клещевой энцефалит (КЭ) - природно-очаговая трансмиссивная вирусная инфекция, характеризующаяся преимущественным поражением ЦНС. Проблема КЭ особенно остро встает в последние годы на территории Западной Сибири, так как неуклонно растет заболеваемость, увеличивается количество очаговых форм и соответственно увеличивается летальность. С другой стороны, до настоящего времени отсутствует эффективная этиологическая и патогенетическая терапия КЭ.

Цель - анализ сезона КЭ 2013 г. в сравнении с 2012 г.

Результаты. Общее количество больных КЭ по городу и области в 2013г. увеличилось 140 чел. (90чел. в 2012 г.) В структуре КЭ самой распространенной формой является менингеальная-49,2% (38,8% в 2012г.). По сравнению с 2012г увеличился удельный вес форм заболевания с поражением ЦНС- 99 чел-70% (58 чел-64,4% в 2012г) за счет увеличения менингеальных и очаговых форм. Очаговые формы превысили уровень 2012 г. в абсолютных цифрах 30 чел-21% (23 чел-25.5% в 2012г.). Летальность составила 12 чел и является наиболее высокой за прошедшие 3года (7 чел-7,7% в 2012 г., 3-2,3% в 2011 г., 2 чел-1,6% в 2010г.) В 2013 г. увеличилась доля больных молодого возраста от 20 до 40 лет на 7%. Как и в предыдущие года, чаще болеют мужчины (58,5%). Укусы клещей, приведшие к заболеванию КЭ, наиболее часто регистрируются в Тогучинском, Новосибирском, Колыванском районах и на территории города: парках, кладбищах, лесопосадках. Вакцинированных среди заболевших в 2013г. 6 чел-4.2%; (в 2012 г. 2 чел.2.2%). Экстренная серопротекция проводилась в 2013г. у 31 чел-22,1%. Наиболее частый инкубационный период: от 7 до 30 дней - 41%. Сохраняется высоким количество пациентов, у которых сложно определить инкубационный период и которые отрицают укусы и напояния клещей-35% (31.8% -2012г.). Лихорадочные и менингеальные формы протекали типично. Менингеальный симптомокомплекс определялся у всех больных с поражением ЦНС. Среди очаговых форм преобладали менингоэнцефалитические (МЭФ) 18 чел-13% (15 чел в 2012 г.). Менингоэнцефалополномиелитические (МЭПФ)12 чел-8,7% (8 чел в 2012 г.) с развитием вялых парезов верхних конечностей, мышц шеи, протекали с отеком головного мозга, нарушением сознания, судорожным, гиперкинетическим синдромами. Панэнцефалит с поражением ЦНС на всех уровнях развился у 12 чел (7

чел в 2012г.). Микст с КБ 10 чел. -7% (6 чел-6,6% в 2012 г.). Из остаточных явлений астенический синдром-87 чел., церебрастенический синдром 18 чел., парезы верхних конечностей 1чел., с выраженным неврологическим дефицитом вялым тетрапарезом 1 чел. При первичном исследовании методом ИФА в 1-2 день от поступления лабораторное подтверждение диагноза у 88 % пациентов. При этом IgM в высоких титрах 1:800-75 чел.; 1:400-22 чел.; 26 чел. в низких титрах 1:200-7 чел.; 1:100-19 чел. Во 2 сыворотке, через 5-7 дней, регистрировались положительные титры IgM еще у 18 чел. и в 3 сыворотке у 2 чел. IgG выявлялись уже в 1 сыворотке у 104 человек с нарастанием титра во 2 сыворотке у 27 чел., что свидетельствует о быстром синтезе вируснейтрализующих антител. При крайне тяжелых формах заболевания, с летальным исходом, наиболее часто регистрировались низкие титры антител IgG 1:100 и более длительное отсутствие антител IgG .

Выводы. В 2013г. по сравнению с 2012г увеличилось количество больных КЭ. Возросло число больных с менингеальными и очаговыми формами. Летальность от КЭ увеличилась 12 чел. (8,5%). Особенностью течения тяжелых очаговых форм КЭ явилось преобладание МЭПФ, протекавших с бульбарным синдромом и тетраплегией, с явлениями отека мозга.

Наиболее эффективным методом профилактики является вакцинация.

К.А.Виноградова, А.О.Иванинская, М.А.Иванова
**СЛУЧАЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ЯПОНСКОГО И HERPES
ZOSTER ЭНЦЕФАЛИТА У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент С.Р. Галеева*

Актуальность. В связи с неуклонным ростом туризма в страны с теплым климатом, ежегодно увеличивается количество «экзотических» инфекций, не характерных для территории РФ. Японский энцефалит является одной из наиболее тяжелых трансмиссивных нейроинфекций человека.

Цель. Анализ случая микст инфекции японского энцефалита (ЯЭ) и герпетической инфекции (ГИ), менингоэнцефалитической формы (МЭФ).

Больной А., 27 лет, житель Новосибирска находился на лечении в ГИКБ №1 г. Новосибирска с 11.12.13 по 13.01.14. Заболел остро 8.12, находясь в Тайланде, с озноба, появления сыпи по всему кожному покрову, 11.02 присоединились сухой кашель, тяжесть в правом подреберье, температура тела 39 °С, самостоятельно не лечился, вызвал СМП, доставлен в приемное отделение ГИКБ №1 с диагнозом: лихорадка неясного генеза. При поступлении жалобы на слабость, лихорадку, высыпания на теле, тяжесть в пра-

вом подреберье. Был в Тайланде (Паттайя) с 30.11 по 10.12, отмечал укусы комаров. Состояние на момент осмотра средней степени тяжести, температура 38,1 °С, обильная мелкоточечная сыпь по всему кожному покрову, зернистость задней стенки глотки, увеличение заднешейных, подчелюстных, паховых лимфатических узлов до 1см. Язык сосочковый, обложен бело-желтым налетом, болезненность при пальпации в правом подреберье, печень увеличена на 1см. Предварительный диагноз: псевдотуберкулез, генерализованная форма. Дифференциальный диагноз с лихорадкой денге. По результатам проведенных исследований: гемограмма гиперлейкоцитоз (20,9), нейтрофилез (94%), незначительный сидром цитолиза АлТ 55ед/л, АсТ 47 ед/л, по данным УЗИ - гепатомегалия. С 13.12 отрицательная динамика появились менингеальный симптомокомплекс, сенсомоторная афазия, пунктирован, цитоз 618 клеток, нейтрофилов 85 %, белок 0,9г/л, сахар 3,2 ммоль/л переведен в ОРИТ. Поставлен диагноз менингоэнцефалит неуточненной этиологии. В динамике нарастание неврологической симптоматики, не адекватен, не контактен, простые команды не выполнял, эпизоды психомоторного возбуждения, сенсо-моторная афазия, центральный правосторонний гемипарез. Сохранялся субфебрилитет. Повторно пунктирован 16.12: цитоз 27 клеток. По данным МРТ - диффузный мультифокальный процесс в ЦНС с множественными воспалительными очагами. 18.12 по результатам ПЦР ликвора - выделена ДНК вируса герпеса 3,6 типов. В связи с данными МРТ, течением заболевания расширен круг диагностического поиска, взят ликвор на вирусы лихорадки западного Нила и японского энцефалита. 25.12 по данным ПЦР исследования ликвора, крови секвенирования установлен окончательный диагноз микст инфекции ЯЭ МЭФ и ГИ МЭФ. Положительная динамика - угасание неврологической симптоматики с 23.12 на фоне проводимой противовирусной, патогенетической, нейрометаболической, антибактериальной терапии. 30.12 переведен из ОРИТ в связи с выраженной положительной динамикой, контактен, адекватен, ориентирован в пространстве, времени, месте, регресс правостороннего гемипареза, выраженная цереброастенция, в профильное отделение для дальнейшей терапии. Выписан 13.01 с улучшением, нормализовалась температура тела, угасла неврологическая симптоматика, осталась церебральная недостаточность, под наблюдение невролога по месту жительства.

Выводы: Возникновение у жителя Новосибирска случая микст инфекции ЯЭ МЭФ и ГИ МЭФ связано с поездкой в Тайланд. Тяжелое течение менингоэнцефалита обусловлено микст-инфекцией вирусами японского энцефалита и герпесов 3,6 типа

О.В. Владимирова
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Омская государственная медицинская академия
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Н. Навроцкий*

Цель исследования – на основе анализа данных рентгеновской компьютерной томографии (КТ) выяснить структуру и дать оценку основных изменений при патологии в органах гепатобилиарной системы (ГБС), выяснить обоснованность применения данного метода исследования.

Задачи исследования: изучить методы и объем исследований органов брюшной полости; изучить структуру, уровень и характер изменений; провести анализ полученных данных, дать рекомендации.

Материалы и методы. Объектом исследования стали заключения по результатам рентгеновской КТ органов брюшной полости пациентов с патологией ГБС. Методом случайной выборки отобраны 192 исследования, была определена структура исследований, доля исследований печени и желчевыводящих путей. Обработка результатов проводилась методом вариационной статистики.

Результаты. В структуре всех КТ-исследований доля нативных исследований органов брюшной полости составила 43%, с использованием контраста - 57% случаев. Патологические изменения в органах ГБС выявлены в 99,0% случаях, поражения печени составили 58%, поражения желчевыводящих путей - 42%. Среди поражений печени преимущественно наблюдались диффузные изменения - 73% случаев.

Выводы. КТ печени - часть исследования органов брюшной полости с высоким удельным весом оценки «нативных сканов», что означает недостаточную информативность исследований. Среди поражений печени преобладают диффузные изменения, при которых возможности метода ограничены, в большинстве случаев следовало вместо КТ выполнить ультразвуковое исследование. Рациональным представляется применение диагностических методов в определенной последовательности для более полного обследования пациента и экономии средств и времени.

С.Р.Галеева
ПРОБЛЕМА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ТУРИСТОВ

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Е.И.Краснова,
к.м.н., доцент Н.И.Хохлова*

Актуальность. Лихорадка денге (ЛД), острая трансмиссивная флавивирусная инфекция, широко распространенная в тропических и субтропических регионах. Развитие туризма определило рост числа завозных случаев ЛД, в том числе и в России с 2010 г.

В период с мая 2011 г. по февраль 2014 г. в Городской инфекционной клинической больнице № 1 (г. Новосибирск) ЛД диагностирована у 34 человек. Лабораторная верификация диагноза осуществлялась выявлением специфических IgM и IgG, а также антигена NS1 вируса денге методом иммунохроматографии (ИХА) у большинства (ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», Новосибирск). У половины больных обнаружена РНК вируса в сыворотке крови. В 2011 г. выявлено 4 случая ЛД, в 2012 г. – 7, в 2013 г. – 21 случай, в 2014 г. - еще 2 случая ЛД. Все пациенты накануне заболевания посещали эндемичные по ЛД страны (32 больных – Таиланд, 1 – Галапагосские острова, 1 – Индию), где находились от 7 до 33 дней. У большинства заболевание началось на 1-8-й день после возвращения из поездки, у остальных – уже на 4-11-й пребывания в эндемичном регионе. Возраст пациентов варьировал от 15 до 53 лет (в среднем 35,1±2,6 лет), преобладали женщины (67,6%). Большинство пациентов поступило в стационар после 5-го дня болезни. У всех больных имела место классическая форма ЛД, у 11 (32,3%) - тяжелая форма, у остальных - среднетяжелая.

Во всех случаях отмечался быстрый подъем температуры с ознобами. Лихорадка была высокой (79,4%) или умеренной (20,6%), у всех сопровождалась миалгиями и/или артралгиями, потливостью, выраженной слабостью, анорексией. Лихорадка снижалась к 4-8-му дню болезни до субфебрильной или сразу до нормальной, ее продолжительность варьировала от 3 до 8 дней (в среднем 4,9±0,8 дней). После нормализации температуры длительно сохранялся астенический синдром. У 64,7% пациентов выявлялась экзантема, чаще точечная или пятнистая, у остальных - петехиальная. У 67,6% больных имел место фарингит, у 20,6% - кратковременная диарея. Гепатоспленомегалия отмечалась у 68,9% больных, спленомегалия – у 34,4%.

В гемограмме при поступлении у всех больных имела место тромбоцитопения, от 169 до $20 \cdot 10^9/\text{л}$ (в среднем $108,5 \pm 11,3 \cdot 10^9/\text{л}$). У 31,0% тромбоцитопения была значительной (менее $75 \cdot 10^9/\text{л}$), в том числе у 14,7% больных была критической - менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$. Она усугублялась в первую неделю

болезни с медленным возрастанием числа тромбоцитов и его нормализацией на 2-3-й неделе болезни на фоне терапии. У 72,4% больных при поступлении выявляли лейкопению от 3,8 до $1,2 \cdot 10^9/\text{л}$ (в среднем $3,1 \pm 0,3 \cdot 10^9/\text{л}$), которая купировалась через 3-5 дней. Часто выявляли относительный лимфоцитоз (от 38 до 68%) и моноцитоз (от 9 до 21%), у 20,6% больных - атипичные лимфоциты. При поступлении у 67,6% больных была повышена активность АЛТ и у 82,3% - АСТ, при этом активность АСТ превышала активность АЛТ (в среднем $112,0 \pm 26,9$ ед/л и $90,5 \pm 25,1$ ед/л соответственно). Во всех случаях исход заболевания был благоприятным. Увеличение числа завозных случаев ЛД у туристов повышает настороженность врачей в отношении этого заболевания у лиц, посетивших эндемичные регионы и имеющих комплекс характерных клинических и лабораторных симптомов. Для верификации диагноза результативно выявление специфических антител и антигена денге методом ИХА. При позднем поступлении больных ПЦР-диагностика ЛД мало информативна. Ввиду отсутствия доступных средств специфической профилактики ЛД, актуальность приобретает использование средств, повышающих неспецифическую резистентность организма, в частности, индукторов интерферона.

К.Н. Грабетова
**ФУЛМИНАНТНЫЙ ГЕПАТИТ В С БЛАГОПРИЯТНЫМ
ИСХОДОМ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.И.Хохлова*

Актуальность. При фулминантном гепатите (ФГ) в условиях отсутствия ортотопической трансплантации печени летальность достигает 80–90%. При сверхостром ФГ отмечается самый высокий показатель выживаемости – до 30–40%. В последнее десятилетие в Новосибирской области ежегодно регистрировались случаи фулминантного гепатита В и В+Д и имели место 16 летальных исходов.

Проведен анализ случая сверхострого ФГВ с благоприятным исходом у пациента 48 лет, находившегося на лечении в Городской инфекционной клинической больнице г. Новосибирска 25-31.10.2013. Диагноз был подтвержден выявлением маркеров острого вирусного гепатита В методом ИФА и ДНК вируса методом ПЦР. Заболевание характеризовалось острым началом 19.09. с катаральным синдромом, лихорадкой до 39С, диспепсией с 5-го дня болезни (ДБ), желтухой с 7-й ДБ. При поступлении 25.09. на 7-й ДБ, в 1-й день желтухи, отмечались выраженная слабость, анорексия, гипо-

тония, лихорадка 38,7С, увеличение размеров печени на 2 см, преобладание активности АСТ (1870 ед/л) над АЛТ (890 ед/л), повышение билирубина до 252 мкмоль/л, снижение ПТИ до 31%. На 8-й ДБ присоединились проявления печеночной энцефалопатии (ПЭ) 1 ст., уменьшились размеры печени на 1 см, выросли показатели цитолиза АСТ/АЛТ (5940/5500 ед/л), мочевины до 8,9 ммоль/л, снизился ПТИ до 29%, при уровне альбуминов 41 г/л, что расценивалось как проявления фульминантного гепатита В, острой печеночной недостаточности, коагулопатии, острой ПЭ 1 степени, гепаторенального синдрома.

Пациенту проводилась интенсивная терапия в ОРИТ: глюкокортикостероидами (солумедрол 1000 мг в/в 26.09, далее преднизолон 360 мг в/в 26.09-1.10, 240 мг в/в с 1.10), дезинтоксикация (инфузионная, лактулоза, очистительные клизмы), антиоксиданты (реамберин, витамины В6 и С), инфузии свежзамороженной плазмы ежедневно 700-800 мл 26-29.09, L-орнитина L-аспартата, аминосола, диуретики, антибактериальная терапия, на фоне чего на 13-й ДБ отмечено уменьшение симптомов интоксикации, ПЭ, нормализовались размеры печени, однако сохранялась гипербилирубинемия, появился отечный синдром. При уменьшении показателей АСТ/АЛТ до 2540/900 ед/л и нарастании ПТИ до 45%, появилась гипоальбунемия (34 г/л), сохранялась гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции (252/178 мкмоль/л). Была продолжена терапия: преднизолон 60мг в сутки с последующим снижением дозы с 14.10, инфузии 10% альбумина, лактулоза, аденометионин в/в 1200 мг/сут, урсодезоксихолевая кислота, антиоксиданты, диуретики. Сохранялась незначительная астения, купировался отечный синдром, уменьшился синдром цитолиза (173/125 ед/л), нормализовался уровень ПТИ (93%) и альбуминов (35г/л), мочевины. Однако отмечено нарастание желтухи с ее максимумом на 26 ДБ (билирубин общий 633, прямой 446 мкмоль/л). Инструментальные исследования исключили причины подпеченочной желтухи. На фоне увеличения дозы урсодезоксихолевой кислоты и аденометионина, добавления энтекавира в дозе 0,5 мг в качестве противовирусной терапии 30-го ДБ отмечено постепенное снижение гипербилирубинемии (до 221/125 мкмоль/л). После выписки на фоне противовирусной патогенетической терапии к 26.11 отмечено приближение к норме показателей АЛТ/АСТ (50/48), билирубина (57 мкмоль/л), а с 10.01.14 – их стойкая нормализация. ДНК ВГВ в сыворотке крови на фоне продолжающейся терапии энтекавиром 25.02.14. не обнаружена.

Благоприятному исходу ФГВ у пациента способствовали ранняя диагностика заболевания и своевременное начало консервативной патогенетической и противовирусной терапии.

К.О. Грицкова, О.М.Соловьева
**ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ АКТИВНОСТЬ
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ
ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Кафедра фтизиопульмонологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: ассистент Е.П.Шилова,
д.м.н., проф. Л.В.Поддубная*

В современных эпидемиологических условиях выявление детей с наибольшим риском развития заболевания туберкулезом является одной из актуальных проблем детской фтизиатрии. Наибольшему риску развития заболевания подвержены дети из очагов инфекции, так как они находятся в тесном и длительном контакте с больными туберкулезом.

Цель исследования. Изучить факторы, повышающие риск развития активной туберкулезной инфекции у детей из очагов туберкулеза.

Материалы и методы: проведен анализ 146 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 17 лет, из очагов туберкулезной инфекции, наблюдающихся в ПТД г. Новосибирска. Изучен эпидемиологический анамнез, данные клинико-рентгенологического обследования, проанализированы результаты иммунологических проб (Манту с 2 ТЕ и пробы с Диаскинтестом). Все дети были разделены на 2 группы: 1 группа (n=121) – дети из контакта с бактериовыделением, 2 группа (n=25) - из контакта без бактериовыделения.

Результаты. Среди наблюдавшихся пациентов мальчики и девочки встречались одинаково часто (47,9 и 52,1% соответственно). Преобладали дети 0-14 лет (86,3%). Средний возраст составил $7,4 \pm 0,42$ лет. Большинство детей (91,6%) были иммунизированы вакциной БЦЖ / БЦЖ-М, у 60% из них определялся рубчик 4 мм и более. Ревакцинированы были только 14,3% детей. Все дети (n=146) имели контакт с больными туберкулезом, из них большинство (n=121) с бактериовыделителями. Источником активной экзогенной инфекции у 2/3 детей были больные туберкулезом мать, отец, либо оба родителя, а каждый десятый пациент проживал в семье, где регистрировались случаи смерти от туберкулеза (n=16). Кроме того, 35 (24%) детей имели близкий или частый, а 13,7% - периодический родственные контакты с бактериовыделителями: братом, сестрой, бабушкой или дедушкой, тетей или дядей. Контакт с больными, не выделяющими МБТ, установлен у 25 детей. Т.е. все дети имели «семейный контакт», эпидемиологическая опасность которого определялась наличием бактериовыделения у источника инфекции, и отягощённостью семьи социальными факторами (алкоголизм, наркомания, плохие материально-бытовые условия). Активный туберкулез чаще диагностировался в 1 группе - 29,8%, во 2-ой группе заболели только 3 человека (12%). Проведен анализ чувствительности к туберкулину и препарату Диаскинтест в обеих группах. Изучение чувстви-

272

тельности к туберкулину в динамике показало, что большинство наблюдаемых в обеих группах были сенсибилизированы микобактериями туберкулеза. При этом высокий уровень специфической сенсибилизации, позволяющей заподозрить активную туберкулезную инфекцию (гиперергические туберкулиновые пробы) достоверно чаще регистрировался в первой группе ($19,1 \pm 3,57$ и $4,0 \pm 3,9\%$ соответственно, $p < 0,05$). Для уточнения активности туберкулезной инфекции всем проводился Диаскинтест. При анализе чувствительности к Диаскинтесту установлено, что отрицательный результат чаще регистрировался во 2ой группе ($64 \pm 9,6\%$ и $26,4 \pm 4,0$ соответственно, $p < 0,05$). А вот гиперергическая чувствительность Диаскинтеста достоверно чаще отмечалась в 1ой группе пациентов ($34,7 \pm 4,3\%$ и $4 \pm 3,9\%$ соответственно, $p < 0,05$). Положительные и сомнительные пробы так же чаще определялись у детей и подростков, имеющих контакт с бактериовыделителем (1 группа).

Выводы. Наиболее опасным для детей является семейный контакт с больными туберкулезом бактериовыделителями. Гиперергическая чувствительность к туберкулину позволяет заподозрить активную туберкулезную инфекцию. Положительные реакции на пробу с Диаскинтестом являются маркером активной туберкулезной инфекции у детей.

К.А. Иванова*, Д.В. Шаньшин
**КОНСТРУИРОВАНИЕ ФАГМИДНОГО ВЕКТОРА ДЛЯ
ДИСПЛЕЯ ФРАГМЕНТОВ АНТИТЕЛ ЧЕЛОВЕКА ПРОТИВ
ОРТОПОКСВИРУСОВ**

*Отдел биоинженерии, ГНЦ ВБ «Вектор»,
Новосибирская обл., р.п. Кольцово
Научный руководитель: к.б.н., ст. научный сотрудник
Д.Н. Щербаков*

В 1980 г ВОЗ заявила об эрадикации вируса натуральной оспы. Но, в последние годы наблюдается подъем заболеваемости оспой, вызванной другими ортопоксвирусами, патогенными для человека, - вирусом оспы обезьян и вирусом оспы коров. Поскольку массовая вакцинация требует больших человеческих и материальных ресурсов, а существующая вакцина имеет побочные эффекты, это делает актуальным разработку терапевтических средств против ортопоксвирусов.

В настоящее время основной альтернативный подход для создания таких средств – конструирование моноклональных рекомбинантных антител. Это удобный и универсальный способ для создания противовирусных препаратов, позволяющий наработать высокоспецифичные антитела практически на любой антиген. Использование гибридной технологии для по-

лучения моноклональных антител имеет ряд недостатков, некоторые из которых можно преодолеть с помощью техники фагового дисплея.

Технология фагового дисплея, с использованием *in vitro* аффинной селекции, позволяет находить последовательности переменных доменов тяжелой и легкой цепей антител, которые распознают мишень с высокой точностью. Принципы фагового дисплея – это конструирование обширной библиотеки антител (на основе вирионов) и скрининг ее с целью поиска интересующего варианта. Библиотека создается путем клонирования генов переменных доменов тяжелой и легкой цепей антител в составе конструкции на основе плазмидного вектора.

В работе был сконструирован вектор на основе фагмиды pBluescript. Из полилинкера фагмиды были удалены два сайта рестрикции, которые ограничивали возможность встройки целевых нуклеотидных последовательностей. Для последующего клонирования с использованием сайтонаправленного мутагенеза была введена нуклеотидная последовательность, соответствующая сайту рестрикции Age I. Для первичного анализа полученных клонов был проведен рестрикционный анализ. Данные гелеэлектрофореза продуктов гидролиза ДНК показали наличие введенного сайта, и успешное удаление ограничивающих встройку сайтов. Для окончательного подтверждения этих результатов было проведено определение нуклеотидной последовательности плазмидной ДНК отобранных клонов.

В состав полученного вектора была встроена синтетическая последовательность ДНК, содержащая сайты для клонирования «генов» переменных доменов легкой и тяжелой цепей антител, а также дополнительные регуляторные элементы, обеспечивающие эффективную экспрессию.

В результате работы сконструирован вектор, который будет использован для получения библиотек мини-антител человека, специфичным к ортопоксвирусам.

О.Ю. Зубова, Н.А. Свечков.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С 1b ГЕНОТИПОМ
С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ
АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ НА СТАРТЕ ЛЕЧЕНИЯ**

*Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии,
Самарский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.Ю. Константинов*

Цель исследования. Оценить частоту развития устойчивого вирусологического ответа (УВО) у больных хроническим гепатитом С (ХГС) с 1b

генотипом с нормальным и повышенным уровнем аланинаминотрансферазы (АЛТ) после курса двойной (пегинтерферон- $\alpha 2b$ + рибавирин) противовирусной терапии (ПВТ).

Материалы и методы. В исследование было включено 110 пациентов, из них - 45 мужчин (40,9%) и 65 женщины (59,1%), в возрасте от 21 до 66 лет (средний возраст $37,6 \pm 4,2$ лет). Диагноз был поставлен на основании клинико-эпидемиологических, лабораторных данных и подтвержден обнаружением РНК HCV в сыворотке крови полимеразной цепной реакцией. В зависимости от содержания АЛТ все пациенты были разделены на две группы сопоставимые по полу, возрасту и индексу массы тела. 1-ую группу ($n=52$) – составили пациенты с нормальным уровнем АЛТ ($37,5 \pm 1,14$ Е/л). 2-ую группу ($n=58$) - с повышенным содержанием АЛТ ($94,7 \pm 8,52$ Е/л). Уровень РНК HCV в сыворотке крови в двух группах достоверно не отличался и составил $1,6 \times 10^6$ и $1,8 \times 10^6$ МЕ/мл соответственно ($p < 0,05$). Всем пациентам был проведен курс ПВТ в фиксированной дозе (пегинтерферон- $\alpha 2b$ (100 мкг в неделю) + рибавирин (1000 мг в сутки), курсом 48 недель. Эффективность ПВТ оценивалась в двух группах через 24 и 48 недель после окончания курса ПВТ.

Результаты. Через 24 недели после ПВТ у пациентов 1-й группы УВО составил – 48%, у пациентов 2-й группы 41% ($p < 0,05$). Через 48 недель УВО зарегистрирован у 37% пациентов 1-й группы и 39,5% пациентов 2-й группы ($p < 0,05$).

Таким образом, устойчивый вирусологический ответ (через 48 недель) после проведенного курса ПВТ у пациентов ХГС с 1b генотипом достигается с одинаковой частотой и не зависит от уровня АЛТ в сыворотке крови на старте противовирусной терапии.

А.П.Каширина, А.Р. Хомушку, М.М. Кварцхава
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АМЕБИАЗА

Кафедра инфекционных болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., ассистент В.В. Проворова

Актуальность. Амелиаз – широко распространенная антропонозная протозойная болезнь. Ориентировочно 480 млн. человек в мире являются носителями *E. histolytica*. Высокая поражённость населения амелиазом отмечена в Юго-Восточной Азии, Южной и Центральной Америке, Южной и Западной Африке. Ежегодно в мире регистрируется от 40 до 50 млн. случаев амелиаза и от 50 до 100 тысяч смертельных исходов. Проблема распространения амелиаза в нашей стране стала актуальна с развитием туризма и выезда россиян за границу. В Новосибирской области это первый зарегистрированный случай за последние 15 лет.

Результаты. Больная 25 лет, жительница Новосибирска, заболела остро 15.01.2014 на отдыхе в Таиланде, где находилась с 20.12.2013 по 20.01.2014. До этого в течение года дважды бывала в Таиланде, имела место избыточная инсоляция. Настоящее заболевание связывает с употреблением коктейлей со льдом, питанием в ресторанах. Несмотря на появление частого жидкого стула, сопровождавшегося интоксикационным и болевым синдромом, последующим появлением примеси крови в стуле, пациентка не обращалась к врачу и проводила только лечение ибупрофеном в течение первых 6 дней. 21.01. поступила в Городскую клиническую инфекционную больницу №1 с диагнозом: «Острый амёбиаз, кишечная форма, тяжёлой степени тяжести», с жалобами на слабость, головокружение, жажду, частый жидкий стул с обильной примесью крови и слизи – до 15-20 раз в сутки. Учитывая эпидемиологические и клинические данные, проведено микроскопическое исследование фекалий. 22.01 выявлено обилие цист и единичные трофозоиты *E. histolytica*. С 23.01 больной назначена этиотропная терапия Метронидазолом в дозе 750 мг 3 раза в день. В период с 23.01-27.01, несмотря на проводимую терапию, сохранялся частый жидкий стул 10-17 раз в сутки со слизью и большим количеством крови, тенезмы, субфебрильная температура, прогрессивно нарастала анемия (гемоглобин 77-92 г/л), гипоальбуминемия, прогрессировала потеря веса. Проводилась гемостатическая, регидратационная, этиотропная, симптоматическая терапия и энтеросорбция, но состояние больной прогрессивно ухудшалось. 28.01 пациентка переведена в реанимационное отделение. На момент перевода состояние тяжелое, тяжесть была обусловлена токсико-эксикозом 2 степени, диарейным синдромом до 15 раз в сутки, анемическим синдромом. АД 95/60 мм.рт.ст., ЧСС 100 в минуту. Температура тела повысилась до 38 С°. Прогрессирующая гипопротеинемия стала причиной перевода на парентеральное питание. С 28.01 этиотропная терапия метронидазолом была дополнена делагилем, проведено 3 гемотрансфузии, назначена иммуномодулирующая терапия кагоцелом. Учитывая неэффективность этиотропной терапии в течение 5 дней, проведена ректороманоскопия, выявившая признаки неспецифического язвенного колита, высокой степени активности. После консультации гастроэнтеролога в терапию добавлен сульфасалазин. После стабилизации состояния 01.02 переведена в инфекционное отделение с положительной динамикой: температура тела нормализовалась, стул кашицеобразный без патологических примесей до 2 раз за сутки, анемический синдром средней степени тяжести, количество цист в кале значительно уменьшилось, трофозоиты исчезли. 10.02 была выписана с клиническим и паразитологическим выздоровлением.

Заключение. По данным литературы, заражение *E. histolytica* лишь в 10% сопровождается клинической картиной. Развитию заболевания у нашей пациентки могло способствовать изменение иммунологической реак-

тивности организма. Тяжесть заболевания была обусловлена поздним началом этиотропной терапии, течением на фоне первичной атаки неспецифического язвенного колита и, возможно, резистентностью к Метронидазолу.

Т.М. Шогунбеков
**СЛУЧАЙ ВИРУСНО-ПАЗАРИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ
ПЕЧЕНИ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., асс. Е.Н.Усолкина*

Актуальность. Среди паразитарных заболеваний печени по частоте и значимости эхинококкоз с двумя его формами (гидатидозный и альвеолярный) занимает первое место. В связи с высоким уровнем заболеваемости в России хроническими вирусными гепатитами В и С представляют интерес случаи сочетанного поражения печени.

Проведен анализ случая хронического гепатита С на фоне альвеококкоза у пациента 29 лет, находившегося дважды на стационарном лечении в Городской инфекционной клинической больнице г. Новосибирска в периоды с 1.08.11г.-19.08.11г. и с 9.10.12г.-20.10.12г. Впервые диагноз хронического гепатита С был поставлен в 2007г., при случайном обследовании, и подтвержден выявлением маркеров вирусного гепатита С методом ИФА. Пациент амбулаторно не наблюдался, не лечился. Диету не соблюдал, периодически употреблял алкоголь, работа связана с физическими нагрузками.

В июле 2011г. впервые появились резко выраженный астенический синдром, желтушное окрашивание склер, кожных покровов, холурия, ахолия стула, боли в области правого подреберья, в связи с чем был госпитализирован в ГИКБ №1. При поступлении в биохимическом исследовании крови выраженный синдром холестаза: ГГТП 1020 ед/л, ЩФ 1811 ед/л, билирубин общий 105 мкм/л, повышение активности ферментов АЛТ 161 ед/л, АСТ 110 ед/л. УЗИ абдоминальное - объемное образование печени. В дообследовании при КТ органов брюшной полости - в правой доле в сегментах 5,6,8 выявлено гиподенсивное образование неправильной формы, размерами 84*106*116 мм, с неровными нечеткими контурами, умеренно накапливающее контрастное вещество по периферии. В его центральной части определяется гиподенсивная зона неправильной формы, размерами до 69 мм, гомогенная, с четкими неровными контурами, не накапливающую контрастное вещество (полость?), по периферии визуализируются множественные кальцинаты неправильной формы. Данное образование выходит на диафрагмальную поверхность, открывается в ворота печени. Переведен

в хирургическое отделение, где 31.08.11г. выполнена резекция правой доли печени с образованием до 18 см в диаметре. При биопсии печени: альвеолярный эхинококкоз печени, в паренхиме - активный гепатит С с формированием цирроза, очаги эхинококкоза в протоке желчном, фиброз и хроническое воспаление в протоках. После операции резкое снижение массы тела, астения, плохой аппетит. Назначен противорецидивный курс лечения немозолом. Из-за выраженной тошноты немозол принимал только 2 недели. В декабре 2011г. дообследование по поводу хронического гепатита С выявило высокую вирусную нагрузку- РНК HCV 2,9 *10⁶ коп/мл, 1 генотип. Даны рекомендации по лечению хронического гепатита С (фосфоглив, урсосан). Противовирусная терапия не проводилась из-за дефицита массы тела. Несмотря на регулярный прием гепатопротекторов, с сентября 2012г. ухудшение самочувствия: усилилась слабость, снижение работоспособности, появились боли в животе после приема пищи, водянистый стул до 4 раз в день. Повторно госпитализирован в ГИКБ №1. Обращали на себя внимание – пониженное питание больного, на коже шеи сосудистые звездочки, пальпируется левая доля печени по краю реберной дуги. Сохранялись слабовыраженные синдромы цитолиза и холестаза - АЛТ/АСТ (68/63 ед/л), ЩФ 304 ед/л, ГГТП 67 ед/л, билирубин общий 47,5 мкм/л. При УЗИ - признаков прогрессирования альвеококкоза не отмечено, диффузные изменения поджелудочной железы, гепатоспленомегалия, холецистэктомия.

Таким образом, наблюдается прогрессивное ухудшение течения хронического гепатита С на фоне паразитарного заболевания и предполагается трансформация хронического гепатита С в цирроз печени.

С.А. Южанина
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Кафедра фтизиопульмонологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: Е.П.Шилова, д.м.н., проф. Л.В Поддубная*

Актуальность. В настоящее время дети оказались заложниками неблагоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу. Это связано не только с распространенностью заболеваемости туберкулезом среди взрослых, но и повышенной восприимчивостью детей к туберкулезной инфекции в силу их анатомо-физиологических особенностей. Для массового обследования детского населения на туберкулез в России применяется туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Внедрение микобактерий туберку-

леза (МБТ) в организм ребенка приводит к иммунологическим процессам, отражением, которых является формирование ГЗТ, проявляющееся в изменении чувствительности к туберкулину. Проблема раннего выявления первичного инфицирования у детей и подростков остается актуальной, как для своевременного взятия на диспансерный учет у фтизиатра, назначения профилактического лечения, так и для и эпидемиологического контроля распространения туберкулезной инфекции в обществе.

Цель: определить диагностическую ценность туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л для выявления первичного инфицирования микобактериями туберкулеза у детей и подростков.

Материалы и методы: изучены данные туберкулиновых проб в динамике 168 детей в возрасте от 1 до 15 лет с выражением туберкулиновых проб, состоящих на диспансерном учете в ПТД № 6 г. Новосибирска в 2012 году. Средний возраст детей $5,6 \pm 2,95$ лет. Мальчики и девочки встречались одинаково часто (53 и 43 % соответственно). Всем проводилось клинико-рентгенологическое обследование, изучался эпидемиологический анамнез. Сопутствующая патология наблюдалась у 15 детей (8,9%).

Результаты. У большинства детей отсутствовал установленный контакт с больными туберкулезом, и только у 4-х детей (2,4%) установлен эпизодический контакт с больным туберкулезом. Практически все дети были иммунизированы вакциной БЦЖ/БЦЖ-М, преимущественно (89,3%) - в роддоме, и только 1,8% ($n=3$) не были вакцинированы. У 2/3 детей вакцинация была эффективной (рубчик 4 мм и более), у 31,5% рубчик отсутствовал либо был 3 мм и менее. У большинства детей в 1 год регистрировались положительные пробы, подтверждающие поствакцинальную аллергию, которая в динамике имела тенденцию к угасанию. Первичное инфицирование микобактериями туберкулеза у 125 детей (74,4%) диагностировали в возрасте 2-5 лет, а в возрасте 14-15 лет – в единичных случаях ($n=3$). «Выраж» у 78% ($n=131$) установлен по нарастанию туберкулиновых проб на фоне поствакцинальной аллергии, из них у 79,3% - в возрасте 2-5 лет, (1-я группа). У 22% пациентов ($n=37$) - по переходу ранее отрицательных результатов в положительные, что чаще встречалось в возрасте 2-5 лет (56,8%), (2-я группа). Среди всех пациентов доля детей 2-3 лет составила 54,8%, в группах соответственно 59,5% и 37,8%, что требует обязательного проведения диагностического теста – кожной пробы с Диаскинтестом.

Выводы. Основным методом ранней диагностики инфицирования МБТ у детей на сегодняшний день остается массовая туберкулинодиагностика. Первичное инфицирование МБТ в большинстве случаев, несмотря на эффективную вакцинацию БЦЖ, регистрируется в возрасте 2-5 лет, что указывает на высокий резервуар туберкулезной инфекции в обществе.

ИСТОРИЯ. СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

И. Л. Бурнышев

ТРАДИЦИОННЫЙ БЫТ И КУЛЬТУРА ШОРЦЕВ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.и.н., доцент А. Г. Шатов*

Шорцы – тюркоязычный народ, проживающий в основном на юге Кемеровской области. Цель данного исследования – изучить традиционный быт и духовную культуру шорцев конца 19 – начала 20 веков. Предметом профессионального изучения тема традиционной материальной и духовной культуры становится на рубеже XIX – XX веков. Первыми исследователями являются А. В. Адрианов, В. В. Радлов. В дальнейшем, к вышеуказанной теме обращались Н. А. Алексеев, В. М. Кимеев и другие.

Актуальность данной работы определяется тем, что на сегодняшний день традиционная культура шорского народа постепенно исчезает. В основном это происходит под действием урбанизации и растущего воздействия на природу, что приводит к разрушению традиционной культуры, хозяйства, к изменениям в структуре занятости населения.

Традиционно шорцы жили в небольших поселениях – улусах (на севере) и аилах (на юге), обычно по берегам рек и ручьев. Нередко поселения переносились на новое место.

В начале XX века у шорцев существовало несколько типов жилищ: на юге – четырехугольная юрта с деревянным каркасом, покрытая берестой (влияние алтайцев); на севере – деревянный шатер из бревен и жердей под берестяной крышей. Жилища отапливались глинобитным очагом (кебеге) типа чувала. Временными жилищами (на пашне – для земледельных работ, в тайге – на время охоты и заготовки орехов) были одаг – коническая постройка из бревен и жердей, крытая берестой (летом), и агыс – каркасное сооружение в форме усеченной пирамиды из бревен, досок, жердей, крытое ветвями или берестой, с очагом в центре (зимой). Еще один тип жилища – русские избы-одноклетки и пятистенки, стали популярны вследствие распространения русской культуры.

У горно-таежных (южных) шорцев преобладала загонная охота на крупного копытного зверя (олень, лось, марал, косуля), позднее – пушной промысел (белка, соболь, лисица, колонок, выдра, горностай, рысь). Кроме охоты были развиты рыболовство, кедровый промысел. У лесостепных (северных) развивалось кочевое скотоводство. Выплавка иковка железа была развита у всех групп шорцев. Подсечно-огневое мотыжное земледелие было распространено в горных районах.

Мужская и женская одежда состояли из рубахи, штанов и халата с вышивкой у ворота, на обшлагах или подоле. Зимой надевали несколько халатов. Обувью служили кожаные сапоги с длинными голенищами. Женщины носили платки, мужчины – шапки.

Первоначально основными продуктами питания шорцев были мясо зверей и птиц, рыба, дикорастущие растения. С развитием земледелия распространилась мука и крупа из ячменя. Степные шорцы употребляли молочные продукты.

Религиозные верования Шорцев претерпели значительные изменения с приходом христианства в Западную Сибирь. На сегодняшний день основная часть шорцев – православные, однако сохраняется и традиционный для шорского населения шаманизм. По мнению кузнецких татар-шорцев, жизнь любого человека полностью зависела от окружающих его духов и божеств трех миров. Общение с духами происходило через особого избранника богов – шамана. К услугам шаманов прибегали очень часто – при болезнях, во время похорон и поминок, при рождении детей, перед охотой и т. д.

На сей день, несмотря на вырождение культурных традиций, продолжает сохраняться национальная специфика в области материальной культуры (жилища, хозяйственная деятельность, пища, промыслы, утварь). В сфере традиционной духовной культуры до сих пор сохраняется синкретический религиозный комплекс, включающий в себя элементы христианских и дохристианских верований.

К. И. Давлетова, Е. А. Рагозина, К. Н. Чиняева,
У. Н. Сейфуллаева
**ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ НАРКОМАНИИ В ОФИЦИАЛЬНОЙ
ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ РОССИЙСКОГО
ПРАВИТЕЛЬСТВА**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель С. О. Вишневский*

Гражданская война в России, как результат нарушения единства и целостности важнейшего политического института, сопровождалась проти-

востоянием ведущих векторов социальной ментальности, с непосредственным разобщением смежных аспектов в общественных концептуальных схемах, что привело к ясно выраженной социальной деформации. В связи с этим, решение наиболее острых социальных проблем представлялось фундаментальной задачей на пути построения прогрессивно-развивающегося общества с конкретно обусловленной идеологией. Для достижения данной цели были привлечены средства массовой информации. Одной из наиболее острых проблем стала проблема детской наркомании, обратившая на себя внимание официальной периодической печати Российского правительства в 1919 г.. Исследование позволяет оценить степень морально-нравственной коррозии общества и позицию правительства А. В. Колчака по данному вопросу.

Предмет исследования – детская наркомания. Объектом исследования является освещение проблемы детской наркомании в официальной периодической печати Российского правительства. Цель работы – рассмотреть проблему детской наркомании на территории Сибири в официальной периодической печати правительства А. В. Колчака.

Данное исследование базировалось на таких источниках, как «Правительственный вестник», «Сибирская речь», но наиболее существенный вклад внесла статья из газеты «Русская армия», (1919 г. № 163). Именно в ней наилучшим образом раскрывалась проблема распространения наркомании среди детей. Были взяты во внимание исследования, подтверждающие предположение о том, что до революции проблема наркомании и детской в частности не была актуальной и рост наркозависимости среди молодежи связан с детской беспризорностью и разрухой в стране. К ним относятся труды: Ю.М. Гончарова, О.А. Тяпкиной, Д.Я. Резун, Р. Зимана, А. С. Шоломовича, В. Г. Дубовина.

Что касается позиции изложенной в исследуемой статье, то возникновение массовой социальной девиации среди подрастающего поколения напрямую коррелирует со сложившимся кризисом морально-правовых взаимодействий с экономической, этнической, общественно-бытовой, научной и культурной стороной на протяжении предшествующих пяти лет. Немаловажная роль отводится влиянию Красной армии, как пусковому фактору в вопросе социальной деформации, с введением соответствующей периодизация «до большевистских ужасов и после». Однако стоит отметить, что воздействию психоактивных веществ подвергала себя не только рассматриваемая категория населения, но и интеллигенция, что значительно отягощало сложившуюся ситуацию. В целях борьбы с проблемой нарастающего масштаба, в статье приводятся различного рода профилактические аргументы, основанные на религиозной, медицинской и патриотической концепции. Первая связана с отсылкой на фундаментальное понятие «греха» и как следствие – нарушение структуры и целостности человеческой души. Вторая – это непосредственное воздействие патогенных факторов на организм, с последующим угнетением его функций и ухудшением качества жизни.

ни. Патриотическая концепция базировалась на поддержании господствующей идеи во имя создания «Свободной России», в достижении которой первостепенное значение имело состояние здоровья граждан и их нравственная подоплека.

Таким образом, мы можем прийти к выводу, что проблема детской наркомании, возникшая в период Гражданской войны на территории Сибири, имела, по всей видимости, либо весьма распространенный характер, либо оказалась настолько непредвиденной и ужасающей, что удостоилась внимания в рамках периодической печати.

К. Ю. Иванилов

АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ВЕНГЕРОВСКОГО РАЙОНА

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.и.н., доцент А. Г. Шатов*

История исследований археологических памятников Новосибирской области достаточно широко освещалась специалистами. Описание ряда памятников вошли в печатные издания, начиная с конца XVIII столетия. Цель данного исследования – обобщить и систематизировать известные источники по истории археологических исследований на территории Венгеровского района Новосибирской области. В ходе работы были изучены опубликованные материалы по истории археологических исследований территории Венгеровского района.

Начало археологического изучения памятников Барабы следует отнести к 30-40 годам XVIII века, когда в Сибири работала академическая экспедиция Г. Ф. Миллера. В 1771 – 1772 гг. на территории Зауралья и Западной Сибири работала Оренбургская экспедиция, возглавляемая академиком И. П. Фальком. И. Д. Черский в материалах «Геологического исследования Сибирского почтового тракта» указал на наличие 206 курганов выше впадения реки Тартас в Омь.

С 1895 – 1896 г.г. раскопки Барабинской лесостепи производил прозектор Томского университета С. М. Чугунов. Эти работы можно считать первыми научными раскопками на территории Венгеровского района. В 1896 г. профессор Томского университета В. М. Флоринский собрал через местные власти сведения о сибирских курганах. Так была составлена первая сводка расположения курганов по Венгеровскому району.

В 1908 г. А. М. Молотиллов дал описание Вознесенского городища и курганных групп по рекам Омь и Тартас. В 1925 году были проведены первые раскопки Вознесенского городища сотрудниками Омского краеведче-

ского музея А. М. Жихарёвым и В. А. Клодтом, продолженные в 1926-1927 годах П. А. Дмитриевым и В. П. Левашовой.

В 1966 году на территории района начала археологические исследования Т. Н. Троицкая. Были уточнены и дополнены сведения о Вознесенском городище, Вознесенских курганах, исследован курган памятника Венгерово-1А, Усть-Тартасский могильник и примыкающее к нему городище. В 1971 году В. А. Борзунов провел разведку в Барабе, иртышский отряд под руководством д.и.н. В. А. Могильникова обследовал ряд курганных групп и выявил поселения эпохи раннего железа и барабинских татар. В 1973 году осмотр археологических памятников Венгеровского района совершил академик А. П. Окладников. Его интересовали прежде всего памятники древнекаменного века. С 1974 года на территории района работал Барабинский отряд Новосибирской археологической экспедиции НГПИ под руководством В. И. Соболева.

В последние десятилетия XX века крупные раскопки в Венгеровском районе проводили Н. В. Полосьмак (памятники раннего железного века Ложка-4 и 2), В. С. Елагин (памятники I тыс. н.э.), А. И. Соловьев (памятник Усть-Изес-1 и могильник Чуланкуль-1), А. В. Нескоров (раскопки памятника Старый Сад), Д. Г. Савинов (могильники Венгерово-1, Венгерово-7).

С 1972 года и по настоящее время на территории Венгеровского района ежегодные исследования проводит Западно-Сибирский отряд Северо-Азиатской комплексной археологической экспедиции ИАЭТ СО РАН под руководством академика РАН, д.и.н., профессора В. И. Молодина.

Таким образом, на территории Венгеровского района обнаружено около 173 археологических памятников, исследование которых позволит реконструировать быт и культуру населения от эпохи верхнего палеолита до позднего средневековья и колонизации Сибири русским населением.

П.Ю. Капустина, Т.А. Кузнецова
ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель О.Ю. Сиваченко*

В современном мире все чаще можно наблюдать, как гендерные стереотипы, продиктованные историческим развитием и особенностями культуры общества, меняются под влиянием модернизационных процессов. Одни из них становятся более гибкими в связи со смягчением социальных стандартов и норм, другие же, наоборот, остаются традиционными. Разные взгляды на гендерные роли часто приводят к непониманию между мужчинами и женщинами. Цель данной работы – изучение отношения студентов к самым ярким и клишированным гендерным стереотипам

Объектом нашего исследования стали студенты 1-2 курсов НГМУ, предметом - стереотипные впечатления о гендерном поведении и семейно-брачных отношениях. В работе использовался гендерный подход. Исследование проводилось методом анкетирования. Каждый вопрос в анкете представлял собой пару стереотипов (один из них касался женщин, другой мужчин), отражающих один из аспектов гендерного поведения. Человек в семье и обществе исполняет множество ролей. Мы выделили основные: поведение в семье, сексуальное поведение, отношение к домашним обязанностям и профессиональной деятельности, способ самореализации, отношение к официальной регистрации брака и стереотипы, касающиеся проявления эмоций.

Нами было опрошено 100 респондентов, выборка носила случайный характер. Мы предположили, что основными факторами, влияющими на формирование гендерных стереотипов, являются такие параметры, как пол, наличие стабильных отношений, место проживания до поступления в университет (город или сельская местность) и возраст.

В ходе нашего исследования мы подтвердили, что в большинстве случаев мнение о стереотипах, касающихся своего и противоположного пола у женщин и мужчин, различаются. Такая тенденция прослеживается в стереотипах о доминантной позиции мужчин и подчинительном положении женщин в паре, в паре стереотипов о неполных семьях, а так же в тех стереотипах, которые касаются профессиональной деятельности.

В вопросах верности партнерам все респонденты демонстрируют согласие с тезисом о том, что женщина должна хранить верность своему партнеру, однако не все респонденты мужского пола согласны с подобным утверждением для мужчин.

Среди респондентов младше 20 лет выявлено более гибкое отношение к официальному заключению брака по сравнению со старшей группой, при этом не выявлено достоверных различий во мнениях у мужчин или женщин, хотя согласно общественному мнению, мужчины относятся к браку более негативно.

Так же мы можем говорить о том, что уходит в прошлое стереотип о том, что сохранение семьи - обязанность женщины, число не согласившихся с этим в небольшой степени превалирует над числом согласившихся во всех группах респондентов.

В целом, мы можем утверждать, что чаще всего отклонения от общепринятого мнения демонстрирует группа респондентов женского пола, проживавших в городе до поступления в институт, они обладают более гибкими взглядами на межполовые и семейно-брачные отношения, чем остальные респонденты.

Следует отметить, что молодежь продемонстрировала высокий уровень согласия с привычными стереотипами и традиционной моделью семьи. Тем не менее, это не означает, что в жизни опрошенные руководствуются этими стереотипами, хотя они по-прежнему оказывают большое влияние на наше общественное сознание.

К.А. Косачева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТНОГО ПОДХОДА В РЕШЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

*Кафедра теории и технологии социальной работы,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель А.Л. Сюткина*

В настоящее время не только для нашей страны, но и для стран всего мира характерным является увеличение количества детей, имеющих различные отклонения в развитии. Данные официальной статистики говорят о том, что нарушения зрения занимают в этом перечне одно из центральных мест.

Исследования детей с нарушением зрения (Нефедовская Л.В., Винярская И.В.) позволяют сделать вывод о том, что качество жизни слабовидящих детей сравнительно ниже по отношению к их здоровым сверстникам. В особенности страдает такой параметр качества жизни как социальное функционирование (на 20% ниже, чем у здоровых детей). Инструментом исследования послужил общий опросник Pediatric Quality of Life Inventory — PedsQL 4.0, русская версия.

В современной специальной психологии центральной проблемой слабовидящих детей выступает отклонение в приеме, переработке и использовании информации, поступающей из окружающей среды.

По результатам социологического исследования, проведенного на базе Ассоциация «Интеграция» (n=10), можно сделать вывод о том, что общественная культура, ориентированная на здоровых людей, становится недоступной для слабовидящих детей. В свою очередь, именно общественная культура призвана донести до индивида тот необходимый набор ценностей и норм, который необходим ему для успешной социальной адаптации и интеграции в общество.

Одним из способов решения данной проблемы представляется разработка социального проекта, основной целью которого является формирование навыков в приеме, переработке и использовании информации, поступающей из окружающей среды у слабовидящих детей.

Для решения данной проблемы был разработан пилотный социальный проект «Кино для каждого». Проект представил собой семейный кино клуб, основанный на просмотре мультфильмов с использованием техники тифлокомментирования с последующим его обсуждением и закреплением эффекта запоминания с помощью арт-технологий. Мультфильмы отбирались по определенным критериям. Центральным из них: трансляция в мультфильме основных ценностей, норм, паттернов поведения, необходимых для эффективной социальной адаптации.

Данный проект был внедрен в работу общественной организации Ассоциация «Интеграция» г.Новосибирска и получил высокую оценку со сто-

роны специалистов-тифлопедагогов. Использование проектного подхода обеспечило эффективное, последовательное и комплексное применение технологий психолого-социальной работы и организационных методов с целевой группой проекта.

Ю. А. Курносова
**БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ ТИФА В Г. НОВНИКОЛАЕВСКЕ
В 1919-1920 ГГ.**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель О. В. Батанина*

Темы состояния санитарно-эпидемиологической ситуации Новониколаевска времен Гражданской войны является достаточно актуальной. Как развивалось здравоохранение, какой путь оно прошло в эту трудную эпоху, сколько испытаний вынесли простые жители города в борьбе с тяжелейшими заболеваниями, сколько трудились медицинские работники, стоящие на охране здоровья населения – все эти вопросы представляют собой широкое поле для исследования. Однако попытки отечественных историков взглянуть на прошлое своего региона и своей малой родины периода революций и гражданской войны сквозь призму обыденной жизни «простых» людей носят лишь единичный характер. Как, например, исследования И.В. Нарского, П.П. Садовского, Л.М. Горюшкина. Основным источником исследования являются документы фонда Новониколаевской губернской чрезвычайной комиссии по борьбе с тифом. (ГАНО. Ф.Р. 34)

Медико-санитарная сеть г. Новониколаевска была весьма незначительной. Затянувшаяся Гражданская война значительно разрушила и без того мизерную, низкого качества сеть здравоохранения. Вспыхнувшие вместе с войной грозные эпидемии брюшного, сыпного тифа далеко отбросили созидательную работу в здравоохранении. Возникла необходимость открытия больниц на скорую руку. Сотни и тысячи больных требовали госпитализации. Койки разворачивались по мере роста эпидемий инфекционных заболеваний. А удовлетворить все потребности в госпитализации не представлялось возможным. Условия для развития других разделов медицины фактически отсутствовали. Этот период можно было назвать военным, проходившим при чрезвычайно тяжелых условиях на фронте борьбы с эпидемиями инфекционных заболеваний.

В 20-е гг. новониколаевцам пришлось не на словах узнать, что такое тиф, чем он угрожает, и какими средствами с ним сражаться. Эпидемия, которую очевидцы называли «мором» – это событие, нарушающее привычный жизненный уклад. Однако можно прийти к выводу, что человек этого

времени прежде всего боролся за выживание, поскольку жизненные обстоятельства оставались, несомненно, тяжелыми. В начале 1920-х гг. различные опасности и разруха были неизбежны и повсеместны, и они становятся неперенными чертами повседневности.

Для борьбы с брюшным и сыпным тифом, принявшим в 1919-1920 годы размеры эпидемии, в г. Новониколаевске и губернии приказом Всероссийской комиссии по улучшению санитарного состояния республики № 34 от 4 января 1920 г. была организована Чрезвычайная комиссия (ЧЕКА-ТИФ). ЧЕКА-ТИФу предоставлялась вся полнота власти по проведению необходимых мер для борьбы с эпидемиями. ЧЕКА-ТИФу предоставлялось право организовывать технические подкомиссии по снабжению, транспорту, ремонту помещений. Весь медицинский персонал г. Новониколаевска поступал в распоряжение комиссии. ЧЕКА-ТИФ в короткие сроки проделала огромную работу по профилактике заболеваний тифом, выявлению и активному лечению всех заболевших.

В.А.Мисюркеев

ВКЛАД М.С. САФОНОВА В ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ СИБИРСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра социально - исторических наук,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: О.В.Ботанина

История медицины и здравоохранения является неотъемлемой частью социальной истории. Являясь дисциплиной комплексной, она затрагивает проблематику различных областей знания. В Новосибирском государственном медицинском институте впервые изучением истории медицины занялся Михаил Спиридонович Сафонов. Его деятельность по изучению развития и здравоохранения в Сибири не нашла отражения в научных и публицистических работах, исследователь оказался незаслуженно забытым. Из этого вытекает цель данной работы – осветить преподавательскую и научную судьбу М.С. Сафонова.

Источниковую базу исследования составили материалы архива Новосибирского государственного медицинского университета (личное дело М.С. Сафонова), а также документы из личного фонда М.С. Сафонова (Ф.761, МКУ «Новосибирский городской архив»)

Из материалов личного дела Сафонова узнаем подробно о его деятельности в стенах Новосибирского Государственного Института. Карьера Сафонова начинается в 1947 году 22 июня. Согласно приказу Михаила Спиридоновича переводят из Сталинградского медицинского института в НГМИ на должность начальника кафедры военно-медицинской подготовки. За

годы работы не раз получал благодарность за свою работу. В характеристике дана положительная оценка работе Сафонова и его личным качествам. К 1960 году оставляет свою должность. А со 2 февраля 1962 года начинает работать в качестве ассистента кафедры здравоохранения и истории медицины. Одновременно с должностью ассистента кафедры здравоохранения и истории медицины в 1968 году вступает на должность декана факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей. Спустя 4 года Сафонов переведен на должность заведующего производственной практикой студентов. Так же в это время Михаилу Спиридоновичу назначают исполнение обязанностей проректора по лечебной помощи на общественных началах. В 1974 году 17 апреля Михаил Спиридонович Сафонов пишет заявление об увольнении по состоянию своего здоровья. Сафонов внес огромный вклад в развитие кафедр НГМИ, за что не раз ему объявлял благодарность ректорат.

На протяжении своей научной деятельности М.С. Сафонов опубликовал ряд работ, касающихся истории развития медицины в Сибири. Основной труд под названием «Очерки по истории развития здравоохранения в Новосибирской области» создавался более 5 лет. М.С. Сафонов, не будучи профессиональным историком, осознавал важность использования архивных материалов при написании научных трудов. Конечно, работы М.С. Сафонова можно считать методологически устаревшими, но фактический материал, содержащийся в работах, представляет актуальность и по сей день.

Немаловажным аспектом является и преподавательская деятельность М.С. Сафонова – помимо учебной нагрузки, он возглавлял студенческое научное общество на кафедре здравоохранения и истории медицины.

А.Е. Мухин

ВЕРА НИКОЛАЕВНА ПОТАПОВА – ПЕРВЫЙ ДЕКАН ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НГМУ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.и.н, доцент И.И. Николаева*

История Новосибирского государственного медицинского университета складывается из страниц жизни незаурядных личностей, оставивших заметный след в науке, в подготовке и воспитании будущих врачей. Таким незаурядным и интересным человеком была Вера Николаевна Потапова, ушедшая из жизни 7 ноября 2013 г.

Цель данной работы – представить биографический очерк о Вере Николаевне Потаповой, который позволит проследить ее жизненный путь, по-

казать вклад в становление и развитие педиатрического факультета НГМУ и педиатрической службы Новосибирска в целом, оставить память для потомков об этом замечательном человеке. Основными методами источниковедческого анализа послужили материалы из архива НГМУ, музея НГМИ-НГМА-НГМУ, периодической печати, а также воспоминания преподавателей и выпускников НГМУ, которые долгое время работали вместе с Верой Николаевной.

В середине 60-х годов в г. Новосибирске и области возникла потребность в развитии и улучшении работы детских лечебных учреждений, а также необходимость снижения детской смертности. С этой целью в 1965 г. в НГМИ был открыт второй крупный факультет – педиатрический, у истоков создания которого стояла Вера Николаевна Потапова, став его первым деканом (1965-1969), а также заведующей кафедрой факультетской (госпитальной) педиатрии (1969 -1997).

Создание педиатрического факультета НГМИ послужило началом развития педиатрической службы города – были открыты детские педиатрические отделения различного профиля, а детское соматическое отделение областной клинической больницы стало базой кафедры факультетской педиатрии, первым руководителем которой была В.Н. Потапова. Вера Николаевна занималась не только преподавательской деятельностью, но и участвовала в оказании лечебной и диагностической помощи детям, консультируя тяжелых больных и проводя клинические разборы в стационаре. Некоторое время она была главным педиатром города.

В.Н. Потапова строго придерживалась принципа, что каждый преподаватель кафедры должен, прежде всего, быть врачом высокой квалификации. Под ее руководством кафедра всегда была организатором проведения в городе клинических и научных конференций для врачей города. По воспоминаниям современников Вера Николаевна Потапова осталась в памяти очень открытым человеком, прекрасным педагогом и педиатром. В.Н. Потапова учила главному, без чего не может существовать врач и что является основой врачебного искусства – клиническому мышлению. Она была великолепным лектором, умело адаптирующим излагаемый материал к аудитории, ярким оратором и врачом, умеющим разобраться в самых сложных ситуациях. Вера Николаевна умела объяснять сложные вещи простым понятным языком, чтобы заинтересовать студента, внушить искреннее сопереживание к больному ребенку, которое заключалось, прежде всего, в желании грамотно оказать помощь. Она умела привить ощущение, что пациент это не объект, а личность, которая, несмотря на детский возраст, требует уважения.

Жизнь Веры Николаевны – часть истории вуза и, в частности, педиатрического факультета. За все годы работы в НГМИ она запомнилась своим коллегам и ученикам, как хороший организатор, высококвалифицированный педагог, врач-педиатр высшей категории и научный работник.

Е.С. Черкасова
**ВЫПУСКНИКИ НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
ИНСТИТУТА – УЧАСТНИКИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Н.В. Пинтилей*

В 2015 году Российская Федерация будет отмечать 70-ую годовщину Победы в Великой Отечественной войне. История этой войны хранит много примеров мужества и высокого героизма военных медиков, в том числе и выпускников Новосибирского государственного медицинского института (НГМИ), которые внесли свой весомый вклад в общую Победу.

В конце 70-х годов на кафедре истории КПСС и политэкономии НГМИ (ныне кафедра социально-исторических наук НГМУ) был создан студенческий научно-исторический кружок «Поиск», который собирал биографические материалы о выпускниках НГМИ, участниках Великой Отечественной войны. В настоящее время эта работа продолжается, готовятся запросы в Государственный архив о получении дополнительных материалов, связанных с военной судьбой выпускников Новосибирского медицинского института. Цель исследования состоит в том, чтобы на примере выпускников НГМИ, участвовавших в Великой Отечественной войне показать роль медиков в тяжелые годы войны и значение их вклада в общую Победу для военно-патриотического воспитания будущих врачей. Основным методом исследования стал анализ архивных материалов НГМУ, музея НГМИ-НГМА-НГМУ, а также материалы периодической печати разных лет. При анализе уже имеющихся документов, были использованы современные формы сбора информации, в частности сайты Обобщенный Банк Данных «Мемориал» и «Великая Победа».

Новосибирский государственный медицинский институт был создан в 1935 году. Первый набор состоял из студентов 3 курса, переведенных из Томского и Омского медицинских институтов. Выпуск первых студентов прошел незадолго до войны – в 1938 году. Самостоятельный набор студентов в НГМИ прошел в 1936 году, и их выпуск пришелся как раз на 1941 год, когда после государственных экзаменов выпускники фактически уходили на фронт. Первые выпуски НГМИ и последующие за четыре года Великой Отечественной войны назовут в нашем вузе «огненными».

С начала войны ни на один день не прекращались занятия в медицинском институте. Произошла перестройка учебного процесса, связанная, прежде всего, с увеличением количества часов на преподавание военных дисциплин, а также курсов хирургии и инфекционных болезней. Потребность в военных врачах, особенно в первые годы войны, была очень велика, поэтому в стране было принято решение сократить срок обучения в медицин-

ских вузах с 5-ти до 3,5 лет. Это была вынужденная, временная мера, в результате чего в НГМИ в первые два года войны, помимо основных выпусков осуществилось еще два ускоренных выпуска. Всего за всю Великую Отечественную войну в Новосибирском медицинском институте состоялось шесть выпусков, в результате чего страна получила 1117 дипломированных врачей, около 80 % из которых были призваны в армию или добровольцами ушли на фронт. Среди них, например, Е.Е. Чумерина, выпускница 1942 года, прошедшая войну старшим лейтенаном медицинской службы, военврачом-хирургом 322-го медсанбата 259-й Артёмовской стрелковой дивизии Ленинградского, 1-го, 2-го и 3-го Украинских фронтов; Э.И. Закстельская, выпускница 1944 года, сразу ушедшая на фронт, и служившая старшим лейтенантом медицинской службы эвакуационного госпиталя № 2912 2-го Белорусского фронта и многие другие. Жизнь наших выпускников, участвовавших в Великой Отечественной войне, является ярким примером настоящего служения Родине. Их пример - это лишь одна страница общего Подвига медиков в годы войны. Подобные примеры помогают нам и в мирное время учиться беззаветному служению идеалам добра во имя спасения жизней людей.

А.В. Шурунова
**ПРЕПОДАВАТЕЛИ И СОТРУДНИКИ НГМИ – УЧАСТНИКИ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель; к.и.н, доцент И.И. Николаева*

Великая Отечественная война – самая страшная война XX века стала серьезным испытанием для Российского государства. Огромный вклад в ее Победу внесли медики. Особая задача лежала на медицинских институтах, которые готовили врачей, фактически сразу после государственных экзаменов уходивших на фронт.

Цель данного исследования заключается в обобщении и дополнении материала, накопленного в музее НГМУ, о преподавателях и сотрудниках НГМИ, участвовавших в Великой Отечественной войне. Основным методом исследования явился анализ архивных материалов НГМУ, периодической печати, а также использования современных форм сбора информации через интернет.

Это исследование является логическим продолжением работы, начатой еще в конце 70-х годов на кафедре истории КПСС и политэкономии НГМИ (ныне кафедра социально-исторических наук НГМУ), на которой был создан студенческий научно-исторический кружок «Поиск». Он занимался со-

бором биографических материалов о преподавателях и сотрудниках НГМИ, участниках Великой Отечественной войны. На основе деятельности кружка на протяжении последних 15 лет было выпущено три книги, посвященных преподавателям и сотрудникам вуза, участвовавших в Великой Отечественной войне, и в дальнейшем продолживших работу в НГМИ. Это книги «Тебе, Победитель, наш низкий поклон» (2000), «Ради жизни на Земле» (2005) и «Все для фронта, все для Победы» (2010).

Преподавателей и сотрудников НГМИ, кто своими ратными подвигами внес вклад в общую Победу над фашизмом, условно можно разделить на три группы. К первой группе следует отнести тех, кто ушел на фронт, имея уже за плечами опыт работы в НГМИ. Влившись после войны в профессорско-преподавательский состав, они создавали свои научные школы, способствовали высокому уровню подготовки врачей. Это профессора Л.Л. Ванников, А.А. Демин, В.Я. Карякин, Б.А. Полянский, М.Я. Субботин и др. Ко второй группе можно отнести тех, кто не успел получить медицинского образования до войны. Но они воевали стрелками, разведчиками, минометчиками, младшими командирами. А уже после окончания войны получили высшее медицинское образование и остались работать в НГМИ. Это академик В.П. Казначеев, профессора Я.Д. Финкинштейн, Г.Л. Феофилов, доценты Ю.В. Тарадайко, А.С. Ярославцев и др. К третьей группе можно отнести преподавателей, участников войны, которые не имели медицинского образования, но работали на гуманитарных кафедрах и других подразделениях вуза, занимаясь патриотическим, нравственным воспитанием будущих врачей. Это доценты Р.С. Базаркина, Н.И. Брюханов, П.А. Потапов, профессор А.Г. Пусеп, В.Е. Чаплик и др.

Все преподаватели и сотрудники НГМИ, участники Великой Отечественной войны имели правительственные награды – боевые ордена и медали. Благодаря современным интерактивным возможностям изучения архивных материалов через интернет, в частности, через сайт «Великая Победа», на котором размещены наградные документы всех участников Великой Отечественной войны, появилась возможность дополнить материалы о подвигах наших ветеранов. Результатом данного исследования должна стать новая книга «Живем и помним», которая выйдет в НГМУ в 2015 г., когда вся страна будет отмечать 70-летие Великой Победы.

К. Г. Аладкина
**ОБРАЗ ЧЁРНОГО ЧЕЛОВЕКА В ПОЭМЕ С. А. ЕСЕНИНА
«ЧЁРНЫЙ ЧЕЛОВЕК» КАК ОТРАЖЕНИЕ ПСИХО-
ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ АВТОРА**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Л. С. Захидова*

Ведущими нотами в творчестве Сергея Александровича Есенина на протяжении всей его поэтической деятельности являлись Природа, Родина и Любовь. Стремление поэта к всеобщей гармонии, к единству всего сущего на земле — важнейший принцип его художественной композиции. На фоне произведений, написанных поэтом ранее, «Чёрный человек» воспринимается весьма контрастно. Ни одно из произведений С.А.Есенина не вызывало столько споров, продолжающихся и по сей день. Кто такой Чёрный человек? Какой смысл вложен в этот образ? На эти вопросы мы попытались ответить в процессе нашего исследования.

“Чёрный человек” - одно из самых загадочных, неоднозначно воспринимаемых и понимаемых произведений С.А.Есенина. Из биографии поэта мы знаем, что поэма была закончена за несколько месяцев до его самоубийства (своеобразный реквием). Эта жуткая лирическая исповедь требовала от своего создателя колоссального напряжения и самонаблюдения.

Внутренний конфликт Сергея Есенина предстает перед нами в форме диалога поэта с незванным гостем - Чёрным человеком. Он представляется нам худощавым высоким мужчиной средних лет, в чёрном сюртуке, цилиндре, с тростью в руках. Тёмной стороны внутреннего «Я» предстает в этом образе проекция подсознания. Книга, которую читает автор, — биография его слушателя. «Чёрный человек» - лирическое выражение терзания заблудшей души человека. Ночь. Зима. В цилиндре и с тростью перед большим зеркалом с непередаваемой нечеловеческой усмешкой разговаривает душа поэта со своим двойником-отражением. Автор смотрит на свою жизнь

с позиции третьего лица. Трагизм самоощущения героя заключается в том, что он понимает собственную обречённость: все лучшее, сохранившееся в его душе, - из крестьянского мира. Упование природой, преклонение перед Родиной - всё самое светлое в прошлом. Будущее – пугающе, мрачно, беспробудно...

Окунувшись в ту бурю эмоций, которую С. А. Есенин обнажил перед своим читателем, попытаемся объяснить психо-эмоциональное состояние писателя в момент написания поэмы.

Технический прогресс подарил много замечательных изобретений, которые упрощают повседневные бытовые хлопоты, но, в то же время, сокращают взаимодействие между людьми. Постепенно индивид все сильнее отдален от общественного взаимодействия. Человек остается один, воздвигая вокруг себя каменную стену недоверия и отчуждения. С течением времени «душевный мусор» за стеной этой накапливается. Возникает необходимость периодически разряжать накопившиеся напряжение, стрессы, которые стали неотъемлемыми нашими спутниками. Люди, близкие к искусству, находят свои способы избавления от гнетущего. С. А. Есенин исповедует перед своим читателем. Он пытается осмыслить собственную жизнь в контексте исторического времени. Структура поэмы такова, что в центре - мир человека. Отсюда ведущий приём реализации авторского замысла - лирическая исповедь.

В последние месяцы жизни С.А. Есенин жаловался на ухудшение здоровья, был «нелюдим», как отзывались о нем современники. В состоянии душевного угнетения, в котором, несомненно, находился поэт на момент написания поэмы, важно держать эмоции под контролем, чтобы избежать перерастания психо-эмоционального недомогания в физическое заболевание, чему и способствовало написание поэмы «Чёрный человек».

А.В. Баранова
**ОБЫДЕННОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОЗНАНИЕ
В СЕМАНТИЗАЦИИ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ, ИМЕЮЩИХ
ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНЕ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Т.Д. Богачанова*

В современном обществе культура речи повсеместно утрачивается, это свидетельствует о том, что язык (отражение состояния общества) находится в глубоком кризисе. В данном докладе мы попытались выяснить, насколько отличается восприятие форм выразительности языка обыденным и профессиональным сознанием на примере некоторых фразеологизмов, употребляющихся в медицинской терминологии. Кроме того, в процессе ис-

следования (анкетирования) знание таких выражений может расширить словарный запас тестируемого учащегося, что тоже немаловажно.

Цель. Сравнить трактовку и восприятие фразеологизмов, имеющих медицинское значение, первокурсниками НГМУ, врачами ГБУЗ НСО Городской клинической больницы №1, соотнести полученные результаты с первоначальным значением, данным во «Фразеологическом словаре русского языка» Булыко А.Н., познакомить тестируемых с данными выражениями, если таковые были не известны им ранее; научиться проводить опросы и анкетирования, подчитывать результаты.

Для нашего исследования мы взяли 10 фразеологизмов, относящихся к медицине (по смыслу или ассоциации). Врачам и студентам-медикам было предложено написать собственное восприятие этих фраз, ответив на вопрос «Как вы понимаете значение данных фразеологизмов?», потом мы сравнили их варианты со значением этих фразеологизмов в словаре. Например, фразеологизм «*Через час по чайной ложке*». Во фразеологическом словаре его значение таково: «*Очень медленно или очень долго*». 73,4% первокурсников ответили правильно, но 14,3% считают, что это такая форма записи рецепта, и никакого другого смысла в этом выражении не содержит. 7,8% не смогли ответить на поставленный вопрос, что говорит о том, что данные работы должны проводиться чаще, так как они могут заинтересовать студентов, заставить их обратиться к первоисточнику, чтобы узнать истинное значение. 4,5% опрошенных считают, что данный фразеологизм означает строгое соблюдение чего-либо, постепенное понимание или очень малое количество вещества. Среди врачей 83% ответов были правильны, а 17% считали, что фраза говорит о принятии лекарства, т. е. о рецепте.

Итак, в данной работе мы, проанализировав восприятие фразеологизмов первокурсниками НГМУ и врачами, сравнив их с оригинальным значением, приведенным в словаре, можем прийти к выводу, что в большинстве случаев испытуемые знакомы со значением данных фразеологических единиц.

Т.Д.Богачанова*

СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЕННОСТИ МЕТАЯЗЫКОВОГО СОЗНАНИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ СТИЛИЗАЦИЙ, СОЗДАННЫХ НА ОСНОВЕ РАССКАЗА М.М.ЗОЩЕНКО «АРИСТОКРАТКА»)

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.ф.наук, профессор КемГУ Н.В.Мельник*

Работа посвящена основным проблемам *лингвоперсонологии*, а именно, изучению языковой личности, способов проявления *метаязыкового сознания*.

ния при текстопорождении, выявлению *тенденций к персонализации и деперсонализации* при текстопорождении и текстовосприятии.

Цель работы - выявление тенденций к персонализации и деперсонализации при текстопорождении, позволяющих выявить степень проявленности метаязыкового сознания в тексте.

Языковая личность - «набор языковых способностей, умений, готовностей производить и воспринимать речевые произведения» [Караулов 2014]. Ключевым моментом является способность языковой личности к созданию и восприятию *текстов*. В настоящем исследовании мы обращаемся к метатексту как высказыванию о высказывании, тексту о тексте. Главную роль в этом процессе играет метаязыковое сознание, при выявлении степени проявленности которого в тексте нужно учитывать тенденции к персонализации и деперсонализации. Первая указывает на проявленность свойств личности, последняя – их нивелирование.

Исследование лингвоперсоналогического и метаязыкового потенциала текста и факторов, влияющих на его реализацию, осуществляется методом лингвистического эксперимента. В качестве испытуемых привлекались студенты 1 курса педиатрического и стоматологического факультетов НГМУ. Основным источником материала послужил фрагмент из рассказа М. М. Зощенко «Аристократка», который студентам необходимо было продолжить. Полученные результаты были подготовлены для проведения следующего этапа эксперимента: группе был роздан напечатанный вариант вторичных текстов с целью распознавания авторов предложенных работ. Участники эксперимента отвечали на вопросы: «Как Вы думаете, кто написал этот текст?», «почему Вы считаете, что этот текст принадлежит именно этому автору?».

В ходе анализа экспериментальных данных мы пришли к следующим выводам. Вторичные тексты получились разнообразными, так как были объектом метаязыковой рефлексии разных людей. Однако нами была отмечена невысокая степень проявленности метаязыкового сознания в тексте: авторство некоторых текстов было установлено на 60% (личности персонализированные), а авторы других текстов так и остались неугаданными (деперсонализированными). Причина, по нашему мнению, заключается в невысокой степени знакомства участников эксперимента друг с другом, неразвитом метаязыковом чутье или неготовности анализировать письменную речь. В дальнейшем мы будем продолжать проводить подобные эксперименты для установления степени проявленности метаязыкового сознания.

А. А. Богданова, Т.Г. Шинко
**ПРИЗНАКИ МОТИВАЦИИ В НАЗВАНИЯХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст.преподаватель Е.В.Грищенко*

Медицинская терминология в большей степени, чем терминология некоторых других научных дисциплин была подвержена влиянию обыденных представлений людей об устройстве мира и человека. И эти представления давали толчок к росту научного знания и формированию будущих научных терминов. В ходе исследования мы обратились к отражению различных признаков мотивации в названиях лекарственных растений.

При изучении необходимого материала было отмечено, что пути образования наименований лекарственных растений разнообразны. По признакам мотивации можно составить следующую классификацию названий лекарственных растений:

1) Названия растений, пришедшие из мифологии и религии (Пример: Artemisia (Полынь) – растение богини охоты Артемиды; Adonis – имя греческого юноши, любимца Афродиты, погибшего на охоте).

2) Названия растений, основанные на биологических и морфологических особенностях растения (Пример: Schizandra (Лимонник) – от греч. Schizo – расщеплять и Andros – мужчина, т.к. пылинки отделены от цветоложа; Bistorta (Змеевик) – от лат. Bis – дважды и torta – скрученная, т.к. у этого растения скрученное корневище).

3) Названия растений, основанные на описании их действия на живой организм (Пример: Althaea (Алтей) – от греч. althomai – излечиваться, исцеляться; Belladonna (Красавка белладонна) - от итальянских слов bella – красивая и donna – женщина (сок закапывали в глаза для придания блеска)).

4) Названия растений, производные от имён ученых (Пример: Scopolia – от имени итальянского врача и натуралиста Скополии).

5) Названия растений, пришедшие из других языков (Пример: Ipsecuanha (Ипекакуана) – от индийского I- маленькое, re- придорожное, каа – растение, guene - рвотное; Mays (Кукуруза) – от мексиканского народного названия mahiz).

Различны по происхождению и видовые эпитеты. Чаще всего они указывают на местность произрастания (palustris, silvaticum), распространённость (vulgaris), действие на человека (somniferum - «сон несущий»).

Большой интерес также представляют собой народные русские названия лекарственных растений. Как правило, одно и то же растение может иметь от трех до пяти синонимов. Например, растение, имеющее латинское название Polygonum aviculare, на русском языке может звучать как Спорыш

(за способность быстро отрашивать побеги), Гусятница (его любят птицы) или Топтун-трава (устойчивость к вытаптыванию).

Номинация растений - процесс завершённый, но изучение признаков мотивации в названиях растений помогает фармацевту получить информацию о структуре и морфологических свойствах растения, определить его терапевтическое действие на организм человека, что, безусловно, способствует лучшему запоминанию.

А. С. Вахабова, Д.У. Хайдаров
**ФЕНОМЕНЫ «БОЛЕЗНЬ» И «ЗДОРОВЬЕ» В РУССКОЙ
ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель О.В.Завадская*

В работе проводится анализ феноменов «болезнь» и «здоровье» на основе исследования лексикографической интерпретации абстрактных понятий «здоровье» и «болезнь» и выявляются их лексико-семантические варианты (ЛСИ).

Как показал анализ сочетаемости имён «здоровье» и «болезнь» в текстах разных жанров, понимание и оценка, стоящих за ним абстрактных феноменов, различаются в русской культуре, в первую очередь, в зависимости от принадлежности её носителей к тем или иным сферам деятельности. Для исследования мы использовали медицинские тексты, взятые из СМИ, религиозные тексты православных авторов, научные тексты и работы по нетрадиционной медицине. По классификации Зализняка И.С. можно выделить шесть основных концепций здоровья и болезни:

- 1) органическая или ботаническая;
- 2) механистическая модель;
- 3) узкоспециальный медицинский подход;
- 4) адаптационный подход;
- 5) социально-биологический подход;
- 6) ценностный подход;

Таким образом, рассматривая здоровье с точки зрения медицинского подхода, можно сказать, что это состояние, соответствующие нормальным соматическим показателям, т.е., нормальное артериальное давление, состав крови и т.д., а болезнь – отклонение от нормы. Тогда как ценностный подход, который характерен для православных авторов, трактует здоровье как целостность и неповреждённость человеческой природы, а болезнь – следствие изменившейся природы человека после грехопадения.

Для получения результатов исследования применялся, главным образом, концептуальный анализ, что позволило изучить синонимические, антонимические и деривационные возможности слов, а также обозначить влияние медицинского компонента на другие сферы русского языка. Медицинская сфера русской культуры, эксплицируя свои представления о здоровье и болезни, черпает предикаты для соответствующих имён из таких сфер, как, военная, спортивная, экономическая. С другой стороны, медицинская сфера служит активной донорской зоной для формирования метафорических представлений медицинских метафор в других сферах языка, таких как, политическая, экономическая и религиозная.

Исследование данных понятий даёт ценный материал для выяснения вопросов, связанных с историей и динамикой языка и его понятий.

Р. В. Вердиев

РЕЧЕВОЕ МАНИПУЛИРОВАНИЕ СОЗНАНИЕМ В РЕКЛАМЕ (МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ)

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Л. С. Захидова*

Реклама играет ключевую роль в жизни современного общества. Ввиду становления новой формационной ступени развития рыночные отношения приобрели массовый характер и получили распространение по всему миру. Вследствие краха командной системы, господствовавшей в СССР, каждый предприниматель нового государства России получил возможность производить товар именно такой, какой он считает необходимым. Это привело к распространению рекламы в нашей стране (конечно, нельзя считать, что раньше ее не было, однако она не имела столь массового характера). Под влияние рекламы попадают как обычные люди, так и специалисты в разных областях развития. Медицинский работник тоже подвержен воздействию на свое сознание. Однако, вырабатывая определенную цепь защиты, можно минимизировать ее влияние.

Попробуем выявить основные методы манипулирования сознанием и дать им характеристику. Данная работа основана на нашем наблюдении над контрольной группой, насчитывающей 17 человек. Группе были представлены рекламные ролики известных товаров и производителей, а затем был проведен опрос. На основании данных опроса были сделаны количественные и качественные измерения. На основании их можно сделать предположение о том, какой метод является наиболее эффективным.

Наибольшее число голосов получает метод креативности. Оригинальная идея, звуковое и видео сопровождение налаживает контакт между от-

правителем и получателем информации. Сам того не осознавая, индивид получает информацию о товаре под видом хорошо замаскированного обмана. В качестве примера можно привести рекламу операционной системы Windows 8, которая сопровождалась песней «Everything at once» исполнительницы Lenka, что повысило продажи Microsoft.

Вторым по значению выступает слоган. Он выражает основной смысл рекламы посылом покупателю: чем короче и лаконичнее слоган, тем больше у него вероятность успешно осесть в сознании человека.

Наконец, особое место в рекламе уделяют звездам кино, музыки и т.п. Механизм воздействия прост – известный и авторитетный человек пользуется продукцией определенной компании. Вывод – продукт обязан быть качественным. Например, известную певицу или модель приглашают прорекламировать парфюм.

Реклама – очень обширная и открытая для исследований сфера деятельности человека. Науки, занимающиеся ее изучением, имеют огромный потенциал и стоят на пересечении таких направлений, как психология, экономика и пр.

Ежедневно человек сталкивается с большим количеством информации, которую следует анализировать. Необходимо вырабатывать механизмы защиты от рекламы и её последствий. Особенно это касается медицинских работников, чья ответственность перед людьми очень велика.

В.М. Гринвальд, О.А. Закизянова
ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ
КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Л. С. Захидова*

Коммуникация – процесс двустороннего обмена информацией, ведущий к взаимному пониманию. В переводе с латыни «коммуникация» обозначает «общее, разделяемое со всеми». Если не достигается взаимопонимания, коммуникации не состоится. Общение, будучи сложным социально-психологическим процессом взаимопонимания людей, осуществляется по следующим основным каналам: вербальному и невербальному. Важнейшее требование к вербальному общению – это ясность содержания, изложение мысли таким образом, чтобы вас могли понять.

Невербальные средства общения можно называть проще – язык жестов. Язык жестов намного правдивее, его практически невозможно подделать, если вы научитесь его «читать», то будете знать мысли своего собеседни-

ка. Умение «читать» невербальное сообщение собеседника может рассматриваться как профессионально значимое качество врача и позволяет осуществлять более точную диагностику – поведение диссимуляции, при котором пациент сознательно скрывает симптомы своего заболевания. Анализ невербального поведения позволяет выделить характерные мимические реакции на боль, сдержанные жесты, статичные позы – признаки, свидетельствующие о наличии «охранительного» стиля поведения: минимальное количество движений позволяет ограничивать воздействие болевых раздражителей. Кроме того, маленькие дети часто затрудняются в установлении причинно-следственной связи между событиями: им трудно определить, связана ли боль с приёмом пищи, с физическими или эмоциональными нагрузками и т.д. Наблюдение за поведением ребенка может помочь врачу получить необходимую дополнительную информацию.

Реализуясь и проявляясь без участия сознания, невербальные средства обладают самостоятельностью и могут как соответствовать поступающей вербальной информации, так и расходиться с ней и даже противоречить. Противоречие между жестами и смыслом высказываний является сигналом лжи. Важно, что в процессе общения человек больше доверяет знакам невербального общения, чем вербальному. По оценке специалистов мимические выражения несут в себе до 70% информации. При проявлении своих эмоциональных реакций мы, как правило, более правдивы, чем в процессе вербального общения.

Е.Н.Данько

ОБРАЗ ВРАЧА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ М.А.БУЛГАКОВА («СОБАЧЬЕ СЕРДЦЕ», «ЗАПИСКИ ЮНОГО ВРАЧА»)

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Т.Д.Богачанова*

Михаил Афанасьевич Булгаков был не только известным писателем, но и выдающимся врачом. Многие сюжеты и персонажи М. Булгакова взяты из его профессиональной деятельности. Например, в рассказе «Записки юного врача» прототипом главного героя-врача является сам Михаил Афанасьевич. Предметом нашего исследования являются произведения М. А. Булгакова «Записки юного врача» и «Собачье сердце», написанные в 1925 году.

Цель работы - сформировать образ и определить человеческие и профессиональные качества героев-врачей в данных произведениях.

Главные герои в текстах писателя - личности неординарные и очень способные, например, врач из цикла «Записки юного врача» не смотря на свою молодость и неопытность, очень добросовестный, честный человек,

с глубоким чувством долга, старается помочь всем: «...слушал, как таинственно бьется в глубине сердце, и нес в себе одну мысль - как его спасти? И этого - спасти. И этого спасти. Всех!» его не пугают неудачи – он верит в то, что сможет лечить не только человеческие болезни, но и души людей. В рассказе можно проследить рост и становление главного героя как врача.

В повести «Собачье сердце», мы видим профессора Преображенского. Он - знаменитый хирург, светило мирового значения. Его внешний вид всегда безупречен: он всегда опрятен, серьезен, доброжелателен, для него нет ничего дороже своей спасительной деятельности. Он профессионал своего дела, талантлив, твердость характера помогает ему принимать важные решения, брать ответственность на себя.

Совершенно особое место в жизни данных героев занимает их жизненное пространство, центром которого становится квартира Преображенского в повести «Собачье сердце» и дом Бомбгарда в «Записках юного врача», что играет немаловажную роль в становлении и развитии этих персонажей.

Все герои разные, но их объединяет одно - профессия врача. И у них всех есть общая цель – спасение человечества, которой они всецело подчинены.

Итак, можно подвести итог, что образ врача, который рисует нам Булгаков не только как писатель, но и как доктор, основывается на таланте, профессионализме, любви и интересе к своей работе. В этих произведениях мы видим настоящих врачей, готовых отдать жизнь за свое дело, которые могут признать свои ошибки и исправить их.

М.С.Ермаков
**РОЛЬ ЭПИТЕТОВ В ПОВЕСТИ М.А. БУЛГАКОВА
«МОРФИЙ» КАК ОТРАЖЕНИЕ МИРОВОСПРИЯТИЯ
АВТОРА-ВРАЧА**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд.филол.н., доцент Л.С.Захидова*

Повесть М.А.Булгакова «Морфий» показывает нам восприятие мира глазами врача. Несомненно, тяжело передать человеку, не имеющему отношения к медицине, чувства и эмоции человека нелегкой профессии врача. Для этого автору пришлось прибегнуть к использованию эпитетов. В чём же заключается специфика эпитетов в тексте М.А. Булгакова? Связана ли эта специфика с профессией врача?

В начале произведения автор говорит нам об «обольстительных электрических лампочках», что показывает читателям радость доктора Бомгар-

дельно взятого языка используется, хотя и выборочно в совершенно новом качестве, и сам латинский язык, теряя свое существование в форме живого языка, продолжает другую, уже искусственную жизнь в новой сфере. Складываются своеобразные связи между языком классической латыни с его застывшей морфологией и лексиконом, с его словообразованием и словосложением и языком такой области знаний, как медицина. Материалом для исследования послужили анатомические термины, многие из которых несут в себе богатейшую историко-культурную, этнографическую и лингвистическую информацию.

Исследуемые термины мы разделили на 2 группы:

1 группа: общепотребительные слова, изначально не имеющие медицинского значения. Например: *Atrium* – первоначально называлась жилая комната в старо-римском доме; она имела отверстие в крыше для выхода дыма от очага, почему стены ее были черны от копоти (*ater* - черный), справа и слева от этой комнаты 2 темных коридора вели в колонную залу, ходы назывались «*fauces*»; верхняя одежда оставлялась в *vestibulum* (*vestis* - одежда). *Bursa* (*bursa* - шкура) – лишь в средние века этим словом начали обозначать сумку, мешок. *Diverticulum* (*de* – от и *verto* - поворачиваю) – у римлян так называлась боковая дорожка, отклоняющаяся от главного пути. *Malleolus* – у римлян военный зажигательный снаряд в виде деревянного с железным острием стержня, на переднем конце которого укреплялась проволочная плетенка с горючим веществом, не гаснущим в воде; его метали как стрелы. *Membrana* – обработанная кожа животного для писания на ней. *Mitralis* (*mitra* – длинная перевязь, пояс, головная повязка персов и арабов) – позже «митра» епископов. *Omentum* (*operimentum* – *operio* - покрываю) – покрывало. Различные части тела жертвенных животных с целью лучшего их сжигания завертывали в богатый жиром сальник.

2 группа: термины, применяющиеся в языке древней медицины, но в значениях, существенно отличающихся от тех, которые им придавала медицина нового и новейшего времени. Например: *Bronchus* (*brecho* - пью, увлажняю) – Платон полагал, что напитки поступают не в пищевод, в дыхательное горло. *Fonticulus* (*fons* - источник) – итальянские хирурги XIII века, следуя советам арабских врачей, при болезнях носовой полости и глаз, делали прижигание головы раскаленным железом в месте соединения венечного шва со стреловидным; длительным раздражением прижатого места вызывали выделение жидкости, по их мнению, вредного выделения мозга.

Интересны фонетические процессы, происходящие при переходе слова с обыденной семантикой в разряд терминов. Это синкопа (например, *atrium* из *ater*), метатеза (например, *nervus* из *neuros*), ассимиляция и диссимиляция (например, *mitralis* из *mitra*) и др. Знание культурно-исторических причин появления того или иного термина, умение учесть значение лингвистических и экстралингвистических процессов в появлении термина представляет несомненный историко-научный и познавательный интерес.

О. А. Колмакова
ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ В ЖЕНСКИХ ЖУРНАЛАХ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации.
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Т. Д. Богачанова*

Здоровый образ жизни всегда был объектом пристального внимания человека. Модно быть спортивным, посещать тренажерный зал и правильно питаться. К этому нас призывают со страниц глянцевых журналов.

Многие люди предпочитают современные, новомодные издания. Читатели пользуются советами психологов, врачей, косметологов часто не задумываясь, насколько достоверна информация глянцевых страниц, или это реклама для привлечения клиентов.

Предметом данного исследования являются статьи о здоровье в таких глянцевых журналах, как «Здоровье», «Формула здоровья», «Женское здоровье», «Красота и здоровье», «Shape», «Cosmopolitan», «GLAMOUR», «ELLE», «Marie Claire». Цель работы – выявление образа здоровой женщины на основе статей глянцевых журналов.

Здоровая женщина – женщина, находящаяся в состоянии полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни и недомогания. Здоровье женщины складывается из нескольких компонентов, среди которых наиболее значимыми представляются следующие:

- Соматический (физический)
- Ментальный (умственный, психический)
- Духовно – нравственный
- Психолого - коммуникативный
- Сенсорный
- Речевой (логопедический)
- Аморбидный (медико-профессиональный)
- Репродуктивный

Современная женщина уделяет большое внимание внешнему виду, психологическому состоянию здоровья. В совокупности, если все эти компоненты находятся в балансе, то, как было указано выше, женщина здорова.

Таким образом, проанализировав материал данных журналов, можно сформировать следующий образ здоровой женщины: она всегда молода независимо от своего биологического возраста, физическое и психическое состояние стоит на первом месте. Здоровая женщина, по мнению экспертов, должна посещать врачей, систематически проходить диагностику организма. Для полноценного развития организма ей следует принимать участие в различных тренингах, изучать литературу по психологии, чтобы чувствовать уверенность в себе в любой ситуации. Большое внимание современная

женщина уделяет своему физическому состоянию: минимум 2 раза в неделю посещает фитнес-клуб. Красота волос, ногтей, кожи имеет для нее особое значение. Здоровая женщина не пренебрегает советами народной медицины, применяя «бабушкины рецепты». Именно так она счастлива, в ее жизни нет места плохому настроению, депрессиям, болезням.

A. Lazareva

COMPARATIVE ANALYSIS OF ENGLISH LEVEL REQUIREMENTS FOR FOREIGN MEDICAL SPECIALISTS SEEKING MEDICAL LICENSING IN ENGLISH-SPEAKING COUNTRIES

*Chair of Linguistics and Crosscultural Communication,
Novosibirsk State Medical University
Supervisor: L. Soudnitsyna*

Aim: Studying and assess state procedures and laws concerning licensing of foreign medical specialists, including general practitioners, surgeons and dentists.

Tasks: 1) Compare English level requirements in the USA, UK, Canada and Australia.

2) Compare the difficulty of licensing in different countries.

Significance of research: Recent years have shown an increase of emigration of medical specialists (theraputists, surgeons and dentists) from many countries. These nations are mainly India, Pakistan, Northern African nations, as well as Eastern-European and post-soviet countries, Russia is also among them. Statistics shows that although the emigration of specialists from Russia has significantly lessened in comparison with the early 1990s, an average of 17% of young people in Russia express a desire to emigrate. The most popular options are among English-speaking countries.

Materials and methods: In this study we tried to trace the subjects mentioned above with the help of a number of articles, statistics and Internet resources (mainly state healthcare websites). We studied the aforementioned four countries' policies.

Results: Although the English level requirements of these countries towards foreign doctors seeking licensing and employment are similar, several small differences exist. The USA and Canada utilize the American TOEFL (Test of English as a Foreign Language) exam. It is comprised of four parts: listening, speaking, writing and reading. Each part is graded separately on a 0-30 scale, with the overall mark having a maximum of 120. Both countries require a minimum of 100 in this exam for medical professionals. In Canada, there is also CELPIP (Canadian English Language Proficiency Index Program), structured as TOEFL. Medical

specialists are expected to have a level of at least 4L (adequate proficiency). Overall there are 5 levels of proficiency, with each having a low (L) and high (H) sub-level. The UK and Australia use the British-founded IELTS (International English Language Testing System) language exam. Its structure is similar to TOEFL, and the scoring system is on a 9-band scale, with both countries requiring a minimum of 7 in all fields. This defines the person as a “Good user”, who “generally handles complex language well and understands detailed reasoning.” Australia also utilizes a local medically-exclusive English exam known as the Australian Medical Council Occupational English Test, which is also structurally similar to TOEFL. All parts are separately graded from A (highest) to E (lowest) with no overall grade. Institutions separately regulate their level requirements.

Conclusions: In studying the licensing practice of these countries it was stated that the English exam is often the simplest part of the overall process. Although language always presents a difficulty, the main complexities stem from the medical examinations (United States Medical Licensing Examination/Canadian MCC-CEE, MCCQE1, MCCQE2/UK PLAB test/Australian medical council exam), which pose a serious obstacle and often take years to pass. Apart from the medical knowledge necessary for qualification, foreign-trained doctors often struggle with the necessity of understanding western medical traditions (differences in patient care, mentality). Another difficulty is the requirement of internship, retraining or residency: competition is always a problem (annually, less than 10% of foreign-trained doctors get residency positions in Canada). Another problem is the availability of jobs, especially in densely populated areas and competitive fields. For dentists, the English-level requirements are similar, although the medical examinations and retraining process is simplified. In conclusion we can say that the English-level requirements in all four countries are quite similar, and should not be viewed as a priority when choosing a country for emigration.

Key words: Licensing of medical specialists, English language, English-speaking countries, foreign medical specialists.

А.В. Никитенко, Ю.В. Вешкурцева
**СРАВНЕНИЕ АМЕРИКАНСКИХ, АНГЛИЙСКИХ И РУССКИХ
АПТЕК. ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Л.В. Токарева*

Целью работы является анализ и выявление основных и незначительных различий между организацией работы российской, американской

и английской аптек, их ассортимента, обслуживающего персонала, оснащения и оборудования, подхода к пациенту. Важно так же отметить положительные и отрицательные аспекты каждого из рассматриваемых объектов. Так же в работе будут рассмотрены лексико-семантические аспекты фармацевтической отрасли, такие как: различия в названиях аптек этих трех стран (английский вариант «pharmacy», американский - «drugstore» и русский - «аптека»), чем обусловлены эти различия, этимологию названий, как соотносятся дополнительные функции аптек с их названием.

Эта тема особенно **актуальна** для учащихся фармацевтических факультетов в высших учебных заведениях и колледжей, а так же для фармацевтов и провизоров.

Знание организации фармацевтического дела в другой стране с многовековой историей развития аптечного направления поможет почерпнуть полезный опыт, открыть что-то новое, перенять положительные моменты, а так же, не допустить развитие отрицательных сторон, основываясь на проанализированной информации.

Материалом для работы послужили различные тексты из Интернета, которые были написаны как сотрудниками фармацевтической сферы, так и обывателями, которые записали свои наблюдения, побывав в двух других рассматриваемых странах и посетив разные аптеки.

Различия английской, американской и российской аптек обусловлены не только различным менталитетом, но и продиктованы соответствующей документацией, системой образования, фармацевтическим рынком, современными технологиями, соперничеством фармацевтических компаний, различными функциями, которыми наделены аптеки.

Один из ярких примеров: российские аптеки занимаются реализацией лекарственных средств, изделий медицинского назначения, ограниченным ассортиментом парафармацевтики, продуктов питания (в частности детского), а также биологически активных добавок и медтехники, в то время как на прилавках английских аптек вы можете встретить множество различных предметов и лекарственных средств, которые косвенно относятся к традиционному для нашего понимания ассортименту аптеки. На прилавках американских аптек зачастую можно встретить запрещенные к легальному приему в нашей стране препараты.

В заключении хотелось бы отметить, что целью нашей работы не было оценивание и категоричное суждение различий деятельности аптек в трех рассматриваемых странах, но проведенная работа позволила лучше понимать организацию аптечного дела, что крайне важно для работников фармацевтической сферы деятельности.

А. С. Пуртов

ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель Е. В. Грищенко*

Линней говорил: «Если не знать имен, умрет и познание вещей». В действительности, трудно представить какую-либо область медицинской терминологии, в которой не использовались бы имена в названиях. Эпонимия как явление представлена разнообразными группами в определенных подсистемах медицинской терминологии: анатомической, фармацевтической и клинической.

Многие эпонимы имеют мифологическое происхождение, и их можно разделить на две группы: античные и библеизмы. Например, термин «психиатрия» происходит от имени Психея - олицетворение души человека, а термин «гигиена» связан с именем Гигии - дочери Асклепия. В анатомической подсистеме весьма часто встречаются эпонимы именно античного происхождения, например «iris» (радужка) от Ирис - покровительница радуги. Библеизмы часто можно найти в клинической терминологии, например пляска святого Вита (хорея - нервное заболевание), Антонов огонь (нома - гангренозное заболевание, ведущее к разрушению тканей лица). Некоторые клинические термины происходят от имен вымышленных художественных персонажей, например сифилис - персонаж пьесы итальянского поэта и врача Джироламо Фракасторо «Сифилис, или галльская болезнь», синдром Вертера - главный герой поэмы Гете «Страдания юного Вертера». В большинстве случаев авторские названия увековечивают имена ученых и врачей, впервые открывших и описавших то или иное явление. В некоторых случаях получается так, что термин несет в себе имена двух или более людей, подобные явления объясняются различными обстоятельствами. Например, болезнь Абта - Леттерера Сиве (истинный ретикулогистиоцитоз) названа так, потому что впервые ее описал Леттерер, затем Сиве сделал подробное сочинение о клинической картине, Абт - обобщил результаты собственных исследований и литературные данные. Или, например болезнь Иценко-Кушинга названа так, потому что ее открыли и описали двое ученых, независимо друг от друга.

Широкое распространение эпонимов в медицинской терминологии не все считают положительным явлением. Так, например, при подготовке международной анатомической номенклатуры в 1955 году было решено полностью исключить эпонимы. Но это явление продолжает существовать, и причины этого весьма понятны. Во-первых, эпонимы полезны с исторической точки зрения: они несут в себе имена людей, занимавшихся явлением, которое обозначают. Тем самым в эпонимах изображаются основные этапы развития науки, борьба мнений и взглядов, становление научного мировоззрения человека. Во-вторых, авторские термины помогают современным

ученым рассматривать новые факты, развивать новые идеи на фундаменте классических знаний о структуре и функции органов и систем человеческого организма, совершенствовать сложившиеся представления об особенностях развития и становления человеческого организма. В-третьих, эпонимы очень полезны с позиции удобства в применении. Так как считается, что «именные» названия облегчают запоминание, то использование их в кругу узких специалистов обеспечивает быстрое понимание сложившейся картины, например синдром Туретта. Если от него отказаться, то его придется называть «сочетанием тикообразных подергиваний мышц лица, шеи и плечевого пояса, непроизвольных движений губ и языка с частым покашливанием и сплевыванием».

Таким образом, пока существует преемственность знаний, без которой невозможно дальнейшее продвижение науки вперед, эпонимы будут существовать в научной литературе, в кругах общения ученых и врачей. Если мы не можем исключить это явление из практики, то нам следует научиться работать с ним, извлекая максимум пользы.

И.А. Савин

«РУССКИЙ» И «РОССИЙСКИЙ» В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕВОДА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Е.А. Бакланова*

В современном русском литературном языке сосуществуют два прилагательных: «русский» и «российский». Это не синонимы, поскольку между ними отсутствуют отношения взаимозаменяемости, характерные для синонимов. Определяемые слова у них также разные: например, «российская политика» и «русский язык». Кроме того, речь не идет и о переосмыслении значения слова, поскольку оба прилагательных в равной степени сосуществуют в языке.

Однако, в английском языке существует только один атрибут - Russian, который к тому же относится к группе имен собственных и пишется с большой буквы. В силу этого, носители английского языка не понимают разницу между смысловыми значениями «русский» и «российский», а обратный перевод также затруднен и неточен.

По происхождению слово «русский» является более ранним: от этнонима «Русь» было образовано этническое определение «русский». Исторические тексты дают множество примеров словоупотребления: русские люди, русский берег, русская верста и т.д. «Российский» - это идеологизированная инновация времен Петра Первого и М.В. Ломоносова, возникновение которой связано с европеизацией отечественной культуры, изменением общественно-политической ситуации и созданием империи. Целью иннова-

ции было принять в семантическое поле слова сему «государственность». Например, уже А.Н. Радищев в своем «Путешествии из Петербурга в Москву» четко разделяет «русский» и «российский». Название известного труда Н.М. Карамзина - «История государства Российского», в то время как А.С. Пушкин, описывая национальный характер, говорит о «русском бунте».

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в практике словоупотребления «русский» описывает национальную принадлежность и, в целом, этничность. Слово «российский» описывает государственную, административную или территориальную принадлежность.

В английском языке Russian в основном обозначает национальную принадлежность: I am Russian (by nationality). Соответственно, «российский», с учетом семантики «принадлежность к государству Россия или территории России», должно переводиться как «something of Russia», поскольку отношения принадлежности описываются в английском через предлог of. С такой позиции номинация «Российская Федерация» должна была бы переводиться как «Federation of Russia», что по-английски звучит достаточно странно. Однако, перевод английских прилагательных осуществляется с учетом значения определяемого слова, поэтому словосочетания Russian politics и Russian literature будут переводиться как «российская политика» и «русская литература». Следовательно, перевод «русский» и «российский» может происходить через единственный вариант «Russian», а обратный перевод обязательно должен опираться на значение определяемого слова.

Кроме того, при переводе следует учитывать сложившуюся традицию перевода номинаций. Например, «русско-японская война» переводится на английский язык как «The Russo-Japanese war»; «Российская Федерация» как «the Russian Federation»; «Российские железные дороги» как «Russian Railways»; «Российская газета» как «Rossiyskaya gazeta».

А.С. Силищева

БУКВЕННАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ АССИМИЛЯЦИЯ У ОБЩЕПОТРЕБИТЕЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ЗАИМСТВОВАНИЙ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель О.В. Черединова

Цель: выявить сложности при транслитерации заимствований и классифицировать способы их буквенной ассимиляции.

Существует четкое разграничение между активным, пассивным и потенциальным словарем при изучении иностранных языков. Потенциальный

словарь специально не обрабатывается. Считается, что он создается без специальной работы над ним на базе сформированных навыков узнавания интернациональных слов и знания роли и функций конкретных элементов словообразования в иностранном языке. Это положение верно только для тех случаев, когда соответствующие навыки сформированы.

Но значительная часть учащихся не овладевает необходимым минимумом тех знаний об интернациональных словах и элементах словообразования, которые должны были стать базой для овладения навыками, нужными для накопления потенциального словаря.

В целом ряде лингвистических и методических исследований и публикаций уже вскрыты многие причины, помогающие увидеть некоторые лингвистические «механизмы» неузнавания рассматриваемых явлений. Так, помимо трудностей, вызываемых внешними признаками, а именно: различное буквенное или звуковое и морфологическое оформление эквивалентных интернациональных слов в родном и изучаемом иностранном языках, отмечаются и более глубокие, как-то: несовпадения по объему значений и по употреблению в речи и т. д.

Из обследованных интернационализмов английского языка подавляющее большинство составляют производные — 77%. Непроизводные корневые основы с нулевым или буквенным исходом, не отмеченным в качестве суффикса, составляют 23%. Эти корневые основы и взяты как исходный материал для анализа механизмов (способов) ассимиляции английских строчных букв и буквосочетаний в эквивалентных основах русского языка. Установленные при этом число и специфика механизмов буквенного переоформления материально заимствованных корневых основ и порождаемые при этом типы соответствий русских букв английским буквам характерны и для всех других сегментных морфем.

При внешнем сравнении эквивалентных пар слов прежде всего обращает на себя внимание их различная физическая протяженность, вызываемая разнооформленностью в буквах. В обследованных эквивалентных корневых основах английского и русского языков зафиксированы три вариантов их длины (в буквах):

- равная в обоих языках
- меньшая в языке заимствования
- меньшая в заимствующем языке;

Вывод: на основе этого стало возможным представить три модели ассимиляции, каждая из которых строится на одном из механизмов ассимиляции букв.

Модель I – эквивалентная..

Модель II – аддитивная.

Модель III – субтрактивная.

Е. В. Тихомирова, К. И. Давлетова
**ОБЫДЕННОЕ СОЗНАНИЕ В СЕМАНТИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Т. Д. Богачанова*

Испокон веков человечество динамично развивалось, преумножая и накапливая полученные знания, выражавшиеся в различных видах народного творчества. В таких элементах фольклора, как пословицы и поговорки, отражались не только моральные ценности, уклад жизни, традиции, но и проблемы профилактики и лечения различных заболеваний – основные вопросы медицинской науки, актуальные и по сей день.

Предмет исследования – устойчивые фразеологические единицы, закрепившие за собой определенное медицинское значение в рамках обывденного языкового сознания.

Объектом данной работы является процесс семантизации фразеологических единиц (паремий).

Цель исследования – выявить истинное значение изучаемых словосочетаний в рамках социальной ментальности на разных этапах развития общественного сознания, базируясь на научных источниках паремиологии, этимологии, а также художественной литературе с учетом всех особенностей, присущих каждому периоду исторического развития.

По результатам проведенного исследования с помощью таких источников, как «Большой паремиологический словарь» Н.В. Марковой, «Этимологический словарь русского языка» М. Фасмера, и других работ в сфере этимологии Г.П. Цыганенко, Н.М Шанского, Т. А Бобровой, мы смогли выделить те фразеологические единицы, которые в краткой форме отражают основные физиологические процессы, протекающие в организме человека, как в условиях нормы, так и при патологических изменениях. Критерием истинности толкования данных лексем послужил «Большой толковый словарь» В. И. Даля.

Например, поговорка «Когда я ем, то глух и нем» имеет важное профилактическое значение в первичных вопросах развития механической обтурационной асфиксии, при которой пищевой комок попадает в дыхательные пути. Как правило, во время приема пищи надгортанник закрывает вход в гортань, а при разговорах – наоборот. Именно по этой причине возможно возникновение жизненно опасной ситуации с высоким риском развития летального исхода, при отсутствии своевременного оказания медицинской помощи.

«Держи голову в холоде, живот в голоде, а ноги в тепле». Фраза «голова в холоде» в рамках обывденного языкового сознания трактуется в прямом смысле, и люди, придерживающиеся этого понимания, ставят под удар

свое здоровье. Истинное значение приведенной фразы заключается в том, что именно мыслить необходимо «холодно», то есть не поддаваться эмоциям. «Живот в голоде» - мера против переедания, а «ноги в тепле» - для сохранения здоровья, ведь переохлаждение ног ведет к простуде.

Народная мудрость породила множество пословиц и поговорок о здоровье, многие мы повторяем автоматически, не задумываясь о смысловой ценности сказанного, а другие берем себе на вооружение, свято веря в предоставленную информацию, или, напротив, путем последовательных умозаключений убеждаем себя в обратном. Именно поэтому, в связи высоким влиянием фольклора на общественную ментальность, правильная и точная трактовка его элементов имеет первостепенное значение.

Т.А Тойдонова
**ЦВЕТООБОЗНАЧЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ И РУССКОМ
ЯЗЫКАХ. СЕМАНТИКО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филол.н, доцент Е.А. Бакланова.*

Тема актуальна, поскольку, по мнению лингвиста А.Н. Майзиной, слова цветообозначения «принимают активное участие в репрезентации окружающей действительности, одновременно характеризую особенности мировосприятия и лингво-креативного мышления алтайского народа». Думается, слова цветообозначения характеризуют также мировосприятие русского народа. Поэтому объектом исследования является лексика, предметом – цветообозначения, целью - сравнение цветообозначений в русском и алтайском языках.

Система цветообозначений алтайского языка представлена следующими словами, обозначающими цвет: *ак* - белый, *бараан* – темный, *буурыл* - седой, *јажыл* – зеленый, *кажагай* – белый, *кара* - черный, *кок* – синий, *куба* - бледный, бледно-желтый, *куу* – бледный, *кергил* – карий (о цвете глаз) и т.д.

Приведем примеры значения алтайских слов *кара* – черный и *кок* – синий.

У алтайского слова *кара* имеются следующие значения: «черный, вороной, брюнет» (*кара кос* - черные глаза, *кара кат* - черная смородина, *кара суу* - родник, ключ, ручей). Таким образом, черный цвет алтайцами ассоциируется с печалью, горем, что способствовало развитию у слова *кара* значения «мрачный, печальный».

Синий цвет *кок* алтайцами воспринимается, как цвет неба. У алтайцев синий цвет ассоциируется с синим, серым волком – прародителем всех тюркоязычных народов.

Был проведен эксперимент на первом курсе педиатрического факультета. Студентам предложили ответить на вопрос: «Какая ассоциация возникает у вас при виде этих цветов? Напишите одним словом». В эксперименте участвовало 60 человек. Результаты показали следующее.

У русских студентов желтый цвет (*сары*) ассоциируется со словом *солнце, тепло*, а в алтайском языке это слово означает *болезнь, несчастье, смерть*.

Синий цвет (*кок*) студенты ассоциируют со словом *море*, только несколько человек написали *небо*. Есть некоторое сходство с алтайским языком, где это слово означает *небо* (тенгрианство – религия, согласно которой человек бессмертен – смерть есть сон. Слово *тенгрианство* состоит из двух корней: первый означает *небо*, второй – *человек*).

Красный цвет (*кызыл*) студенты сравнивают с цветком (розой), любовью. В алтайском языке это слово имеет два значения: негативное (*кызыл кол* – голые руки, т.е. бедный, нищий) и положительное (молодость, здоровье).

Черный цвет как у русских, так и у алтайцев является негативным цветом – связывается со смертью, с чем-то мрачным, темным.

Серый цвет (*боро*) у алтайцев ассоциируется с повседневностью, серостью. Русские студенты ассоциируют этот цвет с мышкой. «Серая мышка» – незаметный, ничем не примечательный человек.

Зеленый цвет (*јажыл*) русские студенты связывают с травой, теплом, свежестью. В алтайском языке – с жизнью, началом жизни, как и в русском.

Белый цвет (*ак*) большинство студентов ассоциируют со словом *халат* (медицинский), некоторые с чистотой, снегом, легкостью. В алтайском языке этот цвет олицетворяет божественное начало, мудрость, святость.

Таким образом, сходство и различие в цветообозначениях являются основанием для сравнения мировосприятия наших народов.

С. Тошматов

ТОПОНИМИКА СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ТАДЖИКИСТАНА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Е.А. Бакланова*

Тема является актуальной, поскольку топонимические названия являются историко-культурным наследием народа, которое необходимо изучать и сохранять. Топонимы содержат различную и очень ценную информацию об особенностях языка и об истинном значении географических названий. Объектом исследования являются таджикские имена собственные, предме-

том - топонимы. Цель данной работы – изучить состав, словообразование и семантику некоторых топонимов Согдийской области Таджикистана. В своей работе мы опирались на исследования Махмаджонова, Насриддиншоева, Хомидова и других ученых. В частности, были использованы принципы классификации и анализа материала О.О. Махмаджонова.

В результате анализа 30 топонимов было установлено, что среди них преобладают сложные топонимы, образованные по модели *сущ. + сущ.*, например:

- река Сырдарья, (тадж. Сирдарё) - образовано от тадж. слова /сир/ - секрет и /дарё/ - река (т.е. река, секрет и тайна которой до сих пор неизвестна);
- водохранилище Кайраккум (тадж. Қайроққум) образовано от /кайрок - узбекские и таджикские кастаньеты: 4 плоских продолговатых камня, отшлифованные в горных потоках и от слова /кум/ - песок;
- посёлок Кансай (тадж. Консой) - от слова /кон/ - месторождение и /сой/ - засохшая ветвь реки или маленькая река;
- холм Зартеппа - образовано от тадж. слова /зар/-золото и /теппа/-холм, т.е. золотой холм.

Возможны варианты конструкции, например, *сущ.(имя собственное)+сущ.:*

- озеро Искандеркулъ (тадж. Искандаркул) - от имени/Искандар/-Александр и от слова /кул/-озеро (Александр Македонский якобы здесь побывал на своём пути из Средней Азии в Индию).

Встречаются *топонимы-словосочетания (гибридные)*, образованные на основе одного таджикского (имя собственное) и другого - заимствованного компонента, например:

- замок Темурмалика - /Калъаи Темурмалик/ - древний замок в центре города Худжанда. Название образовано от араб. слова /калъа-qa'l'a/ - замок и тадж. слова/ Темурмалик/ - имя героя, защитившего город от монголов.

По-прежнему в Таджикистане встречаются топонимы, связанные с историей СССР, например, *сущ.(имя собственное)+глагол:*

- село Ленинабад (тадж. Ленинобод) - образовано от имени /Ленин/ и слова /обод/ - наводить порядок или создавать (строить).

Встретился топоним, образованный по модели *числ. + сущ.:*

- заповедник Чилдухтарон - образовано от тадж. слова /Чил/-сорок и /духтарон/-девушки, т.е. 40 девушек.

В результате анализа материала было установлено, что почти все топонимы Согдийской области отражают лучшие качества и духовные ценности региона. Люди, называя тот или иной объект, старались подчеркнуть его особенность, достоинство, неповторимость и красоту. Кроме того, в основе топонимов лежат исторические факты и легенды.

С.С. Федорова
ENGLISH LOANWORDS IN MEDICAL TERMINOLOGY

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Г.И.Нургалеева*

Today, English can be called the language of communication.

There are more than 100 English-speaking countries in the world. 75% of the world's population speak and understand this language. All international conferences and various competitions are held in English. English terms are used in many areas of life and science.

The objective of the report is to analyze English borrowings (loanwords) in the medical terminology.

In the medical field, the transfer of Anglicisms can firstly be accounted for by the scientists' extensive reading of English written medical literature, especially after 1990, when they had free access to information written in the new global language, English. As a consequence some causes determine the adoption of Anglicisms/ Americanisms in contemporary medical language. The extra linguistic factors are: some rationalize this with the development of medical science and others in relation to globalization. But the most significant linguistic factor is the shire absence of Latin terms in mono-semantic and international circulation.

Whereas in former times new medical terms were derived from classic Greek or Latin roots, now they are often, partly or wholly, composed of words borrowed from ordinary English – e.g. bypass, clearance, test, screening, scanning – and doctors from non-English-speaking countries now have the choice between importing these English terms directly and translating them into their own language. The term “bypass” (a medical operation on the heart in which blood is directed along a different route so that it does not flow through a part that is damaged or blocked), for instance, is accepted in German, Scandinavian, Italian and Romanian. The Russians use “shuntirovanie”, which is just another anglicism, being derived from English “shunt”. Naturalization of the English words is also quite common in some language: in Danish, we use the verbs at screene, at scanne. English acronyms such as AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), CT (Computed Tomography), MR (memory register) and PCR (polymerase chain reaction) present the difficulty that usually the initials no longer fit when the English terms are translated, but as a rule such discrepancies are simply ignored. AIDS, for instance, is widely accepted and has almost become a noun in its own right, though in French and Spanish it is SIDA and in Russia SPID, reflecting the order of the equivalent words in these language.

For linguists the language of medicine is fascinating for the flow of concepts and words from one language to another. For medical doctors, an appreciation of the history and original meaning of words offers a new dimension to their professional language.

Н. А. Чайко

УТОПИЯ И АНТИУТОПИЯ В ТВОРЧЕСТВЕ Е. ЗАМЯТИНА И Г. УЭЛЛСА КАК ХУДОЖЕСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВОГО ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА УСТРОЙСТВА ОБЩЕСТВА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н. Л. С. Захидова*

Творчество Е.Замятина и Г.Уэллса оказало большое влияние на развитие русской и зарубежной научной фантастики (А.Беляев, И.Ефремов, Г.Мартынов, Жорж Ле Фор, Джон Уиндем, А.Корделл). Имена Е.Замятина и Г.Уэллса стоят рядом в области научной фантастики. Эти авторы являются крупнейшими представителями жанра социально-философского романа. Многие их произведения имеют отношение к жанрам утопии и антиутопии («Мы», «Островитяне» Е.Замятина, «Машина времени», «Война миров», «Человек - невидимка» Г.Уэллса).

Предлагаемая работа посвящена рассмотрению своеобразия утопии и антиутопии как художественной модели устройства здорового для человека общества в творчестве Е.Замятин и Г.Уэллса.

В романе Г.Уэллса «Человек-невидимка» в центре - фигура героя-ученого нового типа, чей мотив социальной ответственности звучит сильнее, чем в предшествующей литературе. В научно-фантастическом романе Г.Уэллса есть философский уровень содержания: опасность прогресса науки, опережающего прогресс морали. Писатель пытается ответить на философские вопросы: к чему приведет дальнейшее развитие науки? Что произойдет, если секретом ученых завладеют деспоты? В обществе какого типа возможно полноценное развитие человека?

В романе Е.Замятина «Мы» (1921) положено начало новой, антиутопической традиции в культуре XX века. Роман «Мы» не является художественным обобщением негативных проявлений в жизни советского общества. Роман «Мы» - новаторское и высокохудожественное произведение, в котором Е.Замятин опроверг ряд утопических проектов, показал, что не может быть счастливым общество, не учитывающее запросы и наклонности своих граждан.

Утопия и антиутопии не представлены Е.Замятина и Г.Уэллса в «чистом виде». Авторы создают художественные модели развития общества: каким оно должно быть и каким не должно, чтобы человечество имело возможность жить и развиваться по справедливым законам.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ. ОНКОЛОГИЯ

Н.В. Анисимов, И.К. Кылданов
**СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ МСКТ-АНГИОГРАФИИ И
ДИГИТАЛЬНОЙ СУБТРАКЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ
ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. Е. Амелин*

Актуальность. С атеросклерозом связано, по меньшей мере, 75-80% всех сердечно-сосудистых заболеваний, а его роль в развитии цереброваскулярной патологии не вызывает сомнений. Возвышающиеся поражения экстра - и интракраниальных артерий в 20-60% случаев становятся причиной развития нарушений церебрального кровообращения и в первую очередь мозгового инфаркта. Актуальность изучения атеросклероза сонных артерий обусловлена значительным ростом смертности в России от цереброваскулярной патологии, который выше (по разным источникам, в 2-8 раз), чем в других индустриально развитых странах (заболеваемость инсультом в России составляет более 450 000 новых инсультов в год). Отмечается, что в последние годы инсульт в Российской Федерации вышел на второе место среди других причин смерти (после ишемической болезни сердца), составляя 21,4% (1998), 20,8% (2001) в структуре общей летальности. Среди всех причин ишемического инсульта экстракраниальные поражения (стеноз, окклюзия) внутренней сонной артерии достигают 40%. Наиболее часто поражается область бифуркации сонных артерий. Золотым стандартом диагностики стенозов сонных артерий является дигитальная субтракционная ангиография. Однако этот метод связан с инвазивностью, риском развития эмболических осложнений при фрагментации атеросклеротической бляшки, риском развития вазоспазма и других осложнений. Альтернативой данному методу может стать МСКТ-ангиография брахиоцефальных артерий, метод, исклю-

чающий большинство недостатков, присущих цифровой субтракционной ангиографии, но при этом имеющий не меньшую информативность.

Цель: Продемонстрировать ценность метода МСКТ-ангиографии в сравнении с цифровой субтракционной ангиографией в диагностике атеросклеротического поражения внутренних сонных артерий.

Материалы и методы: 64 пациентам с атеросклерозом внутренних сонных артерий была выполнена каротидная эндартерэктомия, на основании данных МСКТ-ангиографии брахиоцефальных артерий, и цифровой субтракционной ангиографии. МСКТ-ангиография выполнялась на компьютерном томографе Siemens Definition AS с толщиной среза 0,5 мм, скорость оборота трубки 0,33 с, 120 kV, 110-170 mAs, внутривенно вводилось 35-50 мл контрастного препарата. Цифровая субтракционная ангиография выполнялась в условиях рентгеноперационной, с внутриапериартериальным введением 40-80 мл контрастного препарата, средняя длительность флюороскопии 12 мин. Данные исследований сопоставлялись с данными, полученными при операции, оценивалась поверхность бляшки и степень стеноза по критериям ECST и NASCET.

Результаты. При сравнении операционных данных с данными МСКТ-ангиографии степень стеноза совпала во всех случаях с незначительными отличиями. При сравнении данных цифровой субтракционной ангиографии степень стеноза была достоверно ниже в 12 случаях (19%), в остальных случаях совпадала с данными, полученными при операции. При сравнении поверхности бляшки отмечено полное совпадение данных МСКТ с данными, полученными при оперативном лечении, при цифровой субтракционной ангиографии отмечалось несовпадение данных в 36 случаях (56%).

Выводы: При предоперационной диагностике атеросклероза ВСА МСКТ-ангиография при оценке степени стеноза сопоставима по информативности с цифровой субтракционной ангиографией, а при оценке поверхности атеросклеротической бляшки превосходит ее.

С.В. Бобухова
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МРТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Кафедра лучевой диагностики стоматологического факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. асс. Я.Л. Манакова*

Актуальность. Ревматические заболевания поражают людей в трудоспособном возрасте, способствуя снижению их качества жизни. Несмотря на

проводимое современное лечение, значительная часть пациентов не возвращается к прежнему уровню жизни, становясь инвалидами через 10-15 лет от начала заболевания. По данным различных авторов среди всех хронических ревматических заболеваний самый длительный период времени – от появления первых симптомов до установления достоверного диагноза – наблюдается у пациентов с сакроилеитом. Несмотря на то, что болезнь довольно хорошо изучена и пациенты активно обращаются за медицинской помощью, диагноз в течение первых лет болезни (до формирования «классической» рентгенологической картины) вызывает затруднения не только у врачей общей практики, но и у ревматологов.

Цель. Целью нашего исследования является изучения возможностей магнитно-резонансной томографии (МРТ) визуализация ранних изменений костных и мягкотканых изменений при ревматологических заболеваниях.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами были проанализированы истории болезни 43 пациентов, находившихся лечении на ГНОКБ в период с июля 2012года по декабрь 2013 года. Всем пациента выполнено исследование на МР-томографе оснащенным сверхпроводящим магнитом 1,5Тл. Возраст пациентов от 7 лет до 64 лет, (средний возраст 33 года). Среди пациентов 19 мужчин и 24женщины, что в процентном соотношении составляет 45% и 55% соответственно.

Результаты. Нами проанализированы результаты МРТ следующих отделы костно-суставной системы: суставы кисти, грудной отдел позвоночника, поясничный отдел позвоночника, крестцово-подвздошные суставы, тазобедренные суставы, коленный сустав, голеностопный сустав.

Применение МРТ способствовало выявлению первых структурных изменений в костных и мягкотканых элементах суставов. При этом патологические изменения характерные для ревматологических заболеваний, а именно (субхондральный склероз, эрозии замыкательных костных пластинок, переоарткулярная жировая инфильтрация) достоверно визуализировались независимо от области исследования. Использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) для диагностики сакроилеита, как показало исследование, позволяет обнаружить изменения (отек костного мозга), предшествующие появлению структурных изменений на стандартных рентгенограммах и данных КТ, что значительно повышает эффективность лучевого обследования, позволяя определить стадию заболевания, характер и распространенность изменений.

Вывод. Включение МРТ в диагностический алгоритм при ревматологических заболеваниях способствует сокращению времени до установления правильного клинического диагноза, облегчает проведение дифференциального диагноза и что в свою очередь повышает эффективность лечения.

А.А. Валентик, М.Е. Амелин*
**ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.П. Дергилев*

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) – попадание в артерии малого круга кровообращения тромбов-эмболов, которые мигрировали из вен большого круга.

ТЭЛА - весьма распространенное состояние с высоким уровнем летальности. По данным российских исследователей легочная эмболия занимает третье место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В Европе массивная ТЭЛА является второй по распространенности причиной внезапной смерти после внезапной сердечной смерти. Несмотря на обилие современных диагностических методик, у 70% пациентов с легочной эмболией, получающих медицинскую помощь в условиях стационара, диагноз ТЭЛА устанавливается посмертно. В этой связи диагностическая стратегия при подозрении на легочную эмболию остается вопросом дискуссионным.

В числе инструментальных методов диагностики ТЭЛА, одним из наиболее чувствительных и специфичных является спиральная компьютерная томография легочной артерии и ее ветвей с внутривенным введением контрастного вещества (СКТ-ангиография). По мере усовершенствования технологии сканирования и широкого внедрения в клиническую практику СКТА приобрела статус метода визуализации первой линии во всех национальных, в том числе, и Российских рекомендациях по диагностике и лечению ТЭЛА. Исследования последних лет демонстрируют рост частоты выявления ТЭЛА с увеличением числа СКТ-исследований у пациентов с подозрением на легочную эмболию.

В эру современных информационных технологий, в том числе, в сфере медицинской визуализации, существует тенденция к максимальной автоматизации процессов анализа информации с целью их ускорения, сокращения количества диагностических ошибок и объективизации полученных данных посредством исключения «человеческого фактора».

Цель исследования: разработка программного обеспечения для оптимизации анализа данных, полученных при многосрезовой СКТ легочной артерии и ее ветвей с внутривенным введением контрастного вещества, на предмет наличия ТЭЛА и оценки ее массивности.

Материалы и методы: Проведен ретроградный анализ диагностических изображений, полученных при МСКТ-ангиографии 39 пациентов с

ТЭЛА в формате DICOM. Обработка базы данных с помощью математических алгоритмов (Mapple, Statisytica) для построения трехмерной модели артериального легочного русла, оценки его объема, сравнения результатов в динамике.

Результаты. В настоящее время разрабатывается программное обеспечение, способное полуавтоматическим контролируемым способом на серии срезов, полученных при МСКТ-ангиографии легочной артерии и ее ветвей, толщиной 0,5 или 1 мм выделять тромбы в просвете артериального сосудистого русла легких и подсчитывать абсолютный объем выявленных тромботических масс. При помощи разработанного алгоритма проанализированы 5 серий диагностических изображений пациентов с ТЭЛА, произведен подсчет абсолютного объема тромботических масс в просвете контрастированного сосудистого артериального русла легких, который составил от 11540 до 132379 вокселей. Решаются задачи определения относительной оценки массивности легочной эмболии и динамики ее течения. Планируется дальнейшее проведение статистической обработки полученных результатов на предмет выявления корреляции с исходами и демонстрации их возможного прогностического значения.

А.В. Ванхальский*, О.А. Ткачук*
**РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
АТИПИЗМА В ЭПИТЕЛИИ ЖЕЛУДКА**

*Кафедра онкологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.Е. Войццкий;
д.м.н., проф. С.А. Фурсов*

Актуальность. Ученые рассматривают хронический атрофический гастрит, аденомы и рак желудка как последовательные стадии дисрегенераторного процесса. Было установлено, что по мере увеличения степени дисплазии возрастает пролиферативная активность клеток слизистой оболочки желудка, на которую оказывают стимулирующее влияние цитокины. В то же время, роль цитокинов и регуляторов их биологических эффектов в этой патогенетической цепи остается практически неизученной.

Целью нашего исследования явилась оценка периферической крови 86 пациентов (32 больных с аденомами на фоне хронического атрофического гастрита, 24 больных с аденокарциномами желудка и 30 условно здоровых лиц), и характера сопряженности уровней пепсиногенов I и II в сывотке крови, являющихся показателями атрофии слизистой, и цитокинпро-

дуцирующей функции клеток крови с патогистологическими параметрами аденом и аденокарцином желудка. С помощью иммуноферментного анализа определяли концентрацию пепсиногенов I и II в сыворотке крови и цитокинов (IL-1 β , IL-1Ra, TNF α , IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-17, IL-18 и IFN γ) в супернатантах клеток крови, стимулированных поликлональными активаторами. Проводили патогистологическое исследование аденом и аденокарцином желудка, в том числе оценку пролиферативной активности клеток с помощью маркера Ki-67.

Результаты исследования. Нами установлено, что по мере увеличения степени атрофии слизистой тела желудка, показателем которой является снижение величины отношения концентрации пепсиногена I к концентрации пепсиногена II в сыворотке крови, повышается способность иммунокомпетентных клеток продуцировать IL-18 под влиянием поликлональных активаторов, которая, в свою очередь, находилась в прямой корреляционной связи со степенью дисплазии эпителия аденом. С возрастанием пролиферативной активности эпителиоцитов аденом снижается способность иммунокомпетентных клеток к продукции IFN γ , а по мере увеличения количества эпителиоцитов с патологическими митозами снижается способность клеток крови к продукции IL-1 β и повышается их способность к продукции IL-1Ra. Последний показатель при аденокарциномах находился в прямой корреляционной связи с количеством регионарных лимфоузлов, пораженных метастазами.

Заключение. Полученные результаты позволяют использовать исследование цитокинпродуцирующего потенциала иммунокомпетентных клеток в диагностике дисрегенераторных процессов в эпителии желудка, приводящий к возникновению клеточного атипизма.

А.Н. Васильев*, А.В.Лаврищева, Т.О.Руденко
ОРГАНСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕДКО
ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Э.Красильников*

Актуальность: пограничные опухоли яичников составляют около 15%-20% всех злокачественных новообразований. Около 40% составляют женщины репродуктивного возраста (до 45 лет), из них более 50% составляют пациентки с I стадией заболевания, которым возможно проведение органосохраняющего лечения, позволяющего реализовать пациенткам не только менструальную, но и репродуктивную функцию.

Цель: провести ретроспективный анализ историй болезни с пограничными опухолями яичников для уточнения структуры заболевания среди женщин Новосибирской области.

Задачи: 1. Уточнить морфологическую характеристику пограничных опухолей яичников у женщин Новосибирской области.

2. Оценить возрастную структуру заболевания.

3. Оценить характеристику пограничных опухолей яичников в соответствии со стадией заболевания (адекватность стадирования в условиях специализированных учреждений).

4. Выявить частоту рецидивирования пограничных опухолей яичников после проведенного лечения.

5. Охарактеризовать основные методы лечения ПОЯ, частоту проведения органосохраняющего лечения данной группы пациенток.

6. Проанализировать частоту наступления беременности.

Материалы и методы: материал исследования – анкеты, 545 историй болезни. Метод исследования - проведение анкетирования и статистическая обработка анкет и историй болезни.

Выводы:

1. Распространенность ПОЯ составляет 15%, что соответствует данным литературы.

2. Среди ПОЯ пациентки с серозными опухолями яичников составляют 85%, а с муцинозными – 15% (по данным литературы 30%-40%).

3. Более 80% - пациентки с I стадией заболевания.

4. В 40% случаев оперативное лечение проводилось в условиях гинекологического стационара с выполнением неадекватного стадирования, которое в дальнейшем требовало госпитализации пациенток в отделение онкологического профиля с последующим проведением повторного хирургического вмешательства для уточнения стадии и выбора метода адекватного лечения.

5. Выявлено, что после органосохраняющего лечения процент рецидивирования составил 13%.

6. Для улучшения отдаленных результатов, лечение пациентов, относящихся к группе онкологического риска, должно проводиться в условиях онкологического стационара, что позволит выполнить адекватное стадирование и выбрать необходимый метод лечения.

А.Н. Васильев, Т.О. Руденко, А.В. Лаврищева
**ОНКОМАРКЕРЫ СА 125, НЕ 4 В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ
С ПОГРАНИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ**

*Кафедра онкологии лечебного факультета
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Э. Красьильников*

Введение. Среди злокачественных опухолей яичников доля пограничных опухолей яичников может составлять до 15-23%. Данные опухоли характеризуются благоприятным клиническим прогнозом и, в отличие от рака яичников, менее агрессивным течением, позволяющим проводить органосохраняющее лечение. Своевременное выявление таких патологий на ранней стадии напрямую связано с прогнозом заболевания. Диагностика пограничных опухолей яичников на дооперационном этапе крайне сложна. По данным литературы одним из таких методов ранней диагностики является применение опухоли ассоциированных маркеров СА 125 и НЕ 4.

Целью исследования являлось на основе ретроспективного анализа историй болезни пациенток с пограничными опухолями яичников установить особенности экспрессии онкомаркеров СА 125 и НЕ 4 и возможности их применения для ранней диагностики пограничных опухолей.

Материалы и методы. На базе Новосибирского областного онкологического диспансера проанализировано 56 историй болезни пациенток с пограничными опухолями яичников, получавших лечение в 2012-2013 г. Возраст пациенток составил от 23 до 63 лет. Из них более 50% женщины до 45 лет. Пациентки с 1 и 2 стадией заболевания составили 59%.

Результаты исследования. Средние показатели СА 125 при пограничных опухолях яичника составили 60 Ед\мл, а НЕ 4- 80 пМоль\мл.

Нами отмечено, что с ростом стадии пограничных опухолей яичников увеличивается значение онкомаркера СА 125 (с $13,3 \pm 8$ Ед\Мл при 1 стадии, до 275 ± 95 Ед\мл при 3 стадии заболевания, значения НЕ 4 с ростом стадии заболевания с возрастают с 38 ± 6 пмоль/мл при 1 ст. заболевания до 228 ± 20 пмоль/л при 3 стадии. В 33% случаев имелись повышенные показатели онкомаркера НЕ 4 при нормальных показателях СА 125.

Выводы. Совместное определение двух онкомаркеров (НЕ4 и СА-125) значительно повышает диагностическую значимость анализов для ранней диагностики пограничных опухолей яичников. Таким образом, НЕ4 в комбинации с СА125 могут применяться для ранней диагностики пограничных опухолей яичников и своевременного направления пациенток на оперативное лечение.

К.Н. Данилова, В.И. Напрюшкина
**МР-ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО
СКЛЕРОЗА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к. м. н., ассистент М.Е. Амелин,
заведующий отделением клинических исследований
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, врач-невролог Д.В. Сазонов*

Проблема рассеянного склероза (РС) и беременности является очень важной, поскольку РС чаще страдают женщины детородного возраста и вопрос о возможности беременности и родов при данном состоянии часто встает перед врачами. Несколько лет назад ученые придерживались точки зрения отрицательного влияния беременности и родов на течение РС. Авторы считали, что беременность и роды являются одними из факторов, провоцирующих начальные проявления РС, вызывают ухудшение течения РС, ухудшения очаговой неврологической симптоматики. Однако на сегодня доказано, что беременность в основном не влияет на течение РС. Беременность обладает защитными свойствами для женщин с РС. Клиника может ухудшиться в раннем послеродовом периоде, что связано с гормональной перестройкой организма в этот период. Таким образом, женщины с РС имеют все шансы иметь нормальную беременность, как и все женщины детородного возраста.

Цель исследования. Изучить изменения данных МРТ у пациенток с рассеянным склерозом на разных этапах послеродового периода.

Материалы и методы. Анализ данных МРТ 27 пациенток, болеющих рассеянным склерозом в послеродовом периоде, сроки наблюдения до года после родов с интервалом наблюдения 3 мес. Средний возраста пациенток составил 32,5 (от 25 до 40 лет), длительность заболевания 13,7 лет (от 5 до 21 года болезни), оценка по EDSS в среднем 3,0 балла (минимум 1,0 балла, максимум 5,0 баллов). Всем пациентам проводилось МР-исследование в срок 3, 6, 9 и 12 месяцев после родов. МР-исследование проводили на аппарате Siemens Magnetom Avanto, напряженность поля 1.5 Т, с использованием методик PD, FLAIR, и применением контрастного усиления в дозе 0,2 мл/кг массы тела.

Результаты исследования. При исходном МР-исследовании у 22 пациенток выявлена цереброспинальная форма рассеянного склероза, у 1 – псевдотуморозная, у 4- церебральная. В динамическом наблюдении при выполнении МР-исследования изменения динамики заболевания (количество очагов, интенсивность накопления парамагнитного контрастного препарата) на всех этапах наблюдения не было отмечено у 19 пациентов. У остальных пациенток отмечены следующие изменения: появление единичных (1-2) но-

вых очагов активности с накоплением контрастного препарата супратенториально в сроки 6 мес после родов отмечено у 2 пациенток, появление более двух новых очагов (4) отмечено у одной пациентки в срок наблюдения 3 месяца после родов с утратой активности к 6 месяцам. В срок 3 месяца после родов отмечено появление единичных супра- и субтенториальных очагов у 5 пациенток с угасанием активности процесса к 6 месяцам.

Вывод. Рассеянный склероз в послеродовом периоде требует активно-го динамического наблюдения, с особым вниманием к срокам 3 месяцев после родов для своевременной диагностики активности процесса. Достоверно связать возникновение активности с родами нельзя, необходимо большее число наблюдений.

И.В. Каракчиева
**ВОЗМОЖНОСТИ РГ МЕТОДА И КТ В ВЫЯВЛЕНИИ
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., асс. Я.Л. Манакова*

Актуальность. Повреждения позвоночника относятся к числу наиболее тяжелых травм. Они составляют 0,4-0,5% всех переломов костей скелета. Значительное число травмированных – молодые люди. Однако имеет-ся ещё один пик их частоты, относящийся к старшей возрастной группе – в конце 6-го и на 7-м десятилетии жизни. 20-40% закрытых повреждений по-звоночника осложняются повреждением спинного мозга различной степени тяжести. Инвалидность при осложненных повреждениях позвоночника со-ставляет 95%. Летальность в этой группе больных – до 30%. Рентгенологи-ческое исследование больных является решающим в диагностике повреж-дений позвоночника. Оно выполняется в обязательном порядке в двух взаи-мо перпендикулярных проекциях (переднезадней и боковой), а при необхо-димости - косых 3/4 проекциях с центрацией рентгеновского луча на место максимальной болезненности позвоночника. Для более детального выявле-ния патологического изменения как тела позвонка, так и задних его отделов, прибегают к компьютерной томографии.

Цели и задачи исследования:

1. Раннее распознавание или исключение травматического поврежде-ния позвоночника с помощью традиционной рентгенографии и мультиспи-ральной компьютерной томографии.
2. Уточнить диагностические возможности рентгенографического ме-тода исследования и компьютерной томографии.

3. Выделить преимущества визуализации КТ- исследования перед рентгенографией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ рентгенографических и томографических исследований позвоночника в рентгенологическом отделении ГKB № 34 за период 2013 года.

Результаты. Установлено, что за период 2013 года было произведено 1530 рентгенографических исследований позвоночника и 538 томографических исследований. Из рентгенографических исследований на долю травматического повреждения шейного отдела позвоночника приходится 624, грудного 280, поясничного 626. Из томографических исследований на долю травматического повреждения шейного отдела позвоночника приходится 200, грудного 93, поясничного 245. Рентгенография проводилась на аппаратах «РУМ-20М», «РДС/4 – «Абрис», МСКТ на томографе «Siemens Somatom Emotion - 16». Мужчины подвергаются наибольшему риску получить травму позвоночника в 20-29 лет и в 70 лет и старше, а наибольший риск для женщин наступает в 15-19 лет и в 60 лет и старше. Согласно исследованию, соотношение между взрослыми мужчинами и женщинами по риску составляет, по крайней мере, 2:1.

Выводы. Целесообразно использование наиболее информативного метода диагностики - МСКТ, который быстро, с высоким пространственным разрешением может диагностировать повреждения позвоночника .

В.В. Козлов*

ВЛИЯНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., проф. В.В. Войццкий,

д.б.н., проф. Л.Ф. Гуляева

Рак молочной железы (РМЖ) по-прежнему остается одной из наиболее часто встречающихся онкопатологий во многих странах мира, включая Россию. По данным статистики, в 2010 году в РФ заболеваемость РМЖ составила 75,05 на 100 тыс. населения. В свою очередь, смертность составила 30,52 на 100 тыс.. Исследование патологических механизмов, лежащих в основе развития рака молочной железы, выяснение их молекулярных маркеров для ранней диагностики и эффективного лечения, в настоящее время является актуальным вопросом. В настоящее время лечение больных РМЖ основано на определении рецепторного статуса опухоли. Неоадьювантная химиотерапия (НАХТ) в последнее время широко применяется как стан-

дарт в лечении РМЖ. Однако малоизученным остается вопрос, как меняется рецепторный статус опухоли (ER, PR) и экспрессия CYP19 после проведенной неоадьювантной химиотерапии.

Цель работы: изучить экспрессию генов стероидных рецепторов, микроРНК и маркера пролиферации цитокератина KRT18 в злокачественных опухолях молочной железы для поиска кандидатных маркеров прогноза эффективности неоадьювантной химиотерапии.

Материалы и методы. Для клинико-анамнестического анализа использовали данные историй болезни о 106 больных с диагнозом рака молочной железы, которые находились на лечении в торакальном отделении ГБУЗ НСО «Новосибирского областного онкологического диспансера» и маммологическом отделении МБУЗ ГКБ № 1 (г. Новосибирск) с 2010 по 2012 гг. Для определения уровня экспрессии генов молекулярных маркеров использовали опухолевую ткань молочной. В качестве контроля (нормальная ткань молочной железы) считалась ткань молочной железы из наименее изменённых, удалённых от опухолевого узла участков молочной железы одного и того же пациента. Пациентки разделены на 3 группы. Первая группа контрольная (n=63), пациентки не получавшие НАХТ. 2-ая группа основная (n=43) пациентки получавшие НАХТ. Третья группа (n=30) исследовалась экспрессия микроРНК. В первых двух группах исследовалась экспрессия генов стероидных рецепторов и цитокератина 18 (KRT 18). Уровень экспрессии генов *ERα*, *ERβ*, *PR*, *CYP19*, *KRT 18* в опухолевых тканях молочной железы был определен методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени с использованием в качестве генов «домашнего хозяйства» генов *actin-b*, *RPL32*, *Pol II*.

Результаты и обсуждение. уровень мРНК *ERα* в злокачественных опухолях молочной железы пациенток, получавших неоадьювантную терапию составлял 0,42 у.е., тогда как в группе больных, не получавших терапию, этот показатель был равен 1,1 ($p<0,05$), что может отражать лечебный патоморфоз. Достоверных различий в изменении экспрессии *PR* в обеих группах не выявлено. В исследовании были выявлены различия в фенотипах опухоли в 1-ой и 2-ой группах (*ERα/ERβ*, *ERα/CYP19*), что позволяет рассматривать их как кандидатные маркеры эффективности НАХТ. У пациенток со II стадией, где были больные с НАХТ и без лечения экспрессия гена *KRT 18* составила 0,42 у.е. и 1,16 у.е. соответственно ($p<0,05$). Показано увеличение экспрессии онкогенных микроРНК 21, 155 в злокачественных опухолях молочной железы в 10 раз ($p=0.001$) и 20 раз ($p=0.003$) соответственно и снижение онкосупрессорной микроРНК 205 в 15-20 раз ($p=0.005$) по сравнению с прилегающей условно-нормальной тканью.

А.П. Кулиджанян*, Е.В. Бабаянц, А.С. Мансурова
**ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ В
УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ**

Кафедра онкологии

Новосибирского государственного медицинского университета

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.Э. Красильников

Заболеваемость злокачественными новообразованиями шейки матки в Российской Федерации 19,56 на 100 тыс. женского населения, в Новосибирской области заболеваемость в 2013 году составила 21,5 на 100 тыс. женского населения.

В литературе недостаточно освещены результаты сравнительного исследования изменений органов лимфатической системы и клеток лимфоидного ряда после применения химиотерапевтических средств и ионизирующей радиации, тогда как химиотерапия и лучевое воздействие, проводимые до хирургического лечения, по-разному влияют на организм в целом и на органы и структуры лимфатической системы в частности.

В связи с этим методом световой микроскопии провели сравнительный анализ морфологических изменений подвздошных лимфатических узлов 20 пациентов при раке шейки матки после неоадьювантной терапии (химиотерапии препаратами платины и дистанционной лучевой терапии).

Было обнаружено, что у больных раком шейки матки без неоадьювантной терапии в лимфатических узлах происходит гипертрофия и гиперплазия лимфоидных фолликулов как без герминативных центров, так и с центрами размножения, причем гипертрофированные фолликулы могут располагаться в корковом веществе в несколько рядов. Это обусловлено постоянной стимуляцией из места патологического процесса продуктами распада тканей, вызванного инфильтративным ростом опухоли, непосредственно опухолевыми антигенами и метаболитами, сопутствующим воспалительным процессом в тканях матки, в просвете которой очень высокая бактериальная контаминация.

Полихимиотерапия, лучевая терапия и их сочетание для лечения рака шейки матки сопровождаются значительным уменьшением объемной плотности лимфоидных фолликулов без герминативных центров в подвздошных лимфатических узлах, что обусловлено супрессией пролиферации и дифференцировки клеток данных структур. У части пациентов (75-90% от общего числа больных, в зависимости от метода предоперационного консервативного лечения) такие фолликулы полностью отсутствуют в указанных органах.

В результате неоадьювантного лечения в подвздошных лимфатических узлах максимально выраженные изменения цитогаммы клеточных элементов произошли в лимфоидных фолликулах лимфатических узлов, где вы-

сока пролиферативная активность и происходит быстрая дифференцировка клеток. Самые слабые изменения были отмечены в структурах мозгового вещества, так как там основное место в клеточном составе занимают высокодифференцированные клетки с низким митотическим потенциалом.

Изменения структуры и клеточного состава различных зон подвздошных лимфатических узлов более выражены после сочетания неоадьювантной химиотерапии с облучением, минимальная выраженность была обнаружена после введения комплекса препаратов для полихимиотерапии. Содержание делящихся клеток, иммуно- и плазмобластов в различных отделах лимфатических узлов более значительно меняется после лучевой терапии, количество моноцитов и нейтрофилов – после применения цитостатиков. Такие различия обусловлены тем, что химиотерапевтические средства оказывают влияние на весь организм, а лучевая терапия – только в месте патологического процесса, что позволяет более сильно воздействовать на него и окружающие ткани.

А.В. Лифанов*, А.С. Бегенина, И.А. Суханов
ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФУЗИОННОЙ КТ В
НЕЙРООНКОЛОГИИ

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент М.Е. Амелин*

Актуальность темы. Необходимость предоперационной дифференциальной диагностики образований, для проведения своевременной операции, оценка новообразований после проведенного лечения и динамическое наблюдение в раннем и позднем послеоперационном периодах. Данный метод обладает высоким разрешением, дает количественные оценки тканевой перфузии и признается одним из самых перспективных в настоящее время.

Цель. Продемонстрировать возможности метода перфузионной компьютерной томографии в оценке объемных новообразований головного мозга до операции и после проведенного оперативного лечения, визуализировать состояние опухоли после проведенной лучевой и химиотерапии, своевременно диагностировать возможный рецидив опухоли, а также динамическое наблюдение за течением заболевания.

Материалы и методы: 36 пациентов с внутри- и вне мозговыми образованиями были прооперированы под нейронавигационным контролем. Всем пациентам до операции и в ближайший послеоперационный период (1-е сутки) была проведена перфузионная КТ головного мозга на томографе Siemens Somatom Definition AS (64 среза), была проведена перфузион-

ная КТ головного мозга. Протокол исследования: 80 kV , 170 mAs, время ротации 1 с, jog-режим с захватом по оси Z 80 мм, длительность сканирования 50 сек. На перфузионных картах оценивался объем образования, анализировалась исходная картина опухоли и прилегающих отделов головного мозга, оценивался кровоток, кровенаполнения и среднее время транзита контраста в солидной части образования. На послеоперационных перфузионных картах оценивалось наличие участков с аналогичными показателями в зоне оперативного вмешательства, а так же проводилось сопоставление изменений на перфузионных картах с визуальной оценкой ситуации оперировавшим хирургом, а также с послеоперационным контрольным МРТ-исследованием с контрастированием.

Результаты. В подавляющем большинстве случаев (31 случай) хирургам удавалось добиться тотального удаления образования, что подтверждалось отсутствием на послеоперационных перфузионных картах остаточных фрагментов ткани образования, а также совпадением объема послеоперационной полости с исходным объемом образования. В 5 случаях, когда хирургам нельзя было удалить образование полностью связи с высоким риском, оценивался объем остаточной ткани опухоли, во всех случаях, он не превышал 5-7 % от объема удалённой опухоли. При контрольном послеоперационном МР-исследовании с контрастированием изменения на перфузионных картах были подтверждены во всех случаях.

Выводы. Перфузионная КТ при оценке объемных образований головного мозга и их наблюдения, является высокочувствительным методом ценным для хирургической практики. Перфузионная КТ является одним из самых ценных методов диагностики в области нейроонкологии.

А.И. Ломакин*

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ D2-40+- ЛИМФАТИЧЕСКИХ И CD34+-КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Кафедра онкологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители д.м.н. проф. С.А. Фурсов;

д.б.н. Н.П. Бгатова

Актуальность. Меланому кожи относят к одной из самых агрессивных форм злокачественных опухолей из-за высокого потенциала местного роста, регионарного метастазирования, способности к диссеминации в коже, к множественному отдаленному метастазированию. «Золотым стандартом» лечения меланомы кожи является хирургическое вмешательство, в результате чего стойкое излечение может быть достигнуто у 70–80 % больных, од-

нако даже сверхрадикальное иссечение меланомы кожи не позволяет полностью ликвидировать местные рецидивы, регионарные и отдаленные метастазы. Ранняя диагностика и своевременное удаление первичной меланомы кожи являются основными составляющими успешной терапии данного заболевания.

Цель исследования. Сравнительное иммуногистохимическое изучение содержания кровеносных (CD34+) и лимфатических (D2-40+) сосудов при меланоме кожи различных стадий злокачественности.

Материал и методы. Пациенты (43 человека) с морфологически подтвержденной меланомой кожи I и II стадией подвергали радикальному хирургическому лечению в объеме широкого иссечения новообразования, отступая от наружного края опухоли не менее 3,0 см, с реконструктивно-пластическим компонентом встречными или свободными кожными лоскутами. По результатам гистологического исследования с учетом уровня инвазии меланомы по Clark и толщины опухоли по Breslow были выделены две группы. В первую группу вошли 19 (44%) пациентов I A и I B стадии, во вторую группу II A, II B, II C стадии 24 (56%) пациентов. Образцы опухолевой ткани фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обрабатывали по стандартной гистологической методике и заливали в парафин. Все этапы иммуногистохимической реакции (депарафинизация, демаскировка, инкубация с первичными антителами и т.д.) проводили в автоматическом режиме на аппарате BENCHMARK/XT (Ventana). Использовали моноклональные антитела к CD34 (Novocastra), и D2-40 (Podoplanin) (Monosan). Полученные препараты меланомы кожи изучали с помощью светового микроскопа «Leica DM» и компьютерной программы Image J.

Результаты. За время наблюдения в течение 3 лет прогрессирование заболевания в первой группе возникло у 3 (15 %) пациентов, во второй группе у 14 (58 %) пациентов. Иммуногистохимическое окрашивание выявило преобладание CD34+-кровеносных сосудов над D2-40+-лимфатическими сосудами, как в пределах опухоли, так и в регионарных лимфатических узлах. Величины объемной плотности CD34+-кровеносных сосудов и D2-40+-лимфатических сосудов были больше на периферии опухолевого роста, чем у внутриопухолевых сосудов при первой и второй стадии меланомы. Прогрессия опухолевого роста сопровождалась возрастанием объемной плотности D2-40+-лимфатических сосудов, расположенных преимущественно в капсуле и мозговом веществе регионарных лимфатических узлов и CD34+-кровеносных сосудов, локализованных в лимфоидной паренхиме.

Выводы. У пациентов с меланомой кожи первой и второй стадии злокачественности отмечено большее содержание CD34+-кровеносных сосудов, по сравнению с D2-40+-лимфатическими сосудами. Величины объемной плотности CD34+-кровеносных сосудов и D2-40+-лимфатических сосудов были больше на периферии опухолевого роста, чем в центральных об-

ластях опухоли. Прогрессия опухолевого роста сопровождалась возрастанием плотности как кровеносных, так и лимфатических сосудов в регионарных лимфатических узлах.

Д.А. Масников. Ю.Н. Авдоница
**ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ
КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ
МСКТ-АНГИОГРАФИИ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., М.Е. Амелин*

Актуальность. Кровоснабжение щитовидной железы весьма вариативно и индивидуально. В связи с этим операции на щитовидной железе сопровождаются кровопотерей, которая отчасти связана с предоперационным планированием без точного знания хода сосудов хирургом до операции.

Метод МСКТ-ангиографии имеет высокую разрешающую способность (0,5 мм) позволяя визуализировать самые мелкие сосуды, в том числе артерии, кровоснабжающие щитовидную железу, оценить аномалию кровоснабжения и диаметр артериального сосуда, а также оценить объем железы при предоперационном планировании.

Цель исследования показать ценность метода МСКТ-ангиографии брахиоцефальных артерий при изучении вариантов кровоснабжения щитовидной железы.

Материалы и методы: 50 пациентам проведена МСКТ-ангиография на аппарате Siemens Somatom Definition AS, с толщиной среза 64x0,5 мм, время оборота трубки 0,33 с, время сканирования составило в среднем 5,5 сек. Пациентам внутривенно вводилось 40-50 мл йодосодержащего водорастворимого контрастного препарата с концентрацией йода 320-400 мг/мл. Затем на рабочей станции с применением MPR и MIP изображений с толщиной среза 0,5-20 мм оценивались варианты кровоснабжения щитовидной железы.

Результаты. Все пациенты перенесли процедуру без осложнений. Классический вариант кровоснабжения (2 пары щитовидных артерий) выявлен в 29 случаях, отсутствие одной из артерий в 3 случаях, малый диаметр одной из артерий у 4 человек, кровоснабжение одной доминантной артерией у 8 человек, кровоснабжение двумя доминантными артериями у 6 человек.

Вывод. МСКТ-ангиография является ценным методом при оценке аномалии кровоснабжения щитовидной железы и может быть очень полезен при планировании оперативного лечения.

П.В. Медведев
**ПРИМЕНЕНИЕ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОСИДЕРОЗА
ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ
ГЕМОГЛОБИНУРИЕЙ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н, ассистент Я.Л. Манакова*

Актуальность. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) - редкая приобретенная форма гемолитической анемии, протекающая с признаками внутрисосудистого гемолиза, сопровождающегося гемоглобинурией, гемосидеринурией, повышением свободного гемоглобина плазмы. ПНГ встречается с частотой 1 случай на 200 000 - 500 000 здоровых лиц. Гемолиз у больных ПНГ связан с повышенной чувствительностью мембран эритроцитов к воздействию антител - агглютининов и особенно гемолизина. При прохождении через каналы почек гемоглобин частично разрушается, откладывается в эпителии проксимальных извитых канальцев, где трансформируется в гемосидерин, который у большинства больных выделяется с мочой. Однако зачастую гемосидеринурия выявляется не сразу, а лишь в процессе динамического наблюдения за больным. Следует также отметить, что гемосидеринурия является симптомом и ряда других заболеваний. Патогенез почечной недостаточности при ПНГ обусловлен вариабельным сочетанием гемолиза с отложением гемосидерина, инфекцией и формированием микрососудистых тромбозов. Поражение почек при ПНГ колеблется от острой обратимой дисфункции до хронического необратимого повреждения. Ранняя диагностика и лечение имеет решающее значение для предотвращения прогрессирования заболевания с развитием почечной недостаточности. Из представленных в литературе данных видно, что МРТ является лучшим методом визуализации отложений гемосидерина в почечной коре у пациентов с ПНГ. Гемосидерин содержит трехвалентное железо и у пациентов с ПНГ при его отложении почечная кора на T1 и T2-взвешенных изображениях приобретает низкую интенсивность сигнала. Мозговое вещество почек не изменяется и, следовательно, имеет нормальную интенсивность сигнала при всех типах взвешенности. Выявление в нашем исследовании вышеперечисленных характерных признаков на МР-томограммах почек у пациентов с подозрением на ПНГ помогло бы укрепить МРТ как основной метод диагностики гемосидероза почек.

Целью работы было подтверждение клинического диагноза ПНГ у пациентов с гематурией, гемоглобинурией и гемосидеринурией при помощи МРТ почек и исключение необходимости в инвазивном диагностическом вмешательстве - биопсии почки.

Материалы и методы. В исследовании участвовали пять пациентов (четверо мужчин и одна женщина) с клинически установленной гематури-

ей, гемоглобинурией и гемосидеринурией. МРТ выполнена на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5Тл производства фирмы GE с использованием поверхностной катушки и получением T1-и T2- взвешенных изображений, включая режим Fat sat, синхронизированных по дыханию в трех ортогональных плоскостях. А также T1 (GRE) последовательности с 2 эхо-импульсами (значение TE варьировало от 2,6 до 16,7 мс) в аксиальной и коронарной плоскости и DWI ($b=600$ с/мм²) с построением ADC карт.

На аксиальных и коронарных T1, T1(GDE) и T2-взвешенных изображениях почечная кора имеет сигнал низкой интенсивности по сравнению с мозговым.

Выводы. Полученные нами результаты согласуются с клинико-лабораторными данными и литературными источниками. Выявление патогномоничного для ПНГ МРТ паттерна в совокупности анамнестическими данными, клинико-лабораторными показателями позволило достоверно диагностировать заболевание и избежать инвазивной процедуры биопсии почки.

М.Л. Степанова

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Кафедра онкологии,

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
Научный руководитель: д.м.н, вед. науч. сотрудник С.Г. Афанасьев*

Актуальность. Ранний рак желудка составляет 10-15% всех новых случаев в России, а у 64,2 % больных, впервые обратившихся за помощью, диагностируется III-IV стадия болезни. Более чем у 80% пациентов к моменту выявления заболевания имеют метастазы в регионарные лимфатические узлы (РЛУ). Пятилетняя выживаемость при T4 и наличие метастазов в РЛУ по данным различных авторов составляет 20-35 %. Ни расширенная лимфодиссекция, ни расширенные вмешательства на первичном очаге не предупреждают развитие отдалённых метастазов. Агрессивное течение рака желудка требует разработки системных методов лечения этого заболевания.

Цель исследования. Оценить эффективность использования неоадьювантной полихимиотерапии (НАХТ) у больных местно-распространённым раком желудка (МРРЖ) в сочетании с радикальным хирургическим вмешательством.

Материалы и методы. За период 2010–12 г.г. в торакоабдоминальном отделении НИИ СО РАМН, г. Томск наблюдалось 27 пациента. Средний возраст составил -57,8 года. До операции больным проведено комплексное

исследование, по результатам которого установлен диагноз МРРЖ. С целью исключения диссеминации опухолевого процесса по брюшине завершающим этапом диагностики явилась диагностическая лапароскопия. У трёх пациентов (11%) выявлено поражение последней, и они были исключены из исследования. На первом этапе все больные получили 2 курса НАХТ по схеме FOLFOX6 в стандартном режиме. Спустя 2 недели после завершения НАХТ проведена оценка её непосредственной эффективности. После чего они были радикально прооперированы. Объём операций был следующий выполнена операция типа Льюиса (12,5%), гастрэктомия (45,8%), субтотальная дистальная резекция желудка (41,7%). Общий объём лимфодиссекции D2.

Результаты: при оценке переносимости НАХТ гематологической токсичности не отмечено. Все пациенты завершили курс лечения в полной объёме и в установленные сроки. Оценка непосредственной эффективности осуществлялась по шкале ВОЗ и RECIST. Регрессия отмечается в 50% случаев, стабилизация - в 45,8%, в 4,7% отмечается прогрессирование. Проведение НАХТ не отразилось на течении послеоперационного периода. По результатам планового морфологического исследования гистологически НДАК составила 79,2%, УДАК – 20,8%. Патоморфоз: I степень (66,7%), II степень (16,7%), III и IV степени (8,3%). У двух пациентов (8,3%) выявлена полная морфологически доказанная регрессия опухоли. При оценке отдалённых результатов лечения: одногодичная выживаемость составила 95%, двухгодичная 82%. Летальных случаев не отмечалось.

Выводы: таким образом, НАХТ при МРРЖ характеризуется хорошей переносимостью, не утяжеляет течение послеоперационного периода. Для персонализации лечения необходимо дальнейшее изучение данной методики, а также поиск предикторных маркеров рака желудка.

А.А. Селиванова, А.П.Омельянская.
**СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ
СУЗУНСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: старший преподаватель Я.А.Хорошевская*

Онкологические заболевания по смертности занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии в мире. Ежегодно в мире заболевает злокачественными опухолями порядка семи миллионов человек, умирают из них около пяти миллионов. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения онкозаболевания могут продвинуться на первое место уже к

2020 году. Заболеваемость раком и, как следствие, смертность от данной патологии в нашей стране велика.

Согласно данным ВОЗ в качестве причин, вызывающих развитие рака, выделяют 4 группы факторов: генетические, физические, химические и биологические. Существуют данные о связи онкологических заболеваний с питанием, средой и местом обитания, образом жизни, однако в отдельности или их сочетание не приводит достоверно к развитию заболевания. Скорее всего это причины, которые могут усугублять ситуацию при наличии определенных факторов.

Сегодня зловещее слово «cancer» написанное на корочке истории болезни, не приговор, но всё же в большинстве случаев начало длинного и сложного пути. Для продуктивного лечения важна своевременная диагностика, а, следовательно, необходимо выделить группы людей который необходимо обследовать более внимательно. В свою очередь для выделения подобных групп немало важно выделить триггеры и их структуру в общей заболеваемости.

Цель нашего исследования – провести сравнительный анализ основных групп населения Сузунского района по онкологическим заболеваниям.

Результаты. Общее число больных, состоящих на учете, составило 537 (из них сельских жителей 273 человека, жителей города – 264, соответственно). С впервые выявленными злокачественными новообразованиями на учет было взято 90 пациентов, среди них 59 сельских жителей и 31 житель города. Число умерших составило 41 человек.

Соотношение мужчин и женщин в группе исследования составило 61,36% и 38,64% соответственно. Данная статистика говорит о том, что у мужчин злокачественные новообразования встречаются почти в 1,6 раз чаще, чем у женщин. Среди мужчин злокачественные новообразования чаще выявляются в возрасте от 50 до 84 лет. Среди женщин – от 45 до 85 лет.

У мужчин злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого (15,3%) преобладают над всеми остальными, также высокий процент имеет рак органов пищеварения – 33,82%, рак предстательной железы – 013,50%.

У женщин больше распространены злокачественные новообразования яичников и молочной железы (23%). Значительно ниже процент заболеваемости раком трахеи, бронхов, легкого (9,2%) и желудка (9,2%), злокачественные новообразования кожи (меланома) составили 2,36%.

По стадиям наблюдаются такие результаты: I – 15,44%, II – 33,28%, III – 32,24%, IV – 19,04%.

Выводы. На основании выше представленных данных можно сделать выводы:

- Раку в большей степени подвержены люди, возраст которых превышает 50 лет.

- Также замечено, что раком чаще болеют мужчины, чем женщины. Что подтверждено выше представленными данными.
- Большой процент выявления злокачественные новообразования происходит на II и III стадиях.

К.С. Тевс*

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ КОНФОРМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДИК С АКТИВНЫМ КОНТРОЛЕМ ДЫХАНИЯ (АВС).

*ФГУ ННИИПК имени академика Е.Н. Мешалкина,
Центр онкологии и лучевой терапии г. Новосибирск;*

Кафедра онкологии,

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. О.Ю. Аникеева*

Лечение опухолей подвижных органов представляет наибольшую трудность в радиотерапии. Дыхание пациента может меняться в течение курса лучевой терапии. Одним из альтернативных подходов является использование методики активного контроля (координатора) дыхания (Active Breathing Coordinator, ABC). Известно, что при проведении радикальной лучевой терапии планирование объема мишени (PTV) составляет около 1,5-2 см от края клинического объема облучения, тем самым увеличивая объем облучения здоровых тканей.

Цель исследования. Оценить преимущества использования активного координатора дыхания (АВС) при радиотерапии немелкоклеточного рака легкого.

Материал и методы. Проведены курсы стереотаксической конформной лучевой терапии с использованием системы активного координатора дыхания (АВС) пациентам с немелкоклеточным раком легкого.

Результаты. Группы наблюдения формировались с января 2012 по ноябрь 2013 года в центре радиохирургии и лучевой терапии. Было сформировано 2 группы по 10 пациентов в каждой. В первой группе лечение проводилось на свободном дыхании, во второй с использованием АВС. Лучевая нагрузка измерялась с учетом DVH. Уменьшение размеров отступов для PTV составил в среднем $8,3 \pm 1,8$ мм. Среднее время задержки дыхания, используя АВС, составило 18 сек. Всего циклов задержки дыхания за сеанс облучения было 5 ± 1 . Проводилось сравнение использования МСКТ с задержкой дыхания и использование АВС, чтобы компенсировать движение опухоли и следовательно уменьшить размеры отступов мишени.

Выводы. Использование АВС, значительно снижает лучевую нагрузку на подвижную мишень и сокращение объема облучения здоровых тканей.

Среднее время задержки дыхания не зависела от возраста, статуса или показателей жизненной ёмкости лёгкого. АВС позволяет провести эскалацию дозы, и соответственно, улучшить локальный контроль над злокачественной опухолью.

Ю.С. Тимофеева
**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Кафедра онкологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Э. Кrasilников

Актуальность. Классические методы лечения (хирургический и комбинированный) инвазивных форм рака шейки матки (РШМ) имеют высокий процент излечения, но сопровождаются потерей фертильности. Однако пациенткам репродуктивного возраста возможно проведение функционально-щадящего варианта операции – расширенной экстирпации матки с транспозицией яичников в верхний этаж брюшной полости, предупреждающей лучевую кастрацию. Для лечения пациенток, имеющих рак шейки матки IA2–IB2 стадии (FIGO), широко внедряется радикальная трахелэктомия, которая по объёму удаляемых тканей сопоставима с операцией Вергтгейма, но предполагает сохранение тела матки и придатков.

Цель работы – анализ опыта проведения органосохраняющих операций в гинекологическом отделении Новосибирского областного онкологического диспансера за период с 2003 по 2013 год.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней 63-х пациенток. Из них 53-м женщинам были выполнены операции, дополненные транспозицией яичников, 17-ти была проведена радикальная трахелэктомия.

Результаты исследования. Возраст пациенток, которым была выполнена транспозиция яичников, варьировал от 21 до 45 лет и в среднем составил $32 \pm 4,4$ года. По стадиям заболевания согласно классификации FIGO пациентки распределились следующим образом: IA стадия – 11,9%, IB – 54,5 %, IIA – 11,9%, IIB – 13%, IIIA – 2,2%, IIIB – 6,5%. Объём операции: 95,7% - расширенная экстирпация матки по Вергтгейму (без придатков – 47,7%, односторонняя аднескэктомия – 52,3%), 4,3% - перевязка внутренних подвздошных артерий. Всем пациенткам была выполнена одно- или двусторонняя транспозиция яичников в верхний этаж брюшной полости на питающей «ножке» с сохранением сосудисто-нервных связей, сосредоточенных в воронко-тазовой связке. В послеоперационном периоде клинически значи-

мые осложнения зарегистрированы у 19,6% пациенток, при этом непосредственно с транспозицией яичников они не были связаны.

Возраст пациенток, которым была проведена радикальная трахелэктомия, варьировал от 21 до 41 года и в среднем составил $31,8 \pm 4,4$ года. По стадиям заболевания согласно классификации FIGO пациентки распределились следующим образом: IA стадия – 52,9%, IB – 35,3%, у одной женщины – тяжёлая дисплазия (Recidiv II). Радикальная трахелэктомия в 94,2 % (16-ти) случаев была проведена абдоминальным доступом, в одном – влагалищным. Гистологические типы по результатам патологического исследования: тяжёлая дисплазия – 5,6%, плоскоклеточный неороговевающий рак – 82,6%, плоскоклеточный ороговевающий рак – 11,8%. Размеры образований до 2 см, глубина инвазии – до 0,7 см. У одной пациентки (5,9%) возникло специфическое осложнение – стеноз маточно-влагалищного анастомоза. Ухудшение наступило в 2-х случаях (11,8%): у одной женщины – рецидив, у одной – прогрессирование заболевания. Обе пациентки проходили химиолучевое лечение, затем курсы полихимиотерапии.

Выводы. Транспозиция яичников в ходе лечения рака шейки матки у женщин молодого возраста позволяет улучшить качество жизни пациенток, сократить сроки социальной и психологической реабилитации. Опыт выполнения расширенной трахелэктомии продолжает накапливаться, и основным условием для принятия решения о выполнении данной операции является желание пациентки сохранить возможность реализации репродуктивной функции.

С.К.Шабанов, К.А.Виноградова
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ
ТКДГ И МСКТ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ**

*Кафедра лучевой диагностики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н, ассистент М.Е. Амелин*

Цель работы. Оценить ценность сочетания методов МСКТ-ангиографии церебральных артерий и транскраниальной доплерографии в диагностике ККС.

Актуальность. В связи с ростом частоты заболеваний сосудов головного мозга, часто приводящих к инвалидности или летальному исходу, своевременная и точная их диагностика представляет важную медицинскую и медико-социальную проблему. Одним из таких заболеваний являются врожденные или приобретенные каротидно-кавернозные соустья, ухуд-

шающие качество жизни пациента и могущие стать причиной субарахноидальных кровоизлияний. Каротидно-кавернозные соустья возможно лечить на современном этапе медицины только хирургическим путем, эндоваскулярно (эмболизация), либо микрохирургически. Выбор тактики хирургического лечения зависит от предоперационных диагностических находок после церебральной ангиографии и транскраниального доплеровского исследования. В современной медицине отмечается тенденция в сторону применения минимально инвазивных методов диагностики, таких как метод МСКТ-ангиографии. МСКТ-исследование сосудов головного мозга во многих клинических ситуациях заменяет церебральную ангиографию. На сегодняшний день в доступной литературе мало данных о применении МСКТ-ангиографии в диагностике каротидно-кавернозных соустьев и планировании их оперативного лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было обследовано 14 пациентов с ККС. Из них 7 лиц мужского пола и 7 женского. Средний возраст пациентов 32 года. В своем исследовании, мы применили сравнительный анализ между тяжестью клинических симптомов и данных дополнительных методов исследования. Все пациенты находились на лечении в Федеральном Нейрохирургическом Центре в период с января 2013 по февраль 2014 года. Всем пациентам было проведено комплексное обследование в объеме ТКДГ, МСКТ-ангиографии, с целью верификации результатов МСКТ-ангиографии пациентам дополнительно было произведена церебральная ангиография.

Результаты. В результате обследования у 10 больных были выявлены прямые ККС (Тип А), у 3 больных не прямые (Тип В) и у 1 больного не прямое (Тип С) каротидно - кавернозное соустье. По результатам ТКДГ разброс линейных скоростей кровотока в патологическом очаге составил от 1,36 – 2,10 м/с, и в среднем оказался равным 1,74 м/с. Данные полученные при МСКТ о локализации, диаметре и множественности соустьев полностью соответствовали находкам при церебральной ангиографии, позволяя полноценно ее заменить.

Исходя из данных полученных при обследовании, пациентам избиралась оперативная тактика: открытая микрохирургическая операция (5 пациентов), эндоваскулярная эмболизация (9 пациентам).

Выводы. Комплексное применение доплерографии с МСКТА позволяет оптимизировать протокол предоперационной диагностики, позволяя исключить церебральную ангиографию из предоперационного диагностического протокола, сокращая время пребывания пациента в стационаре, минимизировать диагностические интраваскулярные вмешательства.

О. М. Шевченко*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ ГЕНА BRCA1 У
ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра онкологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель профессор, д.м.н. В.Е. Войццкий*

Актуальность. Наследственные опухолевые синдромы – группа заболеваний, проявление которых заключается в передаче из поколения в поколение практически фатальной предрасположенности к тому или иному виду рака.

Цели диагностики наследственных раков:

1 группа: онкологические больные; при установлении наследственного характера заболевания может заметно измениться тактика лечения, в частности, объём операции и/или характер назначаемой терапии.

2 группа: формируют здоровые люди, у которых предполагается наличие генетической предрасположенности к раку; в случае подтверждения присутствия соответствующей мутации организуется комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и раннюю диагностику онкологической патологии.

Наследственный рак молочной железы (РМЖ) является самой частой разновидностью семейных опухолевых заболеваний.

Гены наследственного РМЖ BRCA1, BRCA2, CHEK2, NBS1, PALB2

Встречаемость в РФ аллеля BRCA1 5382insC у здоровых женщин составляет примерно 0,1%. Данный вариант отвечает примерно за 25% общей заболеваемости РМЖ.

Встречаемость 5-10% всех случаев РМЖ, 10-15% всех случаев рака яичника (РЯ)

Вероятность возникновения онкологического заболевания у носителей мутации > 90%.

Материалы и методы. Проведено обследование в течении 2013 года 849 женщин с диагнозом Рак молочной железы. Мутация BRCA1 5382insC выявлена у 36 женщин (4,2%).

Обследованы кровные родственники данной группы пациенток (всего 29), мутация BRCA1 5382insC выявлена у 13 (44,8%) здоровых женщин. Данной группе с целью раннего выявления рака молочной железы и рака яичников предложено диспансерное наблюдение в условиях онкодиспансе-ра.

Выводы: обследование на BRCA1 5382insC позволяет выявить группу здоровых женщин, риск развития рака молочной железы у которых превышает 90%, с целью раннего выявления и лечения данного заболевания и сведения к минимуму риска фатального исхода от РМЖ.

Е.А. Коротков
**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра онкологии, ЦНИЛ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н. И.С. Кунин, д.б.н.,
проф. С.В. Айдагулова*

Актуальность. В последнее десятилетие в экономически развитых странах в лечении аденокарциномы предстательной железы достигнуты значительные успехи. Это связано с разработкой лекарственной андрогенной депривации. Однако со временем клетки опухоли утрачивают зависимость от андрогенов, и возрастает роль других антиопухолевых воздействий. Одним из них является дистанционная лучевая терапия. Несмотря на большое количество исследований, остаются нерешенными вопросы длительности и количества курсов андрогенной блокады, а также выбора адекватной радиационной дозы.

Цель - на основе анализа динамики уровня простат-специфического антигена в крови и динамики объема предстательной железы изучить результаты двух схем комплексного (гормонального и лучевого) лечения пациентов с аденокарциномой предстательной железы, отличающиеся по длительности гормонотерапии.

Материал и методы. Проанализированы амбулаторные карты 57 пациентов в возрасте от 52 до 83 лет с аденокарциномой простаты. В зависимости от исходного уровня ПСА крови, суммы баллов по Глиссону и TNM-стадии опухолевого процесса, был определен риск аденокарциномы предстательной железы (низкий – 6 пациентов, промежуточный – 19, высокий – 32). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от схемы лечения. Первый режим включал 1 курс неoadъювантной гормональной терапии (9 месяцев) и дистанционную лучевую терапию с суммарной очаговой дозой 76-80 Гр. Во втором режиме пациенты получали более одного курса НГТ (от 11 до 68 месяцев) с дальнейшим аналогичным курсом ДЛТ. Для статистического анализа использовались критерии Манна-Уитни и Вилкоксона.

Результаты исследования. Независимо от риска заболевания, и НГТ, и ДЛТ обладают значимой ($p < 0,0001$) эффективностью, оцениваемой по снижению уровня общего ПСА в сыворотке крови, то есть обе схемы лечения пациентов с аденокарциномой предстательной железы являются эффективными. Уровень ПСА после одного курса НГТ (1-я схема лечения) был достоверно ниже, чем после нескольких курсов (2-я схема лечения), $p = 0,0085$.

Оценка уровня ПСА после проведения ДЛТ показала, что в 1-й группе наблюдался эффект небольшого, но достоверного ($p = 0,0298$) увеличения уровня ПСА, что связано с вкладом в эту величину показателей подгрупп

с различным риском заболевания. Во 2-й группе уровень ПСА варьировал при отсутствии достоверности различий в динамике ПСА до и после ДЛТ ($p=0,0699$).

Анализ результатов лечения в 3-х группах риска показал, что получена положительная динамика при использовании обеих схем лечения с достоверным снижением уровня ПСА. Наилучший показатель имел место при использовании 1-й схемы – 1 курс НГТ и ДЛТ.

Показатели объема предстательной железы при использовании ЛТ имели разнонаправленную динамику, что обусловлено развивающимися у 45% пациентов независимо от риска деструктивными изменениями ткани органа, сопровождающимися отеком и вероятной воспалительной реакцией.

Заключение. Статистический анализ ближайших критериев эффективности мультимодального лечения пациентов с высоким риском аденокарциномы предстательной железы продемонстрировал наилучший результат с достоверным ($p<0,05$) снижением уровня ПСА при использовании одного курса МАБ и последующей ЛТ с суммарной дозой 76-80 Гр в очаге поражения. Показатель объема предстательной железы в применяемом режиме ЛТ не является ближайшим критерием эффективности мультимодального лечения.

А.Ю.Алексеев*, Е. А. Хох*, Д.Н.Трошин, Д. М. Первойкин
**ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА АКОНИТА ДЖУНГАРСКОГО НА
РАЗВИТИЕ КАРЦИНОСАРКОМЫ WALKER-256**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. П. Надеев*

Актуальность. Заболеваемость онкологией в РФ составляет 367,9 на 100 тыс. населения. Ежегодная летальность от злокачественных новообразований составляет 29,2% (А.Д. Каприна, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, 2013), и занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. В этой связи поиск новых лекарственных средств является важной задачей современной медицины. Перспективным растением для исследования может являться представитель рода *Aconitum*, семейства *Ranunculaceae*, Аконит джунгарский (*A. soongaricum*), так как используется в нетрадиционной медицине для лечения злокачественных новообразований.

Цель исследования. Исследование первичной опухоли Walker 256 при использовании экстракта *A. soongaricum*.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 46 крысах-самцах Wistar, которые были разделены на 3 группы. Животным всех трех экспериментальных групп была перевита опухоль в левую заднюю лапку, из расчета $0,8-1,0 \times 10^6$ клеток в 0,2 мл физиологического раствора. Животным 1-й группы (контроль) на 8 сутки развития опухоли внутрибрюшинно вводили физиологический раствор в объеме 0,2 мл. на крысу, далее животные получали внутривенно дистиллированную воду в объеме 0,5 мл на крысу до конца эксперимента. Животным 2-й группы (циклофосфан) на 8 сутки эксперимента внутрибрюшинно вводили циклофосфан в дозе 60 мг/кг, и в дальнейшем животные получали внутривенно дистиллированную воду в объеме 0,5 мл на крысу до конца эксперимента. Животным 3-й группы (циклофосфан + аконит) на 8 сутки внутрибрюшинно был введен

циклофосфан в дозе 60 мг/кг. Далее животным вводили внутривенно экстракт Аконита джунгарского растворенного в 0,1% крахмальной слизи в дозе 50 мг (LD25) до 15 суток эксперимента, далее дозу экстракта уменьшили до 25 мг на крысу. Образовавшийся опухолевый узел забирали на 21 и 28 сутки эксперимента. Ввиду быстрого роста первичного опухолевого узла у животных 1-й группы забор материала проводили на 15 сутки. Объем опухолевого узла рассчитывался по формуле Шрека для эллипсоидов – $a \cdot b \cdot c \cdot \pi / 6$ см³, где а, b и с – максимальные диаметры опухолевого узла (Т.Н. Гудцова, Г.В. Жукова и др., 2010).

Результаты исследования. У животных 1-й группы (контроль), объемом опухолевого узла на 8 сутки составил $6,04 \pm 1,46$ см³, к 15 суткам достиг $21,68 \pm 5,05$ см³. У животных 2-й группы на 8 сутки роста опухоли, размер ее составил $4,27 \pm 0,88$ см³, на 21 сутки – $0,42 \pm 0,41$ см³, а на 28 сутки – $1,93 \pm 1,28$ см³. У животных 3 группы (циклофосфан + аконит), на 8 сутки размер опухолевого узла составлял $3,39 \pm 0,93$ см³, на 21 сутки – $0,26 \pm 0,21$ см³, на 28 сутки – $0,04 \pm 0,04$ см³. Таким образом, первичный опухолевый узел, при применении циклофосфана и экстракта аконита, уменьшился к 28 суткам в 84,75 раза. У животных 2-й группы (циклофосфан) первичный опухолевый узел уменьшился на 28 сутки в 2,21 раза.

Выводы. Применение циклофосфана и Аконита джунгарский показало выраженный противоопухолевый эффект по сравнению с применением только циклофосфана.

Г.А. Асеев, А.С. Виноградов, А.О. Кулишенко*
**ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНА
GLANDULAE SUBMANDIBULARIS КРЫС ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ И ВВЕДЕНИЕ
МЕЛАТОНИНА**

*Кафедра анатомии человека, кафедра патологической
физиологии и клинической патофизиологии,
Центральная научно-исследовательская лаборатория,
Новосибирский государственный медицинский университет*
Научные руководители:

*д.м.н., доц. Е.В. Овсянко, д.м.н., проф. М.Г. Пустоветова,
д.м.н. И.П. Жураковский*

Цель. Изучить динамику морфологических изменений тканевого звена лимфатического региона glandulae submandibularis крыс с карциносаркомой Walker 256 (W256) и при применении мелатонина (MT).

Материалы и методы. В исследование использовали крыс самцов породы линии Wistar. Суспензию клеток перевиваемой W256 вводили живот-

ным мышцу бедра в дозе 1×10^6 клеток. Было сформировано 4 группы ($n=7$): контрольная; с МТ; с W256; с W256 при воздействии МТ. МТ в дозе 10 мг/кг вводили внутривенно в течение 14 сут. Все манипуляции совершались, спустя 5 суток, с момента перевивки опухоли. Гистологическое исследование проводилось по стандартной методике.

Результаты. В ходе анализа полученных данных было выявлено снижение величины показателя относительной площади паренхимы *glandulae submandibularis* во всех изучаемых группах. Однако, если в группах с МТ как без W256, так и в большей степени с опухолевым ростом снижение было незначительно по сравнению с интактным уровнем, то в группе с W256 данный показатель резко снижался на протяжении всего эксперимента. На фоне снижения величин показателей относительной площади паренхимы железы при определении относительной площади внутридольковых и междольковых пространств мы наблюдали противоположную гистологическую картину. В группе с W256 без лечения величины этих показателей, занимаемой ими площади, резко возрастали, и особенно к концу эксперимента по сравнению со всеми изучаемыми группами. Важно отметить, что величина показателя диаметра артерий в *glandulae submandibularis* в группе с МТ без W256 снижалась на протяжении всего эксперимента по сравнению с интактным уровнем. При лечении МТ крыс с W256 это значение также было хотя и ниже уровня контроля, но при этом минимального своего значения достигало в начале эксперимента. В группе с W256 без лечения величина показателя диаметра артерий на протяжении всего эксперимента не имела достоверных различий с интактным уровнем. Величина показателя диаметра вен в группе с МТ без W256 на протяжении всего эксперимента была ниже уровня контроля. При лечении МТ крыс с W256 этот показатель если в начале эксперимента был ниже, то к концу превышал уровень интактных животных. В группе с W256 без лечения величина показателя диаметра вен также была выше к концу эксперимента по сравнению с соответствующим показателем контрольного уровня. Анализ артерио-венозного отношения показал, что в группе с МТ без W256 данный показатель не имел достоверных изменений с интактным уровнем. В группе с W256 без лечения этот показатель снижался к концу эксперимента, а при лечении МТ он был ниже на протяжении всего эксперимента по сравнению с уровнем контроля.

Выводы. 1. Опухолевый рост оказывает негативное влияние на ткань *glandulae submandibularis*: а) токсические продукты метаболизма и распада опухолевых клеток, способствующие изменению проницаемости кровеносных сосудов, что способствует гемо- и плазморрагиям, в результате происходит увеличение площади внутридольковых пространств, на фоне прогрессирующей паранеопластической эндогенной интоксикации; б) мелатонин оказывает лимфотропный эффект, стимулирующий дренаж внутридольковых пространств. 2. Мелатонин оказывает сосудосуживающее действие на кровеносные сосуды *glandulae submandibularis*.

А.В. Баранова, Л.А. Монакова, А.П. Омелянская, Н.В.
Хайнацкая, Н.А. Елясина*

**СЛУЧАЙ МЕТИЛМАЛОНОВОЙ АЦИДЕМИИ, ОПИСАНИЕ
СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ ВОЗНИКШИХ
ВНУТРИУТРОБНО**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Я.А. Хорошевская*

Метилмалоновая ацидемия (ММА) является генетически гетерогенным заболеванием из группы органических ацидемий с аутосомно-рецессивным типом наследования. Так как ММА является редким заболеванием (1:48000 - 1:61000) и имеет много «масок», велик риск диагностической ошибки, а отсутствие своевременно назначенного лечения может привести к необратимым органическим изменениям и полиорганной недостаточности. Но, как это свойственно большинству генетических заболеваний, ММА сопутствуют множественные патологии связанные с генетическими отклонениями.

Цель исследования: описать клинический случай метилмалоновой ацидемии, сопровождающийся изменениями в головном мозге.

Ребенок Н, мальчик 12 лет. Ребенок от 4 беременности, роды 4, срочные, самостоятельные. Беременность протекала на фоне плацентита, частых ОРВИ. Вес при рождении 3550, длина 53 см, по шкале Апгар 8-9 баллов.

В рамках обследования по определению причин оксалатурии (в последствии выставлен диагноз ММА) было проведено МРТ-исследование, в результате которого был выявлен ряд отклонений свидетельствующих о нарушении внутриутробного развития.

Заключение МРТ-исследования: Уровень миндалин мозжечка - на уровне большого затылочного отверстия. Визуализируются мелкие диффузные сосудисто-дисметаболические глиозные очаги в белом веществе полушарий головного мозга. Признаки умеренной внутренней гидроцефалии. Расщепление прозрачной перегородки. Признаки повышения внутричерепного давления. Признаки гиперлабильности шейного отдела позвоночника. Редуцирован кровоток по правой позвоночной артерии. Асимметрия церебрального венозного кровотока.

На основании выше представленного заключения можно выставить диагноз мальформация Арнольда — Киари. Возникновение данной патологии можно объяснить как нарушениями в эмбриогенезе, так и отставанием в росте костей, свойственным больным ММА. Нарушение кровообращения, расщепление прозрачной перегородки и другие аномалии, отражённые в заключение можно связать с нарушением внутриутробного развития связанного с генетической патологией.

Однозначно трактовать мальформацию Арнольда-Киари, как результат ММА нельзя. Полученные результаты могут быть связаны с разными генетическими заболеваниями.

А.С.Безволенко

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ СТОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ

Кафедра медицинской биологии и генетики,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., Ж.К.Мамоян

Актуальность исследования. Одним из направлений современной биологии являются исследования с использованием эмбриональных стволовых клеток. Применение стволовых клеток человека уже сегодня помогает справиться с множеством неизлечимых ранее заболеваний.

Цель исследования: изучить действие стволовых клеток на течение различных заболеваний, рассмотреть их современное значение.

Материалы и методы: научные статьи и публикации [<http://www.medline.ru/>], [<http://med-euro.narod.ru/>], [<http://www.stvolkletki.ru/>]

Результаты исследования. Применение стволовых клеток дает выраженные результаты при лечении таких заболеваний, как сахарный диабет, заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы болезнью Паркинсона и Альцгеймера, травм головного и спинного мозга.

Выводы. 1. При лечении сахарного диабета у некоторых пациентов, на фоне терапии стволовыми клетками, был отмечен 5 месячный период без использования сахароснижающих препаратов. [Cellonis Biotechnologies Group]

2. В результате лечения болезни Альцгеймера стволовыми клетками, на ранних стадиях развития болезни, прекращается атрофия головного мозга, возвращается память и интеллект, и пациент становится социально адаптированным. [<http://www.stvolkletki.ru/diseases/nervous/nervous4.html>]

3. В результате лечения хронической почечной недостаточности стволовыми клетками у пациентов, приступивших к своевременному лечению, произошло полное восстановление функции почечного аппарата, а биохимические показатели крови и мочи нормализовались. [<http://med-euro.narod.ru/urogenital1.html>]

М.А. Белова, И.С. Анохин
**КАРИОТИПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД
ПРЕИМПЛАНТИЦИОННОЙ И ПРЕНАТАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный
медицинский университет, Международный Клинический Центр
вспомогательных репродуктивных технологий «Авиценна»
Научные руководители: к.м.н. И.В. Айзикович, П.Ю. Мотырева,
к.м.н. Ж.К. Мамоян*

Одна из ведущих причин невынашивания беременности – генетический фактор. От 40 до 60% выкидышей на ранних сроках беременности обусловлены хромосомными аномалиями.

Наиболее часто встречающейся генетической патологией является синдром Дауна – трисомия по 21-й хромосоме.

Средняя частота рождения детей с синдромом Дауна – 1 случай на 1000 родов. По литературным данным частота встречаемости этой патологии напрямую связана с возрастом матери и резко увеличивается у женщин старше 35 лет.

Цель работы – анализ частоты встречаемости синдрома Дауна в циклах ЭКО, в случаях беременности, наступившей естественным зачатием, а также влияние возраста матери на вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна.

Работа проведена на базе генетической лаборатории Медицинского центра «Авиценна».

Материалы и методы. Проанализированы случаи диагностики синдрома Дауна на стадии эмбриона в циклах ЭКО, в абортном материале замерших беременностей, в плодном материале, полученном при инвазивной преимплантационной диагностике.

Использованы методы преимплантационной генетической диагностики - ПГД (FISH) – кариотипирование хориона и пуповинной крови плода.

Результаты. Всего кариотипированно 368 образцов, из них 173 эмбриона, 178 абортных хорионов и 17 случаев при кордоцентезе. Всего проанализирован 31 случай выявления синдрома Дауна. Из них 25 случаев (83,8%) – протоколы ЭКО, в которых исследовано 173 эмбриона. Трисомия 21 хромосомы выявлена у 38 эмбрионов, что составило 21,9%. Из них чистая трисомия составила 30 случаев (78,9%), мозаичная – 7 случаев (18,4%) и 1 случай Робертсоновской транслокации (2,6%).

Абортный хорион исследован в 178 случаях. Из них в 5 был выявлен синдром Дауна (4 беременности наступили спонтанно, 1 получена в программе ЭКО (без ПГД)).

Кариотипирование плода в 17 случаях проведено при кордоцентезе, в двух из которых выявлен синдром Дауна.

Зарегистрировано рождение 1 ребенка с синдромом Дауна (беременность получена в программе ЭКО, без ПГД).

В исследуемой группе количество женщин в возрасте старше 35 лет равно 16(51,6%).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее часто синдром Дауна встречается в старшем репродуктивном возрасте, что совпадает с данными литературы. Тем не менее достаточно высокий процент встречаемости приходится на женщин моложе 35 лет (48,4%), что делает актуальными и ценными методы преимплантационной и пренатальной генетической диагностики.

А. Я. Будник, Д. Ю. Федотова
**ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ЕЕ СВЯЗЬ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ
ГИБЕЛЬЮ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКАХ
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., доц. Т. Г. Чернова*

Актуальность работы обусловлена относительно высокой антенатальной смертностью и тем, что альтернативные изменения в плаценте встречаются в большинстве случаев антенатальной гибели.

Целью данной работы является изучение патологии плаценты и связи ее с антенатальной гибелью, а также влияния характера воспаления плаценты и ее хронической недостаточности (ХПН) на срок антенатальной гибели, а также возможность прогнозирования течения ХПН.

Материал и методы исследования. Материалами исследования послужили протоколы вскрытий плодов, погибших антенатально в 2011 г. и 2012 гг. ГКБ № 25 и ГКБ № 1 и гистологические препараты.

Результаты. Была выявлена прямая закономерность связи между сроками антенатальной гибели, характером воспаления плаценты и вариантом хронической плацентарной недостаточности. По результатам нашего исследования было выявлено преобладание на ранних сроках ХПН в виде вариантов дифференцированного развития ворсин, гнойного и продуктивного гнойного мембранита и плацентита при гибели плода до 29-й недели гестации, в то время как на поздних сроках, начиная с 29-ти недель – преобладание варианта промежуточных дифференцированных ворсин ХПН и гнойно-продуктивного мембранита.

Заключение. Таким образом, беременным женщинам рекомендовано раннее обращение в консультацию для своевременной диагностики патологии последа (ХПН и воспаление) и предотвращения антенатальной гибели плода.

У.М.Гафуров, Н.Н. Абдуллоев, А.П. Омельянская, Г.С. Луппа,
Л.А.Морозов.

ПОДСЧЕТ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО НАСЛЕДСТВЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Я.А.Хорошевская*

Актуальность исследования. «Жизнь каждого человека – это уникальный генетический эксперимент, который никогда не повторяется, это самое главное, о чем надо помнить!» (Гуляев Г.В.). На сегодняшний день генетика, как наука внесла немаловажный вклад в прогнозирование возникновения и течения различных заболеваний. Эта отрасль науки стремительно развивается, разрабатываются новые методы лечения генетических заболеваний. В своей работе мы использовали генеалогический метод исследования. На сегодняшний день этот метод один из основных при выявлении предрасположенности пробанда к тому или иному заболеванию и определению варианта его течения. С помощью генеалогического метода можно проследить передачу заболеваний из поколений в поколения, и прогнозировать риск рождения ребенка с той или иной патологией ещё до его зачатия.

Цель исследования: выявить предрасположенность и риск развития заболеваний у студентов 1 курса НГМУ.

Материалы и методы. Были использованы данные, полученные в результате клинико-генеалогического метода исследования. Общее количество студентов составило 560. Использовался генеалогический метод с последующим анализом родословной и подсчётом статистических данных.

Результаты. В результате были получены следующие данные. Заболевания сердечно-сосудистой системы заняли первое место в структуре заболеваемости (66,58%) и подразделились, в свою очередь, на несколько подгрупп: самой многочисленной оказалась подгруппа с гипертонической болезнью – 178 человек, что составило 31,76%, далее расположились исследуемые с предрасположенностью к инсульту - 99 человек (17,68%), третий по частоте встречаемости оказался инфаркт – в 96 случаях, что соответствует 17,14%.

На втором месте – онкологические заболевания. В этой группы лидирующими оказались опухоли желудка – 10,71%, видимо, это связано с современным темпом жизни и невозможностью правильного питания. На втором месте поражение легких – 8,57%. Опухоли кишечника – в 4,11%. Опухоли женской половой сферы оставили 2,56% от общего числа злокачественных заболеваний. Сахарный диабет был зафиксирован в 5% случаев.

Аллергические реакции оказались самой немногочисленной группой. Предрасположенностью к ним обладают всего 5 студентов, что составляет 0,89% от общего числа.

С. Е. Гурбановский, Д. В. Скоморохова
**АНАТОМО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ
ПОВЕРХНОСТНОЙ ЛАДОННОЙ ДУГИ**

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., преподаватель М. З. Щутова*

Актуальность: между антропометрическими данными человека и топографическим расположением анатомических структур существует тесная взаимосвязь. Ее исследование позволяет разрабатывать оптимальные оперативные доступы и приемы с целью более эффективного лечения больных.

Цель: изучение индивидуальной и типовой изменчивости, определение полного вариационного ряда различий строения сосудисто-нервного пучка кисти, выделение его крайних форм изменчивости в зависимости от морфотипа.

Материалы и методы. Проведена препаровка тканей правой и левой кисти у 10 трупов людей различного типа телосложения.

Тип телосложения определялся по индексу Рис-Айзенка, для этого у 20 обследуемых мужчин и 30 обследуемых женщин от 19 до 41 года производились измерения роста и поперечного диаметра. При значении индекса менее 96 тип телосложения определяется как брахиморфный; от 96 до 106 – мезоморфный; более 106 долихоморфный. Для определения антропометрии кисти производился расчет кистевого индекса, для этого измеряли длину и ширину кисти. Данные обследуемых людей по этому показателю были сопоставлены с результатами, полученными от трупного материала. На 10 отпрепарированных кистях трупов производилось измерение продольного размера, верхнего и нижнего поперечного размеров, топографо-анатомическая проекция «запретной зоны» Канавела от дистальной складки лучезапястного сустава и от середины межпальцевой складки между первым и вторым пальцами, калибр *a.ulnaris* и *n.medianus*, расстояние от

a.ulnaris до n.medianus в области лучезапястного сустава, количества ветвей a.ulnaris. Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы Microsoft Office Excel 7.0. Был произведен расчет средней арифметической, ошибка средней, корреляция между кистевым индексом и индексом Рис-Айзенка, критическим уровнем корреляции считался 0,9

Результаты исследования. В ходе работы было установлено, что у долихоморфного типа (среднее значение индекса Рис-Айзенка 109,2 у мужчин, 107,1 у женщин) продольные размеры кисти преобладают над поперечными (среднее значение кистевого индекса 42,9 у мужчин, 42,1 у женщин). Среднее значение индекса Рис-Айзенка с брахиморфным типом телосложения 92,2 у мужчин, 87,8 у женщин, а среднее значение кистевого индекса 48,3 у мужчин и 44,5 у женщин. У кистей с кистевым индексом 43 и более среднее значение расстояния от дистальной складки лучезапястного сустава до поверхностной ладонной дуги 3,7 см, средний диаметр поверхностной ладонной дуги составлял 0,3 см, среднее значение диаметра a.ulnaris 0,1 см, расстояние от «запретной зоны» Канавела в среднем составляло 3,5 см, а среднее значение расстояния от гороховидной кости до a.ulnaris 1,5 см. У кистей с кистевым индексом 48 и менее среднее значение расстояния от дистальной складки лучезапястного сустава до поверхностной ладонной дуги 3,3 см, средний диаметр поверхностной ладонной дуги составлял 0,6 см, среднее значение диаметра a.ulnaris 0,3 см, расстояние от «запретной зоны» Канавела в среднем составляло 3,8 см, а среднее значение расстояния от гороховидной кости до a.ulnaris 1,7 см.

Вывод. для разработки новых лечебно-диагностических мероприятий и повышении их эффективности необходимо учитывать все варианты индивидуальной топографо-анатомической изменчивости сосудисто-нервных элементов кисти.

К.Н. Данилова, В.И. Напрюшкина
**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА
ПРИ ВВЕДЕНИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА**

*Кафедра травматологии и ортопедии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., ассистент Д.В. Жуков*

Актуальность. Такой медицинский материал как костный цемент помогает тысячам больных с патологией костных тканей. Свойства материала позволяют использовать его и как клей, и как наполнитель, что даёт возможность замещать практически любой дефект кости. Однако с 1970 года он не претерпел существенных изменений своей основы - ею по-прежнему

остается метилметакрилат. Известно, что применение костного цемента на основе метилметакрилата может сопровождаться рядом осложнений, однако достойной альтернативы этому веществу в клинике пока не существует. Анализируя осложнения, связанные с применением костного цемента, Н. Rinecker в 1980 г. ввел понятие «синдром имплантации костного цемента», который проявляется как местными, так и более опасными общими изменениями в организме. Современная техника приготовления и подачи костного цемента снизили риск использования данного вещества. Однако до настоящего времени отмечаются такие критические интраоперационные состояния после введения этого материала, как острая недостаточность сердечно-сосудистой и дыхательной систем вплоть до остановки кровообращения и смерти больного.

Цель исследования. Изучить действие метилметакрилата на местном уровне на губчатую ткань тела позвоночника.

Задачи: Микроскопия, морфометрия (измерение S некроза с применением лабораторной сетки), проведение статистического анализа и обработка полученных данных.

Материалы и методы. Образцы органов и тканей экспериментальных животных – крыс линии Wistar взяты через 1 час, 1 сутки, 3 суток и 30 суток после введения костного цемента.

Результаты исследования. 1 час – в зоне введения цемента в теле позвонка наблюдается выраженный распад и некроз костной ткани с кровоизлияниями вокруг. По краю внедренного цемента видны фрагментированные, безостеоцитные части. На границе с цементной пломбой расположена костная балка, оптически не разрушена, без остеоцитов. Костный мозг некротизирован.

Через 1 сутки. Сохраняется обширная зона некроза костного мозга и костной ткани. По краю видна полость заполненная некротизированными массами в виде обрывков тканей(кисты), вокруг этой кисты видны кровоизлияния, клеточная реакция вокруг. За пределами рассматриваемой зоны видны полнокровные расширенные сосуды. Все это говорит о реакции на инородное тело.

Через 3 –е суток имеются некротические массы и сохранившийся цемент.

30-е сутки. На месте кисты- соединительнотканый регенерат, погибшие клетки на отдалении сформированной серозной кисты. Гибель клеток секреторного ряда.

Вывод. Имеется токсическое воздействие в виде формирования кист и полостей. Однако, отказываться от данной методики на данный момент не собираются, т.к. нет достойной альтернативы. Таким образом, в дальнейшем необходимо разрабатывать методы профилактики для предотвращения возможных осложнений после введения костного цемента.

М.С. Ермолаева
**АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СКЕЛЕТА ИЗ
КУРГАНА САРГАТСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЯШКИНО-1**

ФГБУН "Институт археологии и этнографии

СО РАН", г. Новосибирск

Научный руководитель: к.и.н., с.н.с. Д.В. Поздняков

В 2013 году, в ходе Российско-Германской археологической экспедиции Института археологии и этнографии СО РАН и Евразийского отделения Германского археологического института был исследован курган Яшикино-1. Под курганный насыпью находилось захоронение, которое было нарушено еще в древности.

Цель работы - провести антропологическое изучение макроскопическими методами скелета из кургана Яшикино-1, определить пол и возраст индивида, выявить патологические изменения на костях черепа и посткраниального скелета.

Задачи работы:

1. Провести необходимую реставрацию костей скелета;
2. Определить, на основании особенностей морфологических характеристик пол и возраст погребенного;
3. Описать патологические изменения на макроскопическом уровне.

Материалы и методы. Материалами исследования являются кости скелета из кургана Яшикино-1. Исследования проводились методами антропоскопии и производились на макроскопическом уровне.

Результаты и выводы. Морфологические характеристики строения черепа и тазовых костей позволяют заключить, что в данном погребении был захоронен мужчина. Судя по степени облитерации швов черепа, степени стертости зубов, а так же состоянию ряда суставных поверхностей, его возраст можно определить как 45- 50 лет.

Патологические образования представляют особый интерес. Необходимо отметить изменения в верхнечелюстных синусах, которые связаны с утратой ряда зубов верхней челюсти, включая премоляры и моляры, в результате воспалительного процесса, приведшего к разрушению части альвеолярной дуги. Исследование позвоночного столба показало сращение 2 и 3 позвонков и начало процесса их сращения с 4 позвонком. На всех суставных поверхностях имеются остеофиты, в грудном и поясничном отделах на телах позвонков есть следы протрузии. Грудина содержит костные краевые разрастания по месту присоединения реберных хрящей.

Анатомическая шейка плечевой кости имеет костные разрастания по всей окружности.. Лучевые кости содержат бугристости на теле кости в области прикрепления m. pronator teres.

На длинных трубчатых костях нижних конечностей имеются наросты по основным местам прикрепления мышц. Бедренные кости имеют ярко вы-

раженные костные наросты по медиальной губе шероховатой и гребенчатой линий, направленные в медиальную сторону. Большеберцовые кости отличаются наличием бугристости в месте прикрепления мышц-аддукторов бедра, бугристости по линии камбаловидной мышцы. Крестцовый канал наполовину не закрыт.

Итак, по всем краям суставных поверхностей есть краевые разрастания, суставная поверхность же всех костей без значительных изменений, кроме тел позвонков. На основе этих данных можно говорить о системном заболевании, связанном с оссификацией связочного аппарата, вероятно, приведшего к частичной потере подвижности данного субъекта.

О. С. Исакова, А.С. Исакова

ВАРИАНТЫ ТОПОГРАФИИ СРЕДИННОГО НЕРВА НА КИСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТОТИПА ЧЕЛОВЕКА

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., преподаватель М.З.Шутова*

Актуальность. Существует взаимосвязь между антропометрическими данными человека и топографической ориентацией анатомических образований. На основе этих знаний разрабатываются не только оперативные доступы и приемы, но и совершенствуются диагностические манипуляции, методика лечения больных.

Цель. Выявление вариантов метрических характеристик кисти обследуемых и топографо-анатомических особенностей срединного нерва в области кисти на трупном материале.

Материалы и методы. Тип телосложения определялся по индексу Рис-Айзенка, для этого у 25 обследуемых женщин и 25 обследуемых мужчин от 20 до 58 лет производились измерения роста и поперечного диаметра грудной клетки. При значении индекса менее 96 тип телосложения определяется как брахиморфный; от 96 до 106- мезоморфный; более 106- долихоморфный. Для определения антропометрии кисти производился расчет кистевого индекса, для этого измеряли длину и ширину кисти. Данные обследуемых людей по этому показателю были сопоставлены с результатами, полученными от трупного материала. На 16 отпрепарированных кистях производилось измерение продольного размера, верхнего и нижнего поперечного размеров, топографо-анатомическая проекция «запретной зоны» Канавела от дистальной складки лучезапястного сустава и от середины межпальцевой складки между первым и вторым пальцами, калибр *a.ulnaris* и *n.medianus*, расстояние от *a.ulnaris* до *n.medianus* в области лучезапястного сустава, количества ветвей *a.ulnaris*. Статистический анализ полученных данных про-

изводился с помощью программы Microsoft Office Excel 7.0. Был произведен расчет средней арифметической, ошибка средней, корреляция между кистевым индексом и индексом Рис-Айзенка, критическим уровнем корреляции считали 0,9.

Результаты. В ходе работы было установлено, что у долихоморфного типа (среднее значение индекса Рис-Айзенка 108,1 у женщин, 110,8 у мужчин) продольные размеры кисти преобладают над поперечными (среднее значение кистевого индекса 36,6 у женщин, у мужчин 41,7). Среднее значение индекса Рис-Айзенка с брахиморфным типом телосложения 89,2 у женщин и 85,9 у мужчин при среднем значении кистевого индекса 48,8 и 51,7 соответственно. У кистей с кистевым индексом 39,0 и менее топографо-анатомическая проекция «запретной зоны» следующая- 3,35 см от дистальной складки лучезапястного сустава до разветвления n.medianus, и 3,4 см от середины межпальцевой складки между первым и вторым пальцами. В области лучезапястного сустава ширина срединного нерва 0,74см и калибр a.ulnaris 0,38см, расстояние между ними 1,55 см. Количество пальцев, иннервируемых n.medianus 3,5, количество ветвей a.ulnaris 7. У кистей с кистевым индексом 46,5 и более топографо-анатомическая проекция «запретной зоны» следующая- 3,5 см от дистальной складки лучезапястного сустава до разветвления n.medianus, и 4 см от середины межпальцевой складки между первым и вторым пальцами. В области лучезапястного сустава ширина срединного нерва 0,85 см и калибр a.ulnaris 0,65 см, расстояние между ними 1,1 см. Количество пальцев, иннервируемых n.medianus 3,5, количество ветвей a.ulnaris 9-11.

Выводы. Для увеличения эффективности лечебно-диагностических мероприятий необходимо учитывать весь спектр индивидуальной топографо-анатомической изменчивости сосудисто-нервных элементов кисти.

А.А. Качалкова, О.В. Снопova
**ПИЩЕВЫЕ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ДРЕВНЕГО НАСЕЛЕНИЯ
БАРАБИНСКИХ СТЕПЕЙ ЭПОХИ НЕОЛИТ – БРОНЗА**

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент Е.С. Аристова, к.м.н.,
доцент П.А. Елясин*

Актуальность. Пищевые специализации и выбор пищевых стратегий являются одним из самых значимых факторов эволюции человека, становлении и способности выживания древних популяций. Вопросы питания не потеряли своей актуальности и для современного человечества. Голод и переедание – эти проблемы приходится решать медицинскому сообществу в

разных странах мира. Многослойные, разновременные могильники, оставленные носителями разных культур, позволяют проследить изменения пищевых стратегий популяций, которые проживали на одной территории в течении 10 тысячелетий.

Материалы и методы. В работе были исследованы скелетные останки 3 индивидов из эпохи неолита (VI – V тысячелетие до нашей эры), 2 индивидов, относящихся к эпохе энеолита (IV – III тысячелетия до нашей эры) и 5 индивидов из эпохи развитой бронзы (II тысячелетие – середина I тысячелетия до нашей эры). Для определения минерального состава костей был использован метод эмиссионного спектрального анализа в дуге переменного тока от спектроаналитического генератора «Шаровая молния». Запись спектров проводилась с помощью дифракционного спектрографа ПГС-2 (Карл-Цейсс-Йена) многоканального анализатора атомно – эмиссионных спектров (МАЭС) и программного пакета «Атом». Производство экспертного исследования было произведено ведущим экспертом ФГУ Сибирского РЦСЭ Минюста России Субботиной Татьяной Иннокентьевной. Проведёнными исследованиями установлено, что минеральную часть всех представленных на исследование объектов составляют: кальций, магний, фосфор, алюминий, натрий, марганец, железо и кремний с примесью цинка, меди, свинца, титана, бора, никеля и кремния. Количественная оценка интенсивности аналитических линий выявленных элементов в исследуемых объектах показала, что при отсутствии различий в качественном элементном составе, исследуемые образцы имеют отличия в их количественном содержании.

Результаты исследования. Исследование выявило разительные отличия, как по общему уровню минеральной насыщенности костей, так и по их микроэлементному содержанию. Максимальные значения содержания кальция и фосфора соответствуют образцам, принадлежащим популяциям эпохи энеолита, ранней и развитой бронзы. Наименьшая минеральная насыщенность и низкое содержание кальция и фосфора отмечается в образцах эпохи неолита. К периоду неолита относятся 1-й и 10-й образцы костей. Максимальные показатели минеральной насыщенности костей соответствуют образцам эпохи энеолита, развитой бронзы. К эпохе энеолита относится 6-й костный фрагмент. В образцах эпохи развитой бронзы и курганных захоронения поздней бронзы (образцы №3, №4, №7 и №8) отмечается достаточная минеральная насыщенность костей и наибольшие показатели содержания цинка – индикатора мясного компонента в рационе питания. Наибольшее содержание меди (индикатор потребления в пищу беспозвоночных) содержится в костях индивидов из эпохи неолита, энеолита и поздней бронзы.

Выводы. Выбор пищевой стратегии в древних популяциях, скорее всего, был вынужденным, связанным с климатическими, экологическими и ландшафтными условиями обитания. Имеет значение и общий уровень развития популяции. Мясной рацион характерен для наиболее развитой популяции развитой бронзы. В эпоху неолита и поздней бронзы источником животных белков были беспозвоночные.

И.А. Кузь

УЧЕБНЫЙ ФИЛЬМ НА ТЕМУ «ВОСПАЛЕНИЕ»

*Кафедра патологической анатомии, кафедра математики
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.П. Надеев, Солопов С.Г*

Актуальность. Современное развитие учебно-образовательным процессов немислимо без использования инновационных методов обучения, которые позволяют оптимизировать и значительно улучшить технологию образовательного процесса, способствуют эффективному восприятию учебного материала, его усвоения. К инновационным методам обучения относятся интернет-ресурсы, дистанционное обучение, симуляционные тренажеры, использование интерактивных методов, обучающих компьютерных программ и другие, в числе которых активно используются учебные видеопрограммы. Учебные видеофильмы являются одними из традиционных методов обучения, которые применялись с момента возникновения технологии кинопроизводства, и остаются востребованными до сих пор. Вместе с тем, современные компьютерные программы позволяют визуализировать на клеточном и молекулярно-генетическом уровне многие процессы, развивающиеся в организме в условиях нормы и при патологических состояниях (заболеваниях). Это, в свою очередь, позволяет преподавателю сложные теоретические вопросы физиологии и патологии представить в виде визуального ряда, и существенно улучшает качество обучения. Одним из сложных вопросов патологии для ее изучения студентами является воспаление, что обусловлено комбинированным характером этого общепатологического процесса. Известно, что воспаление включает в себя ряд общепатологических процессов (дистрофия, некроз, полнокровие, стаз и другие), которые и формируют его как отдельный патологический процесс.

Материалы и методы. Программа для создания 3D моделей «3DS max 2012.», эффект наложения видеофайлов, Sony Vegas Pro.

Результаты. В видеофильме представлены молекулярно-клеточные механизмы 3 фаз воспаления: альтерации, экссудации, пролиферации.

На первой стадии, в ответ на действие патогенного агента биологической природы развивается повреждение - альтерация, которая протекает почти мгновенно. Прилегающие кровеносные сосуды расширяются, становятся полнокровными, развивается плазменная экссудация и клеточная инфильтрация. Показано, как клетки (нейтрофилы и макрофаги) начинают борьбу с патогенным агентом путем их фагоцитоза. При этом клетки-фагоциты меняют форму — они выпускают крохотные отростки (псевдоподии), которые захватывают возбудителя, формируют внутри клетки фагосома, которая сливается с лизосомой. Фагоциты начинают секретировать разнообразные вещества, которые уничтожают патогенов, стимулируют хемо-

таксис новых клеток в очаг воспаления. Эти клетки также продуцируют антиоксиданты, с помощью которых защищаются от возможного повреждения свободными радикалами. Третья фаза – пролиферации – представлена в заживлении раны, в которой ярко продемонстрированы процессы неоплазии, формирования грануляционной ткани, рубцовой ткани.

Вывод. Созданный видеофильм «Воспаление» позволит улучшить учебный процесс, освоить студентам сложную проблему патологии.

С.Т. Матина, И. А. Матин, В.А Кухарева
**СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ГKB №1 ЗА 2011-2013 ГОДЫ**

*Кафедра патологической анатомии, Новосибирский
государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н. доц. Т. Г. Чернова*

Актуальность исследования. В структуре общемировой онкологической заболеваемости, рак желудка занимает четвертое место, в России – второе. В Новосибирске рак желудка занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у мужчин и третье – у женщин

Цель исследования. Изучить структуру онкологической заболеваемости желудка, основываясь на данных гистологических исследований в МКБ №1

Материалы и методы исследования. Изучены операционные и биопсийные материалы тканей желудка, доставленные в патогистологическую лабораторию МКБ №1 в период за 2011-2013 гг

Обсуждение полученных результатов. По данным гистологического исследования образцов, значительный рост онкологической заболеваемости отмечается с 40 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 61-80 лет. При этом, в возрастной группе до 60 лет преобладают мужчины. В возрастной группе старше 60 лет онкологические заболевания чаще встречаются у женщин. Наиболее часто (в 57% случаев) выявлялись опухоли умеренной и низкой степени дифференцировки, что говорит о их поздней выявляемости.

При исследовании гистологического типа опухолей, выявлено преобладание аденокарцином, причем наблюдается снижение их удельного веса (74,4% в 2011 году и 53% в 2013 г.) за счет роста количества опухолей других гистологических типов (перстневидноклеточного, недифференцированного рака, а также опухолей неэпителиального происхождения), более сложных для диагностики.

При исследовании локализации первичных опухолей желудка отмечено снижение удельного веса опухолей из антрального отдела (с 47% в 2011 году

до 17% в 2013 году). Отмечен рост числа опухолей, исходящих из тела желудка (с 31% в 2011 году до 45% в 2013 году) и кардиального отдела желудка (с 10 до 14%). Кроме того, при исследовании образцов из антрального отдела желудка, в нем выявлено наибольшее количество предраковых процессов

Выводы: с возрастом (начиная с 40 лет) нарастает количество опухолевых и предопухолевых заболеваний желудка. Несмотря на то, что аденокарцинома, как наиболее типичная опухоль желудка, по-прежнему встречается чаще остальных, ее удельный вес снижается за счет увеличения количества опухолей других гистологических типов,

За последние годы возросло общее количество опухолей желудка, а также возросло количество опухолей «редких» гистологических типов, протекающих с нетипичной клинической картиной или бессимптомно, что затрудняет их своевременное выявление.

В связи с вышесказанным, рекомендовано врачам терапевтического профиля обращать пристальное внимание на течение хронических заболеваний желудка у пациентов, а также проводить ежегодное профилактическое обследование желудка у лиц старше 40 лет.

Е.А. Оленев
**ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ
ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПЛОДОВ И
НОВОРОЖДЁННЫХ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф., А.П. Нагеев;
к.м.н., ст. преп., М.А. Карпов*

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) являются актуальной проблемой современной медицины в связи с высокой перинатальной смертностью и наличием осложнений в постнатальном периоде. Это ставит ВУИ в число одной из значимых в нозологической структуре перинатальной патологии. При этом нередко возникает вопрос о трудности её диагностики, так как клинические проявления ВУИ нередко отсутствуют или стерты. В настоящее время критерии оценки риска реализации ВУИ используемые на практике неоднозначны (Железова М. Е., 2000; Трошина И.Н., 2012).

Цель. Выявить зависимость между выраженностью и локализацией инфекционного поражения в последе и реализацией ВУИ у плодов или новорождённых по данным патологоанатомического отделения ГБУЗ НСО ГКБ № 1 г. Новосибирска за период 2012-2013 гг.

Материалы и методы. В исследовании использовались данные протоколов патологоанатомических аутопсий погибших плодов и новорождённых

ных с ВУИ, а так же патогистологических заключений последов, по материалам патологоанатомического отделения ГБУЗ НСО ГКБ №1 г. Новосибирска.

Результаты исследования. По результатам исследования, установлено, что среди поражений внутренних органов при ВУИ наиболее часто встречается пневмония (100%), гепатит (56%), а так же поражения центральной нервной системы (28%). При этом генерализованная форма встречалась в 76%.

Выводы. Среди внутренних органов наиболее часто отмечали поражения легких, печени и центральной нервной системы.

А.Е. Опре
**ЭКСПРЕССИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО
ФАКТОРА РОСТА В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ
ТРОМБОФИЛИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПЛАЦЕНТИТОМ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. А.П. Надеев,
к.м.н., доц. М.А. Травин*

Актуальность исследования: на сегодняшний день в мире тромбозы занимают лидирующие позиции в структуре летальных исходов. Беременность же сама по себе является фактором риска развития тромбозов, особенно при наличии у беременной патологии системы гемостаза, в частности наследственной тромбофилии, именно она по данным исследований составляет 40-80% в структуре причин патологии беременности (Трифорова Е.А., Габидулина Т.В., Агаркова Т.А. и др., 2012). Наличие же инфекции и как следствие воспаления способствуют прогрессии тромбофилии (Жукова В.А., Надеев А.П., Дробинская А.Н. и др., 2012). Тромбофилическое состояние – это нарушения в системе гемостаза, которые обуславливают повышенную склонность к развитию тромбозов кровеносных сосудов различного калибра и локализации. (Капустин С.И., 2010). При данной патологии возникает гипоксия, которая в свою очередь активизирует процессы ангиогенеза и начинает продуцироваться сосудистый эндотелиальный фактор (VEGF), механизм ангиогенного эффекта которого обусловлен его способностью селективно стимулировать миграцию и пролиферацию эндотелиальных клеток, экспрессию в них активаторов плазминогена, увеличивать сосудистую проницаемость, вызывать вазодилатацию. В то же время воспалительная патология является одной из самых частых среди патологии у беременных.

Цель исследования: оценить экспрессию сосудистого эндотелиального фактора роста в плаценте при наследственной тромбофилии у женщин с воспалительными изменениями и без них.

Материалы и методы: исследовали ткань гистологических срезов плацент женщин с наследственной тромбофилией. Материал разделили на две группы: первую составили женщины с наследственной тромбофилией без воспаления плаценты, во вторую группу вошли женщины с наследственной тромбофилией и хроническим воспалением плаценты. Гистологические препараты окрашивали иммуногистохимическим методом с использованием моноклонального антитела к VEGF. Оценивали экспрессию сосудистого эндотелиального фактора роста (по десять полей зрения на каждый элемент) морфометрическим методом, подсчитывали позитивную окраску децидуальных клеток, синцитиальных почек и клеточных островков, структурных элементов опорных ворсин (эндотелия стромальных элементов, синцитиотрофобласта) и структурных элементов терминальных ворсин (эндотелия стромальных элементов, синцитиотрофобласта). Полученные данные обрабатывали в приложении MS Excel.

Результаты исследования и заключение. При оценке экспрессии VEGF данный параметр различался в 1 и 2 группах на децидуальных клетках - (1 группа $65,17\% \pm 2,11\%$, 2 группа $53,92\% \pm 3,5\%$), на эндотелии сосудов терминальных ворсин (в 1 группе $46,73\% \pm 2,79\%$, в 2 группе $42,68\% \pm 3,26\%$) и стромальных элементов терминальных ворсин (в 1 группе $23,84\% \pm 1,58\%$, в 2 группе $22,57\% \pm 1,55\%$). Данные различия, по-видимому, связаны с меньшей стимуляцией неоангиогенеза при тромбофилии с воспалением в плаценте, что связано с угнетающим влиянием медиаторов воспаления на выделение VEGF. Снижение выделения данного фактора ещё в большей степени угнетает ангиогенез, что в сочетании с наследственной тромбофилией усиливает гипоксию плода.

А.А. Охотина, Е.С. Ситникова, М.С. Ломихина,
Н.А. Онуфриишина, А.А. Уварова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Саломейна*

Артериальная гипертензия является одним из наиболее опасных заболеваний, приводящих к развитию осложнений беременности и нарушению развития плода. По данным статистики в России от 3 до 29% беременных женщин страдают данным заболеванием, причем оно может быть обусловлено как генетической предрасположенностью беременной, так и осложне-

нием какого-либо перенесенного заболевания. Нередко и сама беременность является причиной развития артериальной гипертензии. Объектом нашего исследования послужила плацента, поскольку именно она является главным связующим звеном между матерью и плодом, обеспечивая подачу кислорода и питательных веществ будущему ребенку и ограничивая иммунную систему плода от иммунной системы матери.

Целью нашего исследования явилось изучение структурных изменений, возникающих в плаценте женщин, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Изучали биопсийный материал плаценты, полученный в родильном отделении МБУЗ ГКБ № 1 г. Новосибирска и принадлежащий 12 женщинам с физиологическим течением беременности и 14 женщинам, страдающим артериальной гипертензией II-III степени. Морфологическое и морфометрическое исследование ворсинчатого хориона проводили на парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином Майера и эозином. Также осуществляли статистическую обработку данных по размерам плацент, представленных в направлениях на патологическое исследование последних. Достоверность различия сравниваемых величин определяли на основании критериев Стьюдента и Фишера. Значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. У женщин, страдающих артериальной гипертензией, объем плаценты статистически достоверно снижался на 19%. При морфометрическом исследовании в ворсинках хориона было обнаружено увеличение почти в 3 раза объемной плотности фетальных капилляров и уменьшение доли объема соединительнотканной стромы с $62 \pm 4,8\%$ до $22,8 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$), при этом удельная плотность трофобластической выстилки сохранялась на уровне контрольных значений ($p > 0,05$). Кроме того, в плацентах женщин с артериальной гипертензией среднее количество фетальных капилляров в хориальных ворсиках возрастало на 12% (с $3,3 \pm 0,17$ до $3,7 \pm 0,1$ - $p = 0,05$), а количество ворсин с симпластическими почками имело тенденцию к увеличению ($p > 0,05$). Среднее содержания синцитиокапиллярных мембран при этом сохранялось на уровне контрольных значений ($p > 0,05$).

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что плаценты женщин, страдающих артериальной гипертензией II-III степени, имели меньший объем и, соответственно, размер по сравнению с плацентами женщин с физиологическим течением беременности. Морфометрический анализ выявил ряд структурных изменений компенсаторного характера в ворсинчатом хорионе (в виде увеличения объемной плотности фетальных капилляров и их количества, уменьшение доли объема соединительнотканной стромы), направленных, по-видимому, на увеличение интенсивности обменных процессов между кровью матери и кровью плода.

Д.М. Первойкин, А.В. Малафеев
**ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА СТРУКТУРУ ЛИМФАТИЧЕСКОГО
УЗЛА**

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор Я.М. Песин,
к.м.н., доцент П.А. Елясин*

Актуальность. Несмотря на то, что проблеме стресса посвящено большое количество исследований, некоторые стороны ее разработаны недостаточно. Вместе с тем, в глубоком изучении адаптационных изменений кроются перспективы дальнейшего развития не только общей биологии, но и практической медицины. Хорошо известно, что при адаптационных изменениях в ответ на воздействие различных стрессоров происходят значительные сдвиги в функциональном состоянии всех регуляторных систем.

Цель работы: исследовать влияние стресса на регионарный к поджелудочной железе лимфатический узел.

Материал и методы. Индуцированный стресс был смоделирован на крысах-самцах породы Вистар путем введения им антагониста инсулина. Эксперимент проводился в течение 45 дней. Раствор 0,1% адреналина гидрохлорида вводился по 0,2 миллилитра утром и вечером, ежедневно 45 дней. Материалом для исследования послужил панкреатикодуоденальный лимфатический узел. Забор материала, гистологическая проводка и окраска, морфометрическая обработка полученных данных проводились стандартно. Статистическую обработку цифрового материала производили с использованием вариационных методов Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. На 15 сутки эксперимента отмечено снижение площади лимфоузла в 1,77 раза, за счет первичных лимфоидных узелков (ПЛУ) в 2,66 раза и коркового плота (КП) в 1,59 раза. При этом увеличивается площадь краевого синуса (КС) в 1,78 раза (повышен приток лимфы). Узел компактный – КМИ = 2,81 – выполнение биофизической, биохимической и иммунной детоксикации. На 21 сутки эксперимента выявлено снижение площади лимфоузла в 2,11 раз. Снижается площадь КП в 2,01 раза, ПЛУ в 2,25 раза и вторичных лимфоидных узелков (ВЛУ) в 1,95 раза, в последних, также снизилась доля центров размножения (ЦР) в 2,61 раза и мантии в 1,76 раза (выраженное снижение гуморального звена иммунитета). При этом повышается в 1,45 раза площадь мозгового вещества (МВ) за счет мягкотных тяжей (МТ) в 1,43 раза (миграция клеток в сторону воротного синуса – выход клеток из лимфоузла в центральную лимфу) и мозговых синусов (МС) в 1,64 раза (активация дренажа). Значительно расширен КС в 4,2 раза. Лимфоузел компактный – КМИ = 1,83, но, несмотря на это, в структурных изменениях лимфоузла явно прослеживается тенденция к активации дренажа и снижению детоксикационной составляющей. На 30 сутки эксперимента снижается площадь лимфоузла в 2,84 раза. Продолжает снижаться доля коркового вещества в 1,36 раза, за счет всех функциональных зон – морфологи-

ческие признаки снижения активности всех звеньев иммунитета. Продолжает расти доля МВ в 1,67 раза за счет площади МТ в 2,37 раза. КС расширен максимально из всех групп в 5,67 раза (большой приток афферентной лимфы). На 45 сутки эксперимента площадь лимфоузла остается сниженной (в 1,79 раза). Происходит максимальное из всех экспериментальных групп «истощение коры» лимфатического узла (в 1,78 раза), за счет всех структурных компонентов: снижается доля ПЛУ в 10,5 раз, ЦР в 1,52 раза, КП в 1,58 раза и ПКЗ в 2,14 раза. Все эти морфологические перестройки свидетельствуют о снижении детоксикационной функции лимфоузла. Площадь МВ, напротив, максимально из всех групп увеличилась в 2,12 раза. Площадь МТ увеличилась в 1,8 раза. Отмечены наиболее расширенные МС в 2,4 раза. Лимфоузел становится фрагментированным (КМИ=0,77) и способствует активному транспорту лимфы.

Таким образом, лимфатическая система, являясь одной из важнейших регуляторных систем организма, активно принимает участие в адаптационно-приспособительных реакциях возникающих в ответ на действие стрессорных факторов.

Д.П. Тамбовцева, А.А. Дюбченко, А.А. Батарева, А.В. Куликов СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ HCV-ИНФЕКЦИИ

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.В. Саломеева*

Актуальность проблемы. На сегодняшний день по данным ВОЗ около 150 миллионов человек хронически инфицированы вирусом гепатита С. Вирус передается при гемотрансфузии, хирургических и других парентеральных вмешательствах. Помимо этого он передается интранатально и трансплацентарно, ключевую роль при этом играет плацента. У инфицированных детей наблюдается хронический гепатит с латентным течением и минимальной активностью. Приходится констатировать, что до сих пор число исследований, посвященных исследованию структурных изменений в плаценте под влиянием HCV-инфекции, остается еще явно недостаточным.

Цель исследования: изучить морфологические изменения, происходящие в плаценте при инфицировании матери вирусным гепатитом С.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили плаценты человека, полученные из родильного отделения МБУЗ ГКБ № 1 после самопроизвольных родов при сроке гестации от 34,5 до 41 недели. Возраст беременных составил от 22 до 34 лет. Для исследования были сформированы следующие группы: 1-я группа – физиологически протекающая беременность; 2-я группа – беременность с вирусным гепатитом С.

Морфологическое исследование проводили методами световой микроскопии по стандартной методике, морфометрическое - при помощи окулярной сетки на 100 точек. Проведен подсчет объемной плотности трофобластической выстилки, соединительнотканной стромы и фетальных капилляров в ворсинах хориона; рассчитано среднее количество капилляров в ворсинах и процентное содержание ворсинок с синцитиальными почками. Также определяли объем плацент, используя размеры, представленные в направлениях на их патологическое исследование. Достоверность различия сравниваемых величин определяли на основании критериев Стьюдента и Фишера. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По данным исследования выявлено снижение срока гестации под влиянием HCV-инфекции с $39,4 \pm 0,2$ до $38,1 \pm 0,5$ недель ($p < 0,05$). Отмечено изменение площади поверхности плаценты и объема плаценты, выразившееся в их снижении на 11% ($p < 0,05$). Морфометрический анализ ворсинок хориона выявил во 2-ой группе разрастание соединительнотканной стромы в 1,5 раза. Также обнаружено снижение объемной плотности фетальных капилляров на 15,7%. Доля объема трофобластической выстилки возросла с $27,9 \pm 0,5\%$ до $30,1 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$). Подсчет среднего количества фетальных капилляров в хориальных ворсинах и доли ворсинок с синцитиальными почками не показал статистически достоверных результатов.

Выводы. Таким образом, вирусный гепатит С приводит к уменьшению размеров плаценты и таким структурным преобразованиям, как разрастание соединительнотканной стромы, уменьшение доли объема фетальных капилляров, которые, на наш взгляд, затрудняют обменные процессы в ней.

Б.Токтогазиев УЛЬТРАСТРУКТУРА ПОЧЕК ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГОР

*Кафедра гистологии,
Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К.Ахунбаева
Научный руководитель: д.м.н., проф. З.М. Айдарбекова*

Введение. Почки являются одним из главных регуляторов кислотно-щелочного равновесия в организме при горной гипоксии.

Целью исследования явилось изучение ультраструктурных изменений в почках при длительном голодании в условиях высокогорья.

Материал и методы исследования. Опыты проведены на 130 белых крысах-самцах, весом 120-130 гр. в условиях долины – барометрическое

давление (Рв) – 705 мм.рт.ст. Высокогорные серии опытов были выполнены на экспериментальной базе Института высокогорья (ИФиЭГТВ НАН КР), расположенной на перевале Туя-Ашу – 3200 м над ур.м. и Рв - 515 мм.рт.ст.

Подопытные животные были лишены пищи при свободном доступе к воде и забивались путем декапитации через 3-е и 6 суток от начала опыта (по 12-15 животных на срок). На всем протяжении экспериментов контролировался вес животных. Почки после взвешивания фиксировались в жидкости ФСУ.

Для электронно-микроскопического исследования кусочки почечной ткани фиксировались забуферным 1% раствором четырехокси осмия (рН=7,2). Заливка материала проводилась в араалдит. Резка на ультратоме LKB-4800. Просмотр ультратонких срезов осуществлялся в микроскопе JEM-100 В.

Результаты и их обсуждение. Проведенное нами исследование ультраструктуры почек обнаруживает целый ряд особенностей, характерных для голодания на уровне высокогорья без адаптации и связанных с его длительностью. Суть этих особенностей сводится к нарастанию гипергранулярности миоэпителиоидных клеток юктагломерулярного комплекса, более выраженного чем в предыдущих уровнях исследования, на фоне уменьшения в них массы функционирующих ультраструктур. При этом изменяется тонус гломерулярной артериолы, нарушается ультраструктура гемодинамических эквивалентов клубочков, падает уровень гломерулярной фильтрации, постепенно истощается ультраструктурный материальный субстрат деятельности почечных канальцев. Все эти изменения постепенно приводят к развитию структурно-функциональной дестабилизации и декомпенсации. Исключения составляют темные клетки собирательных трубок, состояние которых характеризуется увеличением массы органоидов и гладкостенных везикул.

А.А. Трапезников, М.В. Жахалов, Т.Н. Гладченко, Е.А. Оленев
МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОДРЕНАЖА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра анатомии человека
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель Н.А. Шурина

Актуальность. Патология центральной нервной системы любой этиологии приводит к отеку мозга, который сопровождается сдавлением нервной ткани – и это одна из основных причин летального исхода или развития осложнений, приводящих к инвалидности, значительно снижающей ка-

чество жизни. Основным путем выведения ликвора в лимфатическую систему считается путь, проходящий вдоль обонятельных нитей. Большое значение также имеет путь, проходящий через тканевые щели твердой мозговой оболочки в области формирования плечевого сплетения. В настоящее время в клинике используется один метод лимфодренажа ЦНС: введение лимфостимулирующих препаратов паравертебрально. Мы исследуем другой метод, более доступный, безболезненный. Использование концепции лимфатического региона академика Юрия Ивановича Бородина, дает возможность изучать лимфостимулирующий эффект лимфотропных препаратов в регионе головного мозга.

Целью исследования было выявить эффективность эндоназального метода стимуляции лимфодренажа головного мозга.

Материал и методы. В эксперименте использованы белые крысы весом 150-200гр.

Под общим наркозом животным вводили 0,2 мл взвеси черной туши с физиологическим раствором в головной мозг через фрезевое отверстие в теменной кости.

Общий наркоз производили путем внутрибрюшинного введения смеси хлоралгидрата (chlorali hydrati 380 мг/кг веса) и уретана (uretanum 400 мг/кг веса), которые рассчитывались на единицу массы тела.

Животные были распределены на 3 группы: 1 – контроль – 6 крыс; 2 – паравертебрально вводили 0,16-0,2ед. лидазы, растворенной в физиологическом растворе – 8 крыс; 3 – эндоназально вводили 0,16-0,2ед. лидазы, растворенной в физ. растворе – 8 крыс.

Для исследования применили лидазу, которая входит в состав лимфотропных смесей и широко используют в клинике,

Наблюдали окрашивание тушью глубоких шейных лимфатических узлов после введения ее в головной мозг, фиксируя время появления.

Животных выводили из эксперимента путем декапитации.

Полученные результаты. Исследование показало, что в 1 группе (контрольной) тушь, введенная в головной мозг, начинает контрастировать лимфатические узлы с верхнего полюса через 10-11 минут после введения в головной мозг. Во 2 группе, в условиях применения лидазы паравертебрально тушь начала окрашивать лимфатические узлы через 4-5 минут после введения ее в головной мозг. В 3 группе, в условиях применения лидазы эндоназально было отмечено начало контрастирования лимфатические узлы через 1-2 минуты.

Вывод. Таким образом, на основании полученных результатов можно заключить, что эндоназальный метод стимуляции лимфодренажа головного мозга более доступный и более эффективный, чем паравертебральный.

А.А. Трапезников, М.В. Жахалов, Т.Н. Гладченко, Е.А. Оленев
**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО МЕТОДА
ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ
МОДЕЛИРОВАННОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

Кафедра анатомии человека.

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель Н.А. Шурина*

Актуальность. Известно, что острая сосудистая патология мозга вызывает внезапное нарушение мозговых функций или приводит к летальному исходу. Учитывая тот факт, что основным путем оттока ликвора в лимфатическую систему считается путь, проходящий вдоль обонятельных нитей, можно избежать сдавление тканей головного мозга при кровоизлиянии, стимулируя лимфодренаж. В настоящее время в клинике используется один метод лимфостимуляции центральной нервной системы: введение лимфостимулирующих препаратов паравerteбрально. Мы исследуем другой метод, более доступный и безболезненный, при котором обеспечивается непосредственное действие на носовые лимфодренажные структуры.

Целью исследования было выявить эффективность эндоназального метода стимуляции лимфодренажа головного мозга при моделированном геморрагическом инсульте.

Материал и методы. Модель геморрагического инсульта создавали на белых крысах весом 150-200 г. Под эфирным наркозом животным вводили 0,3 мл аутокрови в головной мозг через фрезевое отверстие в теменной кости.

Для стимуляции применили лидазу, которую рассчитывали на килограмм веса животного и вводили эндоназально двукратно: сразу после введения аутокрови в головной мозг и через 30 минут. Вместе с тем, внутрибрюшинно вводили 2 мл физиологического раствора, чтобы предотвратить обезвоживание мозга.

Забор гистологического материала производили через 2 часа. Объектом для исследований служили: головной мозг, твердая оболочка мозга, глубокие шейные лимфатические узлы. Обработка гистологического материала проводилась по общепринятым методикам.

Полученные результаты. Исследование показало, что через 2 часа у животных с геморрагическим инсультом без лимфостимуляции более выражены дистрофические изменения в головном мозге. Участки с отеком чередуются с участками уплотнения. При этом большое количество нейронов уменьшенных в размерах, в них не просматриваются ядра. В твердой оболочке мозга наблюдаются участки, имбибированные эритроцитами. В тканевых щелях твердой оболочки небольшое количество эритроцитов. В синусах глубоких шейных лимфатических узлов также имеются эритроциты.

В условиях лимфостимуляции в головном мозге значительно меньше разряженных участков. Наблюдается появление эритроцитов в периваскулярных пространствах. Нейроны обычных размеров, в них хорошо просматриваются ядра с ядрышками. Тканевые щели твердой оболочки мозга заполнены эритроцитами в большей степени, чем без лимфостимуляции. Кроме того, синусы глубоких шейных лимфатических узлов расширены и заполнены эритроцитами.

Вывод. Таким образом, на основании полученных результатов можно заключить, что эндоназальный метод лимфостимуляции при геморрагическом инсульте способствует активному выведению крови из интерстициума нервной ткани, а также предотвращает развитие отека мозга и оказывает протективное действие.

М.В. Чекмазов, М.А. Долгих, О.И. Васильева, А.Н. Федотова
С.В. Остапец, Л.В. Литвинов
ОЦЕНКА СОМАТОТИПА У СОВРЕМЕННЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. С.В. Залавина, д.м.н.,
проф. Т. А. Литвинова*

Актуальность. Учёт индивидуально-типологических особенностей головы является необходимым условием успешного развития новых методов диагностики и выполнения хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области. Черепные образования являются скелетными анатомо-топографическими ориентирами, традиционно учитываемыми челюстно-лицевыми хирургами, нейрохирургами, врачами оториноларингологами и другими специалистами, и их расположение может варьировать в зависимости от формы черепа.

Цель исследования - измерить головной и высотный показатели у молодых людей в возрасте от 17 до 22 лет на примере студентов, оценить полученные данные с учетом половых различий, расовой принадлежности и местом проживания.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели определяли продольный, поперечный размер и высоту головы с помощью штангенциркуля. При обмерах голова устанавливалась во франкфуртской горизонтали. Измерение продольной длины черепа проводилось от точки Глабелла (glabella) до точки Опистокранион (opisthokranion). Ширина черепа определялась по расстоянию между точками Эурион (euryon). На основе пер-

вичных измерений вычислялось отношение поперечного диаметра черепа к продольному. Для определения высотного головы проводилось измерение точками Опистион (opistion) до точки Вертекс (vertex), на основании полученных показателей вычислялось отношение высоты черепа к продольному размеру. В измерениях приняли участие 148 юношей и 241 девушек.

Результаты и обсуждения: измерения черепного показателя выявили преобладание долихокрании (46 %), на втором месте - мезокрания (30 %) и в 24 % случаев выявлена брахикрания. В группе студентов с мезокранической формой головы гендерных различий не выявлено. В группе с долихокранией выявлено преобладание девушек, а с брахикранией преобладание юношей. У европеоидов преобладающей является долихокрания независимо от пола (48 %), мезокрания составляет 32 %, а брахикрания 20 %. В группе брахикрании преобладают юноши. У монголоидов доля брахиморфов составляет 55% и 45% мезоморфов. У юношей и девушек, проживающих в городе примерно в равной степени представлена долихокрания, но у девушек выше процент брахикрании (41 %), а у юношей мезокрании (32 %). У проживающих в сельской местности отмечается большой процент долихокрании независимо от пола, в группе девушек выявлен больший процент мезокрании (34 %) и не определяется брахикрания. В то время, как у юношей брахикрания определяется в 15 % случаев. При анализе высотного показателя в целом выявлено преобладание гипсицефалического типа черепа (44%), что соотносится с данными черепного показателя. А в группе девушек преобладает ортоцефалия (40 %), в то время, как у юношей – гипсицефалия (54 %.) У городских жителей преобладает гипсицефалия у юношей (47 %) и ортоцефалия у девушек (38%). Платицефалия встречается в одинаковом проценте наблюдений не зависимо от гендера. В настоящее время ведутся исследования по выявлению корреляций между формой головы и показателями формы туловища с использованием индекса Риса-Айзенка.

Выводы: 1. Гендерные различия не выявлены при определении головного показателя, но определяются в высотном показателе. 2. Определены различия форм головы и головного показателя в зависимости от места проживания. 3. Четко прослеживается зависимость формы головы от расовой принадлежности. 4. Головной и высотный указатели имеют прямую корреляционную зависимость в группе долихо- и мезоцефалов и обратную в группе брахицефалов. Выявлены половые различия в каждой группе.

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Д.Ю. Бакланова, В.В. Ложкин, Д.В. Капустин
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО
СИНДРОМА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
ПОЗВОНОЧНИКА**

*Кафедра нейрохирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Семин П.А.*

Актуальность исследования. Боль в спине занимает первое место по распространенности среди всех болевых синдромов и является ведущим фактором снижения как качества жизни, так и работоспособности людей активного трудового возраста. По статистике, около 30% населения развитых стран страдают хронической болью в спине, обусловленной дегенеративными процессами. Препараты анальгетической группы все чаще становятся малоэффективными. В данной ситуации закономерен интерес к оперативному лечению, а именно к малоинвазивным хирургическим вмешательствам. “Золотым стандартом” в лечении грыж признан метод микрохирургической дискэктомии. Однако на современном уровне развития нейрохирургии при выборе метода лечения всё больше предпочтение отдаётся эндоскопическим методам, значительно снижающим травматизацию и, соответственно, повышающим качество жизни пациента в будущем.

Цели исследования. Определить наиболее эффективный и малотравматичный метод лечения грыж межпозвонкового диска.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ результатов применения микрохирургических и эндоскопических методов удаления грыж межпозвонкового диска;

2. Оценить частоту послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования:

1.обследование больных со сбором анамнеза, оценкой неврологического статуса до и после проведенного хирургического лечения наблюдение м.б.

2. анализ историй болезни пациентов отделения нейрохирургии «дорожной клинической больницы»

3.анализ теоретического материала о применении эндоскопических и микрохирургических методов лечения грыж мпд;

Результаты исследования. В период с 2012-2013 гг. в НХЦ НУЗ ДКБ 63 пациентам было проведено хирургическое лечение грыжи диска. По виду хирургического лечения все больные были разделены на три группы: микрохирургическая дискэктомия (15 женщин, 16 мужчин; средний возраст 43,4 года), эндоскопическая дискэктомия (7 женщин, 13 мужчин; средний возраст 47,3 года), микродискэктомия с использованием системы METRx tubular retractor system – MAST Quadrant(5 женщин,7 мужчин;средний возраст 44,3 года). Всем пациентам был проведен полный неврологический осмотр до и после лечения. В ходе осмотра использовалась 10-ти балльная шкала боли, шкала ВАШ. Эффективность оперативного вмешательства определялась по регрессу болевого синдрома, неврологической симптоматики, срокам выписки больных из стационара. Согласно данным критериям, были составлены таблицы эффективности каждого оперативного вмешательства. Наилучшие результаты были достигнуты в группе тубусной эндоскопии. Вследствие снижения боли и регресса неврологической симптоматики после проведения этой методики обнаруживается заметное улучшение во всех сферах жизни пациентов.

Выводы: Таким образом, проведение тубусной эндоскопии при лечении грыж межпозвонкового диска значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде, обеспечивает более раннюю активизацию пациентов, сокращает время лечения в стационаре.

А.И.Яруллина,Д.Ю. Бакланова
**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМБИНИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Кафедра нейрохирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Каныгин*

Актуальность. Мультиформная глиобластома (МГБ) по гистологической градации злокачественности является глиомой IV степени. Она составляет 15-20% от всех интракраниальных опухолей ЦНС, на её долю прихо-

дится 50-60% среди всех астроцитарных опухолей и приблизительно 70% всех вновь выявленных первичных злокачественных новообразований головного мозга у взрослых (NCCN, 2010). Используемые сегодня способы лечения пациентов с МГБ многочисленны, это и хирургическая резекция, и наружное облучение, и радиохирургия, и химиотерапия. Однако не один из них существенно не повлиял на эффективность лечения. Сегодня «золотым стандартом» считается комбинированное лечение, включающее хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию, симптоматическое лечение. Для повышения медианы выживаемости и улучшения качества жизни больных данной нозологией необходимо подобрать наиболее эффективную схему лечения глиобластом.

Цели исследования: выявить наиболее эффективную схему лечения глиобластом

Задачи исследования: 1. Провести анализ эффективности комбинированного лечения пациентов с глиобластомой на основании изучения общей выживаемости. 2. Оценить длительность безрецидивного периода у больных злокачественными глиомами;

Материалы и методы исследования. 1. Ретроспективный анализ медицинской документации архива ДКБ за период с 2001 по 2010г.; 2. анализ статистического материала;

Результаты исследования. Был проведен анализ 48 пациентов, проходивших лечение в НХЦ НУЗ ДКБ в период 2001-2010 гг. Всем больным было выполнено радикальное микрохирургическое удаление опухоли под нейронавигационным контролем, послеоперационным томографическим контролем и гистологической верификацией диагноза. Группу составили 23 мужчины(47,9%), 25 женщины(52,1%), средний возраст 53,4 года. Медиана временного интервала от появления симптоматики до госпитализации составила 2,9 мес. 40% больных были госпитализированы в срок до 1 мес. В 83% случаев наблюдается общемозговая симптоматика, в 80% случаев-очаговая, симптомы гипертензии в 20% случаев. Оперативное вмешательство было проведено всем больным в среднем в течение 2,5 мес. 48 пациентам после проведенного оперативного вмешательства была проведена лучевая терапия по стандартной схеме СОД 60 Гр. Всем 48 пациентам проведена адъювантная терапия через месяц после операции по стандартным схемам. 21 (43,75%) пациент получал химиолучевую терапию с последующей монокимиотерапией (Темозоломид 75 мг/м²/день в течение всего курса лучевой терапии), с последующим 4-недельным перерывом и в дальнейшем приемом темодала 200 мг/м²/день в течение 5 дней, с интервалом 28 дней под контролем гематологических показателей каждые 3 недели. Среднее количество курсов химиотерапии по подгруппе- 7. Медиана безрецидивного периода – 14,8 +_ 6,02 мес. Медиана общей выживаемости составила 18,1 +_ 5,04 мес. В 12 случаях (25%) после курса лучевой терапии проводи-

лась адьювантная терапия мюстофораном по схеме: 3 внутривенных инфузии препарата (из расчета 200 мг/кв. м площади тела) с интервалом в 1 неделю под контролем гематологических показателей. Далее с 28 дневным перерывом проводились 5 инфузий. Среднее количество курсов монохимиотерапии по подгруппе – 5. Медиана безрецидивного периода $8,4 \pm 2,21$ мес. Медиана общей выживаемости составила $14,3 \pm 4,33$ мес. В 15 случаях после курса лучевой терапии проводилась монохимиотерапия темодалом по стандартной схеме (Темодал 200 мг/м²/день в течение 5 дней, с интервалом 28 дней, под контролем гематологических показателей каждые 3 недели). Среднее количество курсов монохимиотерапии по подгруппе – 5. Пациентов (31,25%) Медиана безрецидивного периода $10,2 \pm 1,9$ мес. Медиана общей выживаемости составила $15,6 \pm 3,87$ мес. После проведения реоперации улучшение в 100% случаев.

Выводы. При анализе проведенных схем лечения можно установить, что наиболее эффективной является проведение лучевой терапии на фоне приема темодала с последующей стандартной монохимиотерапией этим препаратом. Благодаря данной терапии можно увеличить общую выживаемость, длительность безрецидивного периода у больных со злокачественными глиомами.

С.А. Владимиров, Е.В. Фатеева.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОНА В СУБНАРКОТИЧЕСКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППВ,
кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. С.В. Васильев*

Актуальность. Наличие экспериментальных данных о нейропротективных свойствах ксенона, открывает новые возможности для его использования не только как анестетика, но и как терапевтического средства для защиты мозговой ткани от повреждений различного генеза (ишемических, травматических и пр.). Несмотря на доказанное низкое побочное влияние ксенона на организм, вопрос безопасности его использования в различных терапевтических методиках является одним из ключевых.

Цель. Изучение показателей центральной гемодинамики и показателей церебрального кровотока под воздействием ксенона в субнаркотических дозах.

Материалы и методы. Были исследованы показатели центральной гемодинамики (САД, ЧСС, SpO₂) и доплерографические показатели мозгово-

го кровотока (линейная скорость, пульсационный индекс) у 11 добровольцев в возрастной группе 30–50 лет под воздействием 25-минутных ингаляций кислород-ксеноновой смеси (концентрация ксенона 30%).

Полученные результаты. Статистически значимых изменений параметров системной гемодинамики за период проведения ингаляций кислород-ксеноновой смеси не обнаружено. Статистически достоверных изменений параметров церебрального кровотока также не выявлено.

Заключение. Выявленные результаты позволяют сделать предварительный вывод о безопасности использования субнаркологических дозировок ксенона. Планируется расширение выборки, а также изучение исследуемых параметров у больных с нарушенной ауторегуляцией мозгового кровотока.

А. С. Гайтан*

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ 5-АЛК ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ НА БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ГЛИОБЛАСТОМ

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт
патологии кровообращения им. акад. Е. Н. Мешалкина» МЗ РФ*

Научный руководитель: д.м.н., профессор, чл.-корр. РАМН

А. Л. Кривошапкин

Актуальность. Известно, что глиобластома имеет наиболее неблагоприятный прогноз исхода лечения, и при этом она является самой распространённой (65% всех глиальных опухолей) и агрессивной первичной опухолью головного мозга у взрослых.

Глиобластома имеет выраженный инфильтративный характер роста, который затрудняет интраоперационное определение границ её роста и максимальное безопасное удаление (M. Nefti, G. von Campe et al. 2008). Улучшение результатов хирургического лечения глиобластом связано с появлением метода интраоперационной флуоресцентной навигации на основе метаболита 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) – протопорфрина IX (Stummer W. et al. 2004). Метаболит высокоизбирательно накапливается в клетках опухоли, что позволяет более чётко определять границу роста опухоли.

Однако в доступной научной литературе отсутствуют данные о том, как связана безопасность хирургического лечения глиобластомы со степенью интенсивности индуцированной 5-АЛК флуоресценции.

Цель исследования. Изучить влияние интенсивности индуцированной 5-АЛК флуоресценции глиобластомы на ближайшие послеоперационные результаты резекции опухоли.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 40 пациентов с глиобластомой головного мозга, которым на базе центра ангионеврологии и нейрохирургии ННИИПК выполнена резекция опухоли с использованием флуоресцентной навигации 5-АЛК (применялся флуоресцентный модуль blue400 микроскопа OPMI Pentero, Zeiss). Все пациенты были сопоставимы по предоперационному объему опухоли и неврологическому статусу.

Всем пациентам выполнено МРТ головного мозга с контрастированием (1,5T) до операции и в пределах 72 часов после нее. Неврологический статус пациентов оценивали за сутки до операции и в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Слабо выраженная флуоресценция опухоли наблюдалась у 6 пациентов, у 11 пациентов – умеренная и у 23 пациентов наблюдалась интенсивная флуоресценция опухоли. В случае слабой флуоресценции опухоль удалось удалить тотально у 66,7% пациентов, умеренной – у 34,8% пациентов и интенсивной – у 65,2% пациентов.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов со слабой флуоресценцией опухоли выраженность афатических расстройств не отличалось от исходной. Однако отмечалось значимое ($p < 0,05$; 2-сторонний) нарастание выраженности пареза мышц руки ($0,7 \pm 0,8$ балла) и ноги и ($0,5 \pm 0,8$ балла).

У пациентов с умеренной и интенсивной флуоресценцией глиобластомы выраженность афатических и двигательных расстройств конечностей от дооперационного состояния отличий не имела.

Выводы. Установлено, что при лечении глиобластомы с использованием индуцированной 5-АЛК флуоресценции в случае умеренной и интенсивной выраженности флуоресценции безопасность резекции опухоли выше, чем при слабой ($p < 0,05$).

В. М. Джафаров, С. К. Шабанов
**ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЯМЫХ АРТЕРИО-
ВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ В ОБЛАСТИ КАВЕРНОЗНОГО
СИНУСА**

*Кафедра нейрохирургии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н, ассистент К. Ю. Орлов*

Цель работы: провести анализ эндоваскулярного лечения прямых и дуральных артерио-венозных фистул у пациентов нейрохирургического отделения ННИИПК им. Мешалкина, определить хирургическую тактику лечения и их эффективность в данной группе пациентов.

Актуальность: В связи с ростом частоты заболеваний сосудов головного мозга, часто приводящих к инвалидизации или летальному исходу, своевременная диагностика и лечение составляют важную медицинскую и медико-социальную проблему и являются в настоящее время актуальной задачей ангиологии.

Материалы и методы: анализ документации пациентов, находившихся на обследовании и лечении по поводу прямых дуральных артерио-венозных фистул в нейрохирургическом отделении НИИПК им. Мешалкина г. Новосибирска за период 2011-2013 гг.

Результаты. при проведении анализа данных историй болезни было выявлено: что 21 пациент был оперирован по поводу данной патологии, 14 были оперированы в 1 этап, у 7 потребовалось многоэтапное лечение. Гендерный состав представлен 7 мужчинами и 14 женщинами, в возрасте от 22 до 66 лет. Средний возраст пациентов составлял 47,1 лет. По этиологии фистул выявлено, что спонтанный генез имели 13 случаев (61%), травматический 8 случаев (39%). В ходе обследования пациентов клинические проявления имели классический вид синдрома кавернозного соустья. Всем пациентам проводилось комплексное инструментальное обследование в объёме ТКДГ, ЦАГ/МСКТ ангиографии. В результате анализа 30 протоколов операций, 15ти пациентам (71%) был выполнен трансартериальный доступ, из них 6ти пациентам (29%) понадобилась повторная операция, 6ти пациентам (29%) был выполнен трансвенозный доступ, из них 1му пациенту (4,7%) понадобилась повторная операция. Хирургическая тактика распределились следующим образом: для всех больных (21 человек) методом явилось эндоваскулярное разобщение патологически сформировавшегося соустья: отделяемыми микроспиральями у 14 пациентов (67%), из них 4 (19%) пациента повторно после эмболизации гистаакрилом и 2 пациента (10%) повторно после эмболизации микрочастицами PVA; парциальная эмболизация ДАВФ адгезивными и неадгезивными материалами 7 пациентов (33%). В послеоперационном периоде наблюдался регресс клинических проявлений, и в 27 случаях (87%) протекал без осложнений. Послеоперационные осложнения составили 4 случая (13%): 1 случай ишемического очага с отёком головного мозга (3,3%), 1 случай однократного приступа транзиторной ишемической атаки (3,3%), 1 случай отёка века с выявлением патологической пульсации (3,3%), 1 случай тромбоза верхней глазничной вены (3,3%). Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с регрессом клинической картины.

Выводы. Таким образом, трансвенозный доступ явился более эффективным по сравнению с трансартериальным доступом в виду низкого удельного веса послеоперационных осложнений, а так же низкого процента необходимости проведения повторных операций.

П. В. Еремеев, С. А. Кузнецов, В. И. Муртазин*
**ПРИМЕНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СПИНАЛЬНОЙ
НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
ПРИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

*Кафедра нейрохирургии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: чл.-корр. РАН, д. м. н. проф.
А. Л. Кривошапкин*

Актуальность исследования. Согласно европейским исследованиям (EFIC), от хронической боли страдает каждый пятый взрослый житель Европы («75 млн. человек»). В Европе и США 20–40 тыс. человек на 1 млн. населения страдают от рефрактерной стенокардии (АР), а около 6 млн. населения – от облитерирующего атеросклероза нижних конечностей (PVD). Преимущественно данные патологии касаются лиц среднего и пожилого возраста, вызывая значительное снижение качества жизни, а так же возможную инвалидизацию. Спинальная нейростимуляция (SCS) в настоящее время является современным малоинвазивным методом лечения пациентов при исчерпании резервов хирургической и консервативной коррекции.

Цели исследования. Определение и оценка эффективности спинальной нейростимуляции у пациентов с хроническим болевым синдромом при АР и PVD.

Задачи исследования. Стратификация показаний к проведению SCS у пациентов с АР и PVD; оценка качества жизни пациентов; исследование первичных результатов.

Материалы и методы исследования. Истории болезни пациентов нейрохирургического отделения ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина; клинические опросники качества жизни – ВАШ, SF-36; анализ данных работы сотрудников ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина; сбор статистического и операционного материала.

Результаты исследования. В рамках нашей научной работы исследованы результаты применения SCS у 19 пациентов с хроническим болевым синдромом, из них 16 мужчин и 3 женщины в возрасте от 39 до 80 лет (средний возраст – 67,5 лет). Соотношение пациентов составило: PVD – 67%, АР – 33%. Комплексное обследование пациентов включало оценку клиниконеврологического состояния: учитывались жалобы, анамнез, осмотр, клинические опросники боли и качества жизни. С целью оценки функциональных резервов миокарда и тканей нижних конечностей пациентам проводили ряд клинικο-физиологических исследований – лазер-доплер флоуметрия и транскутанная оксиметрия нижних конечностей, перфузионная томосцинтиграфия миокарда.

Всем пациентам была проведена двухэтапная спинальная нейростимуляция. Для определения возможной эффективности данного метода лечения

пациентам первым этапом проводили тестовую нейростимуляцию. При положительном результате в виде уменьшения хронических болей, проводили второй этап – имплантация системы постоянной нейростимуляции. Все хирургические манипуляции проводились под местной анестезией, в положении пациента на животе.

В послеоперационном периоде пациенты отмечали улучшение и снижение интенсивности болевого синдрома. Согласно полученным данным клинических опросников, средний уровень боли по ВАШ до операции составил 8,4 балла, после операции – 3,1 балла. По результатам SF-36 показатель качества жизни увеличился в среднем на 61,9%. По результатам клинко-физиологических исследований отмечается улучшение локальной гемодинамики и перфузии ишемизированных тканей сердца и нижних конечностей.

Выводы: Использование SCS позволяет снизить интенсивность болевого синдрома при рефрактерной стенокардии и критической ишемии нижних конечностей. Помимо анальгетического эффекта SCS обладает терапевтическим воздействием, что выражается в улучшении локальной микроциркуляции и перфузии ишемизированных тканей, тем самым улучшает прогноз заболевания, снижение инвалидизации и повышение качества жизни пациентов в целом.

Е.В. Киметова, А.В. Звонкова
**ДАННЫЕ КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С
НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В ГОЛОВНОЙ
МОЗГ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: проф., д.м.н. И.А. Грибачева,
проф., д.м.н. А.П. Дергилев*

Актуальность. Наиболее часто нетравматическое кровоизлияние в головной мозг возникает как осложнение артериальной гипертензии. Группу больных с острым мозговым инсультом геморрагического типа составили 49 человек, среди которых было 28 (57,1%) женщин и 21 (42,9%) мужчин. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,1$ года. Достоверных отличий по возрасту и тяжести состояния среди мужчин и женщин внутри обследованной группы выявлено не было.

Материалы и методы. Критериями включения в группу больных являлись: возраст моложе 45 лет, геморрагический характер инсульта, верифицированный методами нейровизуализации, наличие артериальной гипертен-

зии разной степени выраженности, отсутствие тяжелых соматических заболеваний, приводящих к ОНМК, окклюзирующего поражения краниоцервикальных артерий. **Результаты.** В обследованной группе артериальная гипертензия длительностью менее 5 лет отмечалась у 11,1% больных, от 6 до 10 лет – у 63,7%, более 10 лет – у 25,2%. Таким образом, большая часть больных страдала АГ более 5 лет (88,9%). Была отмечена положительная корреляционная зависимость между продолжительностью АГ и стадией хронической церебральной ишемией (ХЦИ) ($r = +0,31$).

Жалобы у всех пациентов данной группы носили неспецифичный характер. Чаще встречались указания на головную боль (92,4%), головокружение (67,4%), раздражительность (65,4%), плохой сон (61,2%), снижение работоспособности (60,6%), расстройства памяти (59,2%). У подавляющего большинства обследованных больных (99,7%) объективно выявлялось пониженное настроение, ослабление памяти, снижение трудоспособности, ажитировано-депрессивный синдром с депрессивным настроением, тревогой, страхами, наблюдается неуверенность в своих силах, мнительность, иногда – повышенная раздражительность, вспыльчивость, затруднение перемены психических установок, сужение объема внимания, повышенная истощаемость, легкая непроизвольная переключаемость, эмоциональная гиперсенситивность, раздражительная слабость, снижение продуктивности интеллектуального труда, неустойчивость внимания, эмоционально-волевые расстройства. По результатам теста Mini-Mental State Examination, средний суммарный балл составил $24,8 \pm 1,4$, среднее количество ошибок при использовании краткого опросника Short portable mental status questionnaire, составило $3,3 \pm 0,64$. При наличии очагов в субталамических ядрах, в полосатом теле и бледном шаре у пациентов наблюдались симптомы вовлечения экстрапирамидной системы различной степени выраженности (у 52 больных – 33,3%).

Для изучения оценки нарушения качества жизни к данной категории больных была применена шкала инвалидизации Рэнкина, при этом I степень была определена у 89 (57,1%), II степень – у 67 (42,9%) больных. Поскольку индекс Бартела наиболее эффективен для оценки качества жизни пациентов с выраженными двигательными расстройствами, применение его к данной группе больных мы сочли нецелесообразным.

При оценке данных МРТ и КТ увеличения размеров III желудочка не отмечалось, что косвенно может подтверждать отсутствие дементного синдрома, так как в литературе существует мнение о наличии прямой корреляционной зависимости между увеличением размеров III желудочка и данными нейropsychологического тестирования.

О.В.Коновалова, Т.В. Шамшурина, Р.А. Нурисламова,
Л.Н. Якаева

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
Ижевская государственная медицинская академия
Научный руководитель: к. м.н., доц. В.Т. Лекомцев*

Актуальность. В последнее время в психоневрологии наблюдается рост в исследовании структурной и функциональной визуализации головного мозга. Дэниел Дж. Амен, американский нейробиолог, нейропсихиатр, на основании многочисленных исследований предложил тест для диагностики дезинтеграции лобных долей (ЛД), височных долей (ВД), поясной извилины, лимбической системы (ЛС), мозжечка (МЖ), базальных ганглиев (БГ).

Цель исследования – оценить валидность метода, учитывая данные клинического, нейропсихологического исследования, нейровизуализации.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 больных с эпилепсией, консультировавшихся и проходивших стационарное лечение в РКПБ с 10.10.2013 по 10.01.2014. Среди них 9 женщин и 21 мужчина в возрасте от 19 до 27 лет (средний возраст: $34,67 \pm 9,3$ года). Для исследования дезинтеграции основных структур головного мозга использовался опросник Амена, включающий 60 вопросов, результаты оценивались согласно ключу.

Результаты. Среди опрошенных 8 человек (26,7%) имели эпилепсию идиопатического генеза, 22 больных (73,3%) – с симптоматической эпилепсией (из них 59,1% с ЧМТ в анамнезе). При клиническом исследовании наиболее часто выявлялись астенический (70%), невротический (66,7%), цефалгический (53%), брадикинетический (33,3%), атактический (30%) синдромы. У 11 больных (36,7%) клинически и по данным электроэнцефалографии диагностирована височная эпилепсия, из них 9% страдает приступами дисфории, согласно тестированию у 63,6% из них высока вероятность дисфункции ЛС, 54,5% - БГ, 45,5% - ВД. Среди пациентов с продуктивными и психопатоподобными синдромами (26,7% исследуемых) выявлена дисфункция ЛД (87,5%), ЛС (75%), ВД (75%). У больных с нарушениями координации наблюдается дисфункция ЛС (66,7%), ВД (66,7%), МЖ (55,6%). В 100% случаев у больных с выраженным невротическим синдромом выявлены изменения в ЛС, 81,3% - ВД, 81,3% - ЛД, у 36,4% из них на ЭЭГ отмечается дисфункция глубоинных и диенцефальных структур.

Выводы. Тест Амена позволяет диагностировать дезинтегративные изменения основных структур мозга, отвечающих за поведение в социуме (ЛД), эмоции (ЛС), восприятие мира (ВД), регуляцию и координацию двигательной активности (БГ и МЖ), с его помощью на этапе скринингово-

го исследования возможно оценить степень дезадаптации больного в обществе, определить направление медикаментозной и психологической реабилитации.

К.Н. Данилова, В.И. Напрюшкина
**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д. м. н., профессор Б.М. Доронин

Проблема рассеянного склероза (РС) и беременности является очень важной, поскольку РС чаще страдают женщины детородного возраста и вопрос о возможности беременности и родов при данном состоянии часто встает перед врачами. Несколько лет назад ученые придерживались точки зрения отрицательного влияния беременности и родов на течение РС. Авторы считали, что беременность и роды являются одними из факторов, провоцирующих начальные проявления РС, вызывают ухудшение течения РС, ухудшения очаговой неврологической симптоматики. Они полагали, что беременность, роды и аборт являются дополнительной физической, нервно-психической нагрузкой для больных РС и способствуют более быстрому проявлению начальных симптомов болезни, очередных обострений заболевания. Поэтому считали целесообразным предупреждение беременности, а при наступлении беременности исходили из следующего: при наличии в семье ребенка ставили вопрос о необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям, в других случаях — индивидуальное решение этого вопроса с учетом эффективности проводимой терапии при обострении процесса и безразличностью для беременной применения различных медикаментозных или других средств. Однако на сегодня доказано, что беременность в основном не влияет на течение РС. Беременность обладает защитными свойствами для женщин с РС. Клиника может ухудшиться в раннем послеродовом периоде, что связано с гормональной перестройкой организма в этот период. Таким образом, женщины с РС имеют все шансы иметь нормальную беременность, как и все женщины детородного возраста.

Цель исследования. Оценить динамику течения процесса по клинико-рентгенологическим данным у пациенток с рассеянным склерозом на разных этапах послеродового периода. **Задачи:** анализ данных МРТ и неврологического статуса беременных, статистический анализ и обработка полученных данных.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 27 пациенток, болеющих рассеянным склерозом в послеродовом периоде, сроки на-

блюдения до года после родов с интервалом наблюдения 3 мес. 22 пациентки имели ремиттирующее течение РС, у 5 была установлена вторично-прогрессирующая форма РС. Средний возраст пациенток составил 32,5 (от 25 до 40 лет), длительность заболевания 13,7 лет (от 5 до 21 года болезни), оценка по EDSS в среднем 3,0 балла (минимум 1,0 балла, максимум 5,0 баллов). Клиническая оценка пациенток проводилась в срок 3, 6, 9 и 12 месяцев после родов. В те же сроки проводилось контрольное МР-исследование.

Результаты исследования. Ухудшение клинического течения в послеродовом периоде в срок 3 месяца, с постепенной регрессией симптомов на фоне лечения отмечено у 8 пациенток, выразившееся в двигательных и чувствительных нарушениях. У этих пациенток на МР-исследовании отмечены следующие изменения: появление единичных (1-2) новых очагов активности с накоплением контрастного препарата супратенториально в сроки 6 мес после родов отмечено у 2 пациенток, появление более двух новых очагов (4) отмечено у одной пациентки в срок наблюдения 3 месяца после родов с утратой активности к 6 месяцам. В срок 3 месяца после родов отмечено появление единичных супра- и субтенторальных очагов у 5 пациенток с угасанием активности процесса к 6 месяцам.

Вывод: Рассеянный склероз в послеродовом периоде требует активно-го динамического наблюдения, с особым вниманием к срокам 3 месяцев после родов для своевременной диагностики активности процесса. Достоверно связать возникновение активности с родами нельзя, необходимо большее число наблюдений.

Т.Х. Агаева

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНМК ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин

Актуальность. В настоящее время установлено около сотни факторов риска возникновения нарушений мозгового кровообращения. Среди них выделяют климактерический период, объединяющий в себе половой и возрастной критерии. Таким образом, с годами женщины неизбежно обретают дополнительный фактор риска ОНМК – дефицит эстрогенов, носящий системный характер, повышая вероятность развития метаболического синдрома и нарушений высшей нервной деятельности. Самым грозным осложнением эстрогенодефицита остается острое нарушение мозгового кровообращения.

Цель. выявить зависимость между конституциональными факторами и риском развития ишемического инсульта у женщин.

Задача. Обосновать зависимость риска развития ОНМК от конституциональных факторов на примере обследуемых пациентов и группы контроля.

Объект исследования. 1 группа: 20 женщин от 52 до 80 лет, страдающих ишемическим инсультом в остром периоде заболевания. 2 группа (контрольная): 20 женщин с хронической церебральной ишемией в анамнезе.

Методы исследования. Определение соматотипа (эурипластический, мезапластический, астенический, пикнический, неопределенный), антропометрических (рост, вес, ИМТ, окружность талии) данных, уровня артериального давления и лабораторных показателей (холестерин, триглицерин, эстроген) пациенток.

Результаты: ожирение может быть независимым фактором риска цереброваскулярных нарушений. Ожирение повышает риск развития ишемического инсульта (ИМТ ≥ 28 кг/м² риск ишемического инсульта на 75% выше, а при ИМТ ≥ 33 кг/м² на 142% выше, чем у пациенток с ИМТ 28 кг/м²). Эстрогенодефицит сопровождается прессорным эффектом, способствуя развитию АГ. В анамнезе 80% исследуемых есть АГ (у пожилых пациенток преобладает АГ III). Изучалось влияние избыточной массы тела на показатель липидного спектра у больных с ишемическим инсультом, имеющих дисбаланс половых гормонов в сочетании со сдвигом липидного метаболизма. При вычислении ИМТ выявлено уменьшение показателей эстрогена на фоне увеличения ИМТ, причем наиболее подвержены ожирению пациентки эурипластического соматотипа (ИМТ=30, объем талии 105 см) при нормальном уровне холестерина и эстрогена ИМТ пациенток с мезапластическим соматотипом равен 24, объем талии 80 см, холестерин 5,6, эстроген 1,5.

Выводы. Анализ конституциональных характеристик пациенток с ишемическим инсультом выявил антропометрические особенности, позволяющие оценить преобладание определенных соматотипов в различных возрастных группах. У женщин пожилого возраста при эстрогенодефиците при наличии факторов риска возникает угроза сосудистой катастрофы. При увеличении ИМТ уровень эстрогенов снижается, но повышается уровень общего холестерина в крови.

М. А. Громаковская
**МАЛЬФОРМАЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА.
ВТОРИЧНЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ЭПИЛЕПСИИ**

*Кафедра неврологии и нейрохирургии,
Самарский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. А. Калинин*

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных неврологических расстройств, многообразие её форм, внезапность возникно-

вения приступов, тяжелые нарушения сознания и жизненных функций, подозрительные на внезапную органическую патологию с опасностью смерти сталкивают с ней врачей любых специальностей, что и определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения.

Наиболее важной задачей лечения эпилепсии является достижение стабильной ремиссии. В сфере интересов неврологии и психиатрии не так много болезней, при которых у 70% больных можно достичь этого эффекта, остальные относят к фармакорезистентным. Одной из самых распространенных причин фармакорезистентности являются мальформации коры головного мозга, которые представляют собой широкий спектр аномалий, возникающих в результате различных нарушений процесса развития коры и, как правило, ассоциированы с эпилепсией.

Целью исследования являлось изучение частоты аномалий развития коры головного мозга в структуре симптоматических парциальных эпилепсий, а также их течение на фоне терапии антиконвульсантами. В проблеме диагностики и лечения эпилепсии велика роль понимания патогенеза и патофизиологических механизмов развития заболевания. Не всегда миграционные нарушения головного мозга успешно диагностируются, в результате чего пациенты длительно страдают от криптогенных эпилепсий.

Нарушения развития коры головного мозга могут происходить на разных этапах кортикогенеза. Формирование коркового слоя начинается на 3-4 месяце гестации (начиная с 7 недели), когда в субэпендимальных слоях стенок боковых желудочков дебютируют процессы пролиферации незрелых нейронов. Область этой первичной пролиферации называется «герминативный матрикс», здесь стволовые клетки подвергаются усиленному митозу и образуют нейроны и глию. Гетеротопия – скопление нейронов, остановившихся в различных аномальных местах на пути следования к коре головного мозга.

Выявление пациентов проводилось в ходе амбулаторного приема и анализа архивных данных Самарского областного противоэпилептического центра, изучения методики МРТ-головного мозга. В настоящее время исследовано 1500 больных. По данным Самарского противоэпилептического центра наиболее часто встречаются различные варианты гетеротопий коры головного мозга, поэтому мы проанализировали именно этот вариант аномалий.

К.С. Доронина
**ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С
ДИГНОЗОМ « БОЛЕЗНЬ МАРИ-ФУА-АЛАЖУАНИНА »**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф., Б.М.Доронин*

Актуальность. Болезнь Мари-Фуа-Алажуанина (поздняя кортикальная мозжечковая атрофия) – спорадическое заболевание, характеризующееся спорадическими случаями мозжечковой атрофии с поздним началом. Процесс чаще развивается у мужчин старше 50 лет, проявляется постепенно, приводя к грубой мозжечковой атаксии, адиадохокинезу, снижению мышечного тонуса, нарушениям речи. Многие авторы связывают развитие данного заболевания с хронической алкогольной интоксикацией.

Цель. Описать клинический случай болезни Мари-Фуа-Алажуанина у пациента, находившегося в неврологическом отделении ГКБ №1 г. Новосибирска.

Задачи: 1) Изучить клинические проявления, этиологию, патогенез болезни Мари-Фуа-Алажуанина, анализируя научную литературу по данной теме.

2) Используя методики неврологического и клинического обследования, сопоставить клинические проявления заболевания у пациента, находящейся в неврологическом отделении ГКБ №1 с выявленной поздней кортикальной мозжечковой атрофией, провести дифференциальный диагноз с другими видами спорадических мозжечковых атрофий.

3) Провести сравнительный анализ классического варианта заболевания, описанного в литературе и исследуемого случая, выявить сходства и различия, объяснить причины их возникновения.

Материалы и методы: анализ научной литературы, изучение истории болезни, обследование пациента.

Результаты. Был обследован пациент с диагнозом болезнь Мари-Фуа-Алажуанина (поздняя кортикальная мозжечковая атрофия). Клинические проявления (статико-локомоторная и динамическая мозжечковая атаксия, нистагм, наибольшая выраженность процесса в нижних конечностях, снижение мышечного тонуса, нарушения речи по типу дизартрии) соответствуют классическому варианту течения заболевания. Были изучены возможные причины развития данного состояния и проведен дифференциальный диагноз с другими видами спорадических мозжечковых атрофий (паранеопластической, эндокринной, связанной с экзогенными интоксикациями, поздней глутеиновой мозжечковой атрофией).

Выводы. Болезнь Мари-Фуа-Алажуанина – тяжелое неврологическое состояние, этиология и особенности патогенеза которого до конца не изуче-

на. Предположительно на развитие заболевания влияет хроническая алкогольная интоксикация, на фоне генетической предрасположенности. Лечение данного заболевания в первую очередь предполагает исключение влияния интоксикации, дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию и препараты, улучшающие метаболизм головного мозга.

С. О. Дрантусов, К. Р. Родионова
**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ
ПАТОЛОГИИ ПРИ БОКОВОМ АМИОТРОФИЧЕСКОМ
СКЛЕРОЗЕ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Б. М. Доронин*

Боковой амиотрофический склероз (болезнь двигательного нейрона, болезнь Лу Герига, болезнь Шарко) это хроническая прогрессирующая болезнь нервной системы неясной этиологии, избирательно поражающая двигательные нейроны спинного и головного мозга, сочетающееся с дегенерацией корково-спинномозговых и корково-ядерных волокон. Цель исследования. Оценить частоту сопутствующих патологий при боковом амиотрофическом склерозе. Анализ представленных материалов. Материалы и методы исследования. Обзор и анализ историй болезни. Глубина поиска 10 лет.

Результаты исследования. Анализ историй болезни показал, что боковой амиотрофический склероз в 85 % случаев протекает с сопутствующими патологиями, такими как: остеохондроз, дорсопатия, дисциркуляторная энцефалопатия, что существенно усложняет и течение заболевания, и ее диагностику. В 100 % случаев данное заболевание имеет летальный исход. До настоящего момента не установлена точная этиология настоящего заболевания. В настоящее время существует 2 теории – наследственная и инфекционная. Большинство исследователей относят данное заболевание к группе так называемых – медленных инфекций, вызванных вирусом (энтеровирусом, герпес-вирусом). На данный момент известно единственное достоверно действующее медикаментозное лечение, препаратом Рилузол, на фоне приема которого жизнь больных увеличивается в среднем на 2-4 месяца.

Заключение. Боковой амиотрофический склероз – тяжелое прогрессирующее заболевание, вызванное ускоренной гибелью мотонейронов в стволе и спинном мозге. Так как при данном заболевании отмечается высокий уровень сопутствующей патологии, это значительно ухудшает течение заболевания, и затрудняет диагностику.

А.М. Кожоналиева, Г.Қ. Абитова, Н.Ш. Усенова
**ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,
Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан
акк. НАН КР, д.м.н. профессор Мурзалиев А.М.*

Проблема поведенческих расстройств, тесно связана с эмоционально-вегетативными нарушениями, изучение данной проблемы имеет междисциплинарное значение и направлено для информирования многих специалистов.

Цель исследования: изучение вегетативных синдромов при тревожно-депрессивных расстройствах и дезадапционном расстройстве.

Задачи исследования: Определить частоту вегетативной дисфункции при тревожно - депрессивных дезадапционном расстройствах и сравнить эмоционально-поведенческие, вегетативные синдромы у мужчин и женщин.

Материалы и методы исследования: Обследовано 19 пациентов, среди, которых лица женского пола составили 12 человек (63,5%), мужского 7 (36,4%) соответственно. Средний возраст больных для женщин составил $32 \pm 2,8$ года, у мужчин $30 \pm 4,3$ лет. Исследование и лечение больным проводились в клинике неврологии Национального госпиталя МЗ КР. Диагноз тревожно-депрессивного и дезадапционного расстройства базировался на критериях, согласно международной классификации болезней 10 пересмотра. Параклиническое верифицирование включало в себя: измерение АД, пульса, частоты дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, ЭЭГ, осмотр окулиста с описанием глазного дна, Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ внутренних органов, нейропсихологическое исследование с использованием шкал Цунга, Спилберга-Ханина для выявления эмоционально-поведенческих расстройств, когнитивные функции с помощью таблицы Шульте и кубиков Кооса, осмотр психиатра.

Результаты исследования. Практически у всех пациентов обоего пола присутствовали эмоциональные расстройства, сопровождающиеся тревогой, страхом, снижением настроения, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, эмоциональной лабильностью. Со стороны вегетативной нервной системы, жалобы больных распределились следующим образом. Кардиоваскулярный синдром отмечался у 9 пациенток (75%) и включал в себя 3 типа нарушений: дисдинамический в 4 случаях (33,3%), дизритмический у 3 пациенток (25%), 2 больных (16,6%) составили группу с дизэстетическим подтипом кардиоваскулярного синдрома. Лишь у 3 (25%) пациенток проявлений со стороны кардиоваскулярного синдрома не отмечалось. Гипервентиляционный синдром с изменениями на ЭКГ наблю-

дался у 5 больных женского пола (41,6%). У мужчин в 6 случаях диагностировалось тревожно-депрессивное расстройство, в одном дезадаптивное расстройство. Тревожно-депрессивное, сочеталось с кардиоваскулярным синдромом, в виде дизритмии лишь у 2 пациентов (33,3%), у остальной группы больных 4 (66,6%), заболевание проявлялось поведенческими и эмоциональными расстройствами.

Выводы: 1. У женщин психическая дезадаптация сопровождается депрессией, апатией, повышением личностной тревожности, сочетающаяся с кардиоваскулярным и гипервентиляционным синдромом. 2. Дезадаптивные состояния у мужчин чаще сопровождаются поведенческими реакциями как, раздражительность, агрессивность, аффективная неустойчивость, снижение толерантности к психологическим факторам, наряду с этим выраженных вегетативных изменений со стороны внутренних органов не наблюдается.

Я.К. Лабецкий
**ВЛИЯНИЕ МАКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н, профессор Б.М.Доронин*

Актуальность. Важное место в клинической картине диабетической периферической нейропатии (ДПН) занимает болевой синдром, снижающий качество жизни пациентов. Около 25 % больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) испытывают хроническую нейропатическую боль. На развитие болевого синдрома при ДПН могут влиять психологические, метаболические факторы и другие осложнения СД2.

Цель работы. Оценить влияние макрососудистых осложнений на болевой синдром при диабетической периферической полинейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных СД2 с ДПН (9 мужчин и 36 женщин, средний возраст $62,2 \pm 7,1$ лет, длительность СД2 – $12,1 \pm 7,7$ лет) на базе Областного диабетологического центра ГБУЗ НСО «ГНОКБ». Всем пациентам проведено обще-клиническое обследование, оценка тактильной, болевой, температурной, вибрационной чувствительности стандартными методами по шкале NDS, анкетирование по опросникам DN-4, наличие макрососудистых осложнений подтверждали данными медицинской

документации. Оценка степени выраженности болевого синдрома проводилась по шкале ВАШ. Пациенты были распределены на две группы: 1 группа без или со слабовыраженным болевым синдромом (ВАШ до 4 мм, n=11); 2 группа с умеренным или выраженным болевым синдромом (ВАШ 4 мм и более, n=34). Статистическая обработка проведена на компьютере с использованием программы Excel 2007. Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

Результаты. Частота болевого синдрома при ДПН составила 88,9%: болевой синдром легкой степени встречался у 13,3 %, умеренной – 40 %, выраженной – 35,5 %. Пациенты без или со слабовыраженным болевым синдромом составили 24,4%, с умеренным или выраженным болевым синдромом 75,6%. Нейропатический характер болевого синдрома подтвержден по опроснику DN-4 для 1 группы составил $3,4 \pm 1,1$ балл, для 2 группы $4,5 \pm 1,7$ балл ($p < 0,05$). Макрососудистые осложнения встречались статистически значимо чаще у больных с умеренным или выраженным болевым синдромом 38,2%, по сравнению с группой пациентов без или со слабовыраженным болевым синдромом 18% ($\chi^2=26,69$, $p < 0,005$). Однако среднее значение степени выраженности болевого синдрома, оцененное по шкале ВАШ достоверно не отличалось у больных с макрососудистыми осложнениями $5,7 \pm 3,2$ мм против $5,0 \pm 2,7$ мм без макрососудистых осложнений. Тяжесть проявлений ДПН в группе больных с макрососудистыми осложнениями по шкале NDS была выше и составила $9,2 \pm 4,1$ против $8,4 \pm 4,2$ баллов в группе больных без макрососудистых осложнений, однако не достигала уровня статистической значимости ($p > 0,05$).

Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало высокую частоту болевого синдрома у больных СД2 с ДПН (88,9%). При умеренном и выраженном болевом синдроме у больных СД2 с ДПН макрососудистые осложнения встречались достоверно чаще, чем у больных без или со слабовыраженным болевым синдромом, что необходимо учитывать при обследовании и лечении данной группы больных.

П.И. Литвиненко

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Б.М. Доронин

Консультант: аспирант кафедры неврологии Ю.Ю. Спирина

Актуальность. Доля острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в структуре общей смертности в России составляет 21,4%, а инва-

лидизация после перенесенного ОНМК занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности людей трудоспособного возраста. В последние годы отмечается тенденция роста инсультов у людей молодого возраста. Поэтому установление ведущего фактора риска и разработка на этой основе профилактических мероприятий является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучить влияние АГ, СД, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, ожирения, курения, алкоголизма, патологии МАГ на развитие ОНМК у лиц молодого возраста.

Задачи. 1) Выявить причины развития факторов риска ОНМК у лиц молодого возраста.

2) Дать рекомендации с целью профилактики ОНМК у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 38 пациентов (12 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 29 до 44 лет (средний возраст 38 лет), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Методы исследования: обследование пациента (сбор жалоб, анамнеза заболевания, неврологический осмотр, оценка неврологического статуса) и его анализ; анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования (ОАК, БАК, КТ, ЭКГ, ЭхоКГ с доплерометрией, РЭГ, суточного мониторирования АД, исследования системы гемостаза, дуплексного сканирования ветвей дуги аорты, сосудов шеи). Сроки исследования: октябрь 2013г. – январь 2014г.

Результаты. Повышение артериального давления отмечалось у 68% пациентов (26 пациентов страдали ГБ, 4 пациента – вторичной АГ). Показатели ИМТ выше нормы наблюдались у 58% пациентов. 32% составили курильщики и лица, злоупотребляющие алкоголем, 5% пациентов употребляли наркотические вещества. Повышение уровня сахара крови отмечалось у 42% пациентов, уровня холестерина – у 21% пациентов, липопротеидов НП – у 26% пациентов. Изменения МАГ наблюдались у 58% пациентов.

Выводы. Таким образом, ведущими факторами риска ОНМК у лиц молодого возраста явились: повышение АД, избыточная масса тела и ожирение, злоупотребление алкоголем и курение. Кроме того, отмечались изменения МАГ, гипергликемия, изменения показателей липидного обмена в крови. Рекомендации по профилактике ОНМК включают в себя: соблюдение диеты с низким содержанием соли и жиров, ежедневные физические нагрузки, отказ от курения и употребления алкоголя, контроль АД и ежедневный прием антигипертензивных препаратов, контроль уровня сахара и липидного профиля.

Л.А.Манухина
**ВЗАИМОСВЯЗЬ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ,
ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ,
НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность темы: выявление корреляции между степенью снижения качества жизни и локализацией очага поражения при ишемическом инсульте позволит своевременно предупредить развитие аффективных расстройств у пациента и улучшит комплаентность между лечащим врачом и пациентом.

Цель исследования: изучить вероятность развития депрессивного синдрома, степень когнитивных нарушений и уровень снижения качества жизни у больных с различной локализацией инсульта.

Задачи исследования: выявление взаимосвязи между склонностью к расстройствам поведения, степенью снижения когнитивных функций и локализацией очага поражения, а также взаимосвязи между степенью снижения качества жизни пациента и локализацией инсульта.

Критерии включения: пациенты женского пола, старше 40 лет в остром периоде инсульта, с небольшим очагом в бассейнах ЛСМА, ЛСМА и ВББ.

Критерии исключения: пациенты с явлениями афазии.

Материалы и методы. 30 пациентов женского пола старше 40 лет с инсультом в остром периоде с локализацией очага в бассейнах ЛСМА, ЛСМА, ВББ. В работе были использованы шкала MMSE для оценки когнитивной дисфункции, шкала Гамильтона для оценки депрессивных расстройств (HAM-D), шкала оценки качества жизни при инсульте (SS-QOL).

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у пациентов с инсультами в бассейнах ЛСМА и ЛСМА степень когнитивного снижения приблизительно равна (18,8 и 18,6 – средний балл соответственно), с очагом в ВББ средний балл по MMSE выше – 26,9. По шкале Гамильтона наибольший балл у пациентов с очагом в бассейне ЛСМА – 15,7 балла, что соответствует депрессии средней степени тяжести, в бассейне ЛСМА – 13,2 балла (лёгкое депрессивное расстройство), в бассейне ВББ – 10,9 балла, что тоже соответствует лёгкому депрессивному расстройству. По шкале оценки качества жизни при инсульте наибольший средний балл у пациентов с очагом в бассейне ВББ – 110,4, с очагом в бассейне ЛСМА – 87,2 балла, в бассейне ЛСМА – 74,5 балла

Выводы:

1) Депрессивные расстройства у пациентов с инсультом присутствуют вне зависимости от локализации очага, однако наибольшая их выраженность встречается у пациентов с инсультом в бассейне ПСМА

2) Когнитивные нарушения наиболее значимо проявляются при поражении бассейнов ЛСМА и ПСМА без существенной разницы в степени когнитивных нарушений между ними, наименее выражены при инсультах в бассейне ВББ

3) Более высоким своё качество жизни отмечают пациенты с инсультами в бассейне ВББ, а, следовательно, могут обеспечивать высокую комплаентность между врачом и пациентом. Значительное его снижение при инсультах в бассейнах ЛСМА и ПСМА без существенной разницы в степени выраженности между ними.

С.А. Мухина

НЕМОТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кафедра неврологии и нейрохирургии,

Самарский государственный медицинский университет

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

Необходимость проведенного исследования определяется высокой частотой распространения болезни Паркинсона у лиц старше 55 лет. По данным ВОЗ, общее число пациентов с болезнью Паркинсона составляет около 3,7 млн., а ежегодно регистрируется свыше 300 тыс. новых случаев заболевания. Среди проявлений болезни Паркинсона именно немоторные проявления являются ведущей причиной инвалидизации больных. Нарушение сна, мочеиспускания, и другие вегетативные расстройства могут, по оценке самих пациентов, служить главным фактором снижения качества жизни. Многие авторы (Левин О.С., Иванов А.К., Шиндряева Н.Н. др., 2012) отмечают, что вегетативные флюктуации отмечены у 86%, психические — у 84%, а сенсорные — у 82% пациентов. И, наконец, важность изучения этой проблемы обусловлена также тем, что экологическая обстановка и усиливающиеся психотравмирующие факторы жизни приводят к тому, что болезнь может развиваться и в более раннем возрасте.

Целью нашего исследования было проведение анализа немоторных проявлений у пациентов с болезнью Паркинсона для оптимизации терапии и улучшения качества их жизни.

Материалы и методы. Для достижения этой цели в ходе осмотров и опросов больных с болезнью Паркинсона был осуществлен сбор анамнеза, антропометрических данных (рост, вес), устанавливались цифры их артериального давления, оценивалась степень выраженности у них моторных

и немоторных проявлений по специальным шкалам и тестам — Унифицированная рейтинговая шкала болезни Паркинсона, шкала немоторных проявлений при болезни Паркинсона, Монреальская шкала оценки когнитивных функций, госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник для выявления ранних флюктуаций. Полученные данные были обработаны средствами математической статистики и проанализированы. Исследуемая выборка составила 26 человека. Все они - пациенты неврологического отделения Самарской областной клинической больницы имени М.И. Калинина.

Немоторные проявления болезни Паркинсона далеко не всегда имеют корреляции с длительностью заболевания и тяжестью моторных проявлений. Контроль динамики немоторных проявлений оптимизирует проводимую терапию и позволяет улучшить качество жизни и функциональную активность пациентов.

Е.С. Петрущенко*

**РОЛЬ УРОВНЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В
ГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность. Проблема острого нарушения мозгового кровообращения, в последние годы, становится все более актуальной. Особенность, отмеченная в последние годы - тенденция к «омоложению» инсульта. Сложность проблемы инсульта у молодых пациентов обусловлена существенным отличием причин, течения, осложнений инсультов от таковых в старших возрастных группах. В настоящее время установлено, что при острых повреждениях мозга, как и при любых обширных повреждениях, развивается синдром системной воспалительной реакции. Установлена его ведущая роль в формировании полиорганной недостаточности, существенное участие биологически активных аминов в генезе его возникновения и прогрессирования. Ткань головного мозга крайне богата такими веществами, что даже при относительно небольшом повреждении, выброс цитокинов и медиаторов в кровь эквивалентен таковому при обширном ожоге 2 степени или политравме. Первичным фильтром для биологически активных веществ будут являться легкие, потому нарушение их функций может клинически подтверждать развитие системной воспалительной реакции в остром периоде

инсульта. Таким образом, посредством оценки уровня СВР можно выявить закономерность между степенью повреждения головного мозга и острым повреждением легких (ОПЛ).

Цель исследования: Определить роль и прогностическую значимость уровня системного воспалительного ответа в генезе ОПЛ у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование группы пациентов обоего пола возрастом до 60 лет, перенесших ОНМК с грубым неврологическим дефектом и нарушениями сознания, поступивших в отделение не позднее суток от развития инсульта.

Результаты. Наиболее высокие уровни провоспалительных цитокинов, более выраженные клинические и лабораторные проявления системной воспалительной реакции получены у пациентов с геморрагическим инсультом и субарахноидальным кровоизлиянием (количественно общий уровень провоспалительных цитокинов на 76% выше). Чем моложе пациент, тем активнее лабораторно и клинически протекает СВР (у группы пациентов до 45 лет количественный уровень цитокинов в 69% больше, чем в старших возвратных группах, в 57% выше лабораторные показатели воспаления – СРБ, лейкоцитоз). Системная воспалительная реакция активнее протекает у пациентов с расстройствами дыхания (89% - выше общий уровень цитокинов, в 90% - выше лабораторные показатели воспаления). Чем уровень цитокинов выявленный в первые сутки (еще до появления клинических и лабораторных показателей воспаления) – тем выше выявляемый к третьему дню уровень лабораторных показателей воспаления, в 82% - рентгенологические проявления пневмонии. Чем больше выявляемый по КТ ГМ очаг инсульта (либо до выявления очага, - глубина неврологического дефекта указывающего на обширный очаг) – тем выше получены уровни цитокинов в первые сутки развития инсульта. У пациентов с выявленным в первые сутки высоким уровнем цитокинов в 83% наблюдалось ОПЛ с расстройствами дыхания (часто уже при поступлении).

Выводы: 1. Активность провоспалительного ответа зависит от возраста – чем моложе пациент, тем он активнее, тем выше выявленные уровни цитокинов.

2. Активность и степень выраженности СВР зависит от размеров очага, - чем больше выявленный очаг, чем больше неврологический дефект, тем больше уровни цитокинов, лабораторных показателей, тяжелее клиника СВР.

3. Геморрагический инсульт и САК – способствуют выбросу более высоких концентраций цитокинов и более активному течению СВР.

4. Уровень цитокинов на прямую влияет на развитие СВР – чем выше выявленный уровень, тем активнее течение СВР.

5. Уровень цитокинов, на прямую влияет на развитие ОПЛ – чем выше выявленный уровень, тем активнее течение СВР.

Исследование на данном этапе еще не закончено, в процессе проведение дополнительных иммунологических анализов с оценкой качественного и количественного состава провоспалительных цитокинов, с оценкой динамики их концентрации в течение 3х суток, в соотношении с клиникой; так же продолжается дополнительный набор пациентов.

С.В. Цой
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ
БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Кафедра неврологии.

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Доронин Б.М.

Цель. Выявить особенности течения тревоги и депрессии у пациентов с болезнью Альцгеймера.

Задачи: 1. Определить тяжесть деменции у пациентов с болезнью Альцгеймера. 2. Определить степень тревоги и депрессии. 3. Определить тяжесть тревоги и депрессии в зависимости от степени деменции. 4. Определить наиболее заинтересованные в патологическом процессе сферы в зависимости от степени тревоги и депрессии.

Материалы и методы исследования: результаты тестирования: шкала оценки болезни Альцгеймера – когнитивная подшкала (ADAS-Cog), мини-исследование состояния умственной деятельности (MMSE), Векслеровская шкала памяти – III (WMS-III), нейропсихиатрический опросник (NPI), Корнельская шкала депрессии при деменции (CSDD).

Результаты. У пациентов с легкой степенью деменции (14 человек) результаты CSDD колеблются между 4-6 баллами, у пациентов с деменцией умеренной степени выраженности (6 человека) – 6-8 баллами. При этом наиболее часто встречаются признаки, связанные с настроением (тревога, грусть, отсутствие реакции на приятные события, раздражительность), реже расстройства поведения (возбудимость, замедленность, жалобы на состояние здоровья, потеря интереса), нарушение засыпания и сна; физические признаки и идеаторные расстройства почти отсутствуют. По данным теста NPI депрессия встречается у пациентов с легкой степенью деменции в 8 случаях, тревога – в 10; у пациентов с деменцией умеренной степени депрессия – в 6, тревога – в 4. По данным ADAS-Cog у пациентов с умеренной степенью тяжести деменции и наибольшим количеством признаков депрессии, соответственно, наблюдаются затруднения в запоминании слов, отсроченном вспоминании слов, запоминании инструкций к тесту, вычеркивании цифр, трудности в понимании, владении разговорной речью, нахождении

слов в произвольной речи умеренной степени. У пациентов с легкой степенью деменции и отсутствием депрессии наибольшее затруднение вызывает отсроченное вспоминание слов. По результатам WMS-III у пациентов с лёгкой степенью деменции и отсутствием депрессии количество правильных ответов в последовательности буква цифра равно 6-8, в пространственном тесте в прямом порядке - 5-7, в обратном – 4-7, у пациентов с умеренной степенью деменции 0-4, 3-2, 0-2, соответственно.

Выводы: У пациентов с болезнью Альцгеймера частота депрессии увеличивается по мере прогрессирования деменции. Повышенный риск развития депрессии отражает выраженность органического поражения структур, критических для развития тревоги и депрессии (голубоватое пятно, ядра шва, миндалина, поясная и лобная кора и тд. Одновременно с этим при наличии у пациента депрессии деменция сопровождается более выраженным функциональным дефицитом.

Е.А. Черномазова, А.М. Кожоналиева, Г.К. Абитова,
Н.Ш. Усенова
**ПРАВОПОЛУШАРНЫЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ,
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

*Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,
Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан.*

*Научный руководитель: ак. НАН КР, д.м.н. профессор
А.М. Мурзалиев*

Эпилепсия является важнейшей не только медицинской, но и социальной проблемой из-за высокого процента инвалидизации пациентов.

Цель исследования: изучение когнитивных и вегетативных изменений у больных при правополушарных симптоматических и идиопатических эпилепсиях в интериктальном периоде.

Задачи исследования. Определить частоту эмоционально-вегетативной и когнитивной дисфункции при правополушарной симптоматической и идиопатической эпилепсии и сравнить когнитивные и вегетативные синдромы у больных с правополушарной симптоматической и идиопатической эпилепсией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 16 пациентов, среди которых 10 пациентов страдали идиопатической эпилепсией, 6 симптоматической с правополушарным акцентом. Возраст больных при идиопатической форме составил от 10 лет до 37, а при симптоматической от 16- до 44 лет. Исследование и лечение больных проводились в клинике неврологии Национального госпиталя МЗ КР. Параклиническое верифицирование

включало в себя: измерение АД, пульса, частоты дыхания, ЭЭГ, осмотр окулиста с описанием глазного дна, МРТ головного мозга, осмотр психиатра, нейропсихологическое исследование.

Результаты исследования. Варианты и частота приступов у большинства больных 8 (80%) соответствовали генерализованным, редким припадкам. Практически у всех пациентов 7 (70%) с идиопатической эпилепсией присутствовали когнитивные расстройства, до уровня деменции легкой степени и психические расстройства, в виде вязкости мышления, медлительности, обстоятельности, раздражительности, конфликтности, нарушения внимания, навязчивости. В дальнейшем формируя органическое расстройство личности по эпилептическому типу, подтвержденное осмотром психиатра. Варианты и частота приступов у больных правосторонней при симптоматической эпилепсии соответствовали вторично-генерализованным и парциальным припадкам в 4 (66,6%) и 2 (33,3%) случаях соответственно. У 5 (83,3 %) больных приступы были частыми. Вегетативная аура сочетала в себе как кардиоваскулярные и гипервентиляционные проявления. При этом выраженных изменений когнитивного статуса у данной категории больных не было. Со стороны поведения и эмоционального фона были характерны депрессия, тревога, обстоятельность, педантичность, интерперсональные трудности, проблемы паралингвистической коммуникации, нарушение визуо-пространственных навыков.

Выводы: 1. Эпилептический синдром правого полушария сопровождается депрессией, апатией, повышением личностной тревожности, сочетающийся с кардиоваскулярным и гипервентиляционным синдромом, со снижением адаптационных функций. 2. Идиопатическая эпилепсия без четкой акцентуации, чаще сопровождаются поведенческими реакциями как, раздражительность, агрессивность, аффективная неустойчивость, снижение толерантности к психологическим факторам, наряду с этим выраженных вегетативных и когнитивных изменений не наблюдается.

Е.А. Черномазова, Г.К. Абитова, Н.Ш. Усенова
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОСТОЙ И
АССОЦИИРОВАННОЙ МИГРЕНИ**

*Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,
Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

Научный руководитель: акк. НАНКР, д.м.н. профессор А.М. Мурзалиев

Самостоятельной патологической формой головной боли является мигрень, она наиболее распространена, поражает лиц молодого трудоспособного возраста, а потому находится в сфере пристального внимания врачей.

Цель исследования: изучение этиологических факторов и клинической картины классической, ассоциированной мигрени.

Задачи исследования: Определить частоту различных форм мигрени и исследовать параклинические данные при классической и осложненной мигрени.

Материалы и методы исследования. Обследовано 22 пациента, среди которых лица женского пола составили 18 человек (81,8%), мужского 4 (18,2%) соответственно. Средний возраст больных для женщин составил $28,8 \pm 2,4$ года, у мужчин $32,5 \pm 7,7$ лет. Исследование и лечение больным проводились в клинике неврологии Национального госпиталя МЗ КР. Диагноз мигрени базировался на критериях, согласно международной классификации мигрени от 1988 года. Параклиническое верифицирование включало в себя: ЭЭГ, РЭГ, глазное дно, дуплексное сканирование сосудов шеи, МРТ сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования. Простая форма мигрени наблюдалась у 13 больных (59%), характеризовалась пульсирующим, давящим характером боли, в 87 % случаев, боль локализовалась в одной половине головы, а затем отмечался переход и на другую сторону у 13% больных. Правосторонние и левосторонние головные боли, распределились следующим образом в 92% и 8 % случаях соответственно. Средняя длительность мигрени без ауры, составила от 1 -24 часов, а частота приступов варьировала от 2 до 4 в месяц. Мигрень с аурой, мы наблюдали в 13,5% случаев. Офтальмическая аура встречалась у 2 пациенток (9%) , проявлялась в виде гомонимных зрительных нарушений, с молниеподобными или мерцающими вспышками, в 1 случае (4,5%), мы наблюдали редкий вариант тяжелой базиллярной или синкопальной мигрени, развившейся на фоне аплазии брахиоцефального ствола. РЭГ выявило характерные дистонические изменения в виде повышения тонуса сосудов мелкого и среднего калибра, нарушения венозного оттока в каротидном или вертебробазилярном бассейнах. Глазное дно отличалось сужением артерий и полнокровным расширением вен. А ЭЭГ картина соответствовала корково-подкорковому дисбалансу. МРТ головного мозга патологических изменений не выявило. Ассоциированная мигрень, чаще всего, сочеталась с аномалиями развития сосудов головного мозга, такие как гипоплазия или аплазия позвоночных, задних соединительных артерий, брахиоцефального ствола. У 6 больных (27,5%), мигрень развивалась на фоне вертебральной патологии шейной локализации: подвывих атланта-аксиального сочленения, дискогенный цервикальный радикулит в сочетании с корешковым, рефлекторно-болевым и мышечно-тоническим синдромами.

Выводы: 1. Простая мигрень, является частой, компенсированной формой мигрени, с отсутствием морфологических изменений со стороны церебральных сосудов, врожденного характера. 2. Ассоциированная мигрень,

характеризуется более тяжелым течением, сочетается с аномалией развития церебральных артерий.

И.А. Степанов
**ОПУХОЛИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра общей хирургии с курсом урологии,
Иркутский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф., В.А. Белобородов,
к.м.н., асс., Э.Б. Борисов*

Актуальность данной проблемы обусловлена неуклонным ростом онкологических поражений головного мозга в возрастных группах 75-79 лет, 80-84 и старше 85 лет (7%, 20,4% и 23,4% соответственно). По причине возрастного угасания нейропластических и трофических процессов в ЦНС, а также наличие сопутствующей патологии, у наблюдаемой группы пациентов, клиника опухолей супратенториальной локализации становится несколько изменчивой и даже стертой, а диагностика и выявление опухолей головного мозга остается на низком уровне.

Цель исследования. Уточнить основные клинические и диагностические критерии, которые позволили бы прогнозировать риск оперативного вмешательства и возможный постоперационный неврологический дефицит у пациентов пожилого и старческого возраста с опухолями головного мозга супратенториальной локализации.

Материалы и методы. Анализ особенностей клинической картины и результатов обследования в пред- и постоперационном периодах проведен у 173 больных пожилого и старческого возраста с опухолями больших полушарий головного мозга. Пациенты проходили лечение в нейрохирургическом отделении ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» г. Улан-Удэ. Были обследованы больные в возрасте от 56 до 82 лет. Мужчин было 64 (36,9%) и 109 женщин (63,1%). Общее состояние пациента и степень самообслуживания оценивали по шкале Карновского.

Результаты исследования и обсуждение. Мультифакторный анализ историй болезней свидетельствует о позднем обращении пациентов, что связано с латентным, а порой и скрытым течением заболевания. Головная боль отмечена у 127 (73,4%) больных. Краевой отек зрительных нервов выявлен у 23 (36,7%) пациентов в возрасте от 56 до 61 года. Застойные явления глазного дна при глиомах выявлены у 29 (22,4%) пациентов. Гипертензионные изменения глазного дна при менингиомах были отмечены у 5 (26,3%) больных. У пациентов с сахарным диабетом (38,7%) и артериальной гипертензией (77,4%) отмечены более выраженные изменения. У 47 (27,1%)

больных отмечены нарушения вестибулярного аппарата. Чаще всего такие симптомы проявляются при глиомах (30,2%) и метастатических опухолях (21,7%). Судороги выявлены у 49 (28,3%) больных и у 13 (7,5%) пациентов судорожный синдром был первым проявлением заболевания. Психопатологическая симптоматика отмечена у 94 (54,3%) больных. Очаговая симптоматика чаще проявлялась двигательными нарушениями. Из 173 больных такие нарушения отмечены у 107 (61,8%): у 96 больных в виде гемипареза разной степени выраженности, монопарез наблюдался у 5 больных, у 6 были явления трипареза. Чаще всего в послеоперационном периоде появлялись сосудистые и воспалительные осложнения. Анализ наблюдений позволяет выявить частоту сопутствующей патологии: гипертоническая болезнь (77%), атеросклероз сосудов головного мозга (63%), ишемическая болезнь сердца (65%), сахарный диабет (38%). У 139 (80,3%) пациентов отмечено сочетание нескольких сопутствующих нозологий, оказывающих влияние на клиническую картину всего послеоперационного периода. Основной причиной послеоперационных осложнений является наличие двух и более сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации.

Выводы. Возрастное угасание нейропластических и нейротрофических процессов в ЦНС, а также широкая распространенность сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста маскирует начало заболевания, резко ограничивает диагностические возможности и затягивает сроки операции.

Е.В. Макеева, Д.А. Углова
РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ЭПИЛЕПСИИ

Кафедра неврологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н. Б.М. Доронин

Актуальность. Эпилепсия входит в число трех наиболее распространенных неврологических заболеваний (до 0,5-1% в мировой популяции). Цель лечения эпилепсии - полное подавление всех приступов и отсутствие побочных эффектов от применяемого лечения. Внедрение новых методов диагностики и терапии, совершенствование специализированной помощи больным привели к включению эпилепсии в число курабельных (контролируемых и в отдельных случаях - излечимых) заболеваний. Достижение высокого качества жизни при оптимальном контроле над припадками позволило выделить новый аспект эпилептологии - ремиссии при эпилепсии. Но состояние ремиссии все еще остается этапом течения эпилепсии, тесно связанным с риском срыва ремиссии. Недооценка вероятности рецидива приобретает особую значимость, в целом ряде случаев «отбрасывая» эффектив-

ность лечения на прежний или на еще более низкий уровень, что требует коррекции или полной смены терапии. Нами представлен анализ статистически значимых факторов рецидива у взрослой популяции больных эпилепсией вне зависимости от характеристики ремиссии.

Цели исследования. Установить взаимоотношение факторов риска рецидивов с факторами, определяющими особенности клинического течения заболевания для оценки прогноза.

Задачи исследования. 1. Установить факторы, определяющие вероятность рецидива; 2. Выявить взаимоотношения между длительностью заболевания и вероятностью рецидива;

Материалы и методы. Анализируемая выборка составила 50 случаев. Всем пациентам проводился общеклинический и неврологический осмотр, компьютерная томография. Проводились лабораторные анализы крови и мочи. Проводился анализ приступов и их частоты, данных ЭЭГ и нейровизуализации, особенностей течения заболевания, эффективности медикаментозной терапии. Выделены следующие группы: 1. благоприятное течение (пациенты без рецидива и с одним рецидивом в анамнезе. 2. Ремиттирующее течение (два и более рецидива). 3. Серийное или статусное течение (серия приступов, эпистатус). 4. Фармакорезистентное течение (более чем две комбинации основных препаратов были неэффективны).

Результаты исследования. По критерию качества ремиссии больные следующим образом: с клинической ремиссией - 39,5%, с клинко-электроэнцефалографической – 30,24%, с неуточненным характером ремиссии – 30,26%. Различия близки к достоверным ($p \approx 0,068$), вероятно, эти данные могли быть иными за счет группы неуточненных ремиссий. Однако за давностью заболевания у многих пациентов не представлялось возможным выяснить динамику ЭЭГ-показателей из-за утраты данных, относящихся к ранним срокам заболевания.

Выводы. По результатам исследования преобладают пациенты с клинко-электроэнцефалографической ремиссией, т.е. с полной ремиссией.

О.М. Павлова, А.С. Павлов
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Доронин Б.М.*

Актуальность. Астенический синдром – это психопатологическое состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью, неустойчивым, обычно пониженным, настроением. Частота

встречаемости астенического синдрома на приёме терапевта составляет от 30 до 65%. Школьники и студенты редко обращаются к врачам с симптомами астенического синдрома, несмотря на то, что психическое состояние отражается на их общей успеваемости. Исследование астенического синдрома у первокурсников, студентов пятого курса и школьников 11 класса позволит давать первокурсникам практические рекомендации, направленные на помощь по преодолению невроза, развивающемся на первом курсе университета.

Цель. Улучшения показателей успеваемости и снижения уровня депрессии у студентов первого курса.

Материалы и методы. В исследовании было взято 3 группы по 50 человек. Проводились тесты HADS и MFI – 20. Тест HADS: В группе 11 класса отсутствие выраженных симптомов тревоги у 12% и депрессии у 32%, субклинически выражена тревога у 86% и депрессия у 66%, клинически выраженная тревога у 2% и депрессия у 2%. В группе первого курса отсутствие выраженных симптомов тревоги у 24% и депрессии у 4%, субклинически выражена тревога у 74% и депрессия у 96%, клинически выраженная тревога у 0% и депрессия у 0%. В группе пятого курса отсутствие выраженных симптомов тревоги у 24% и депрессии у 28%, субклинически выражена тревога у 74% и депрессия у 72%, клинически выраженная тревога у 2% и депрессия у 0%. Тест MFI-20: В группе 11 класса астенический синдром выражен у 70% школьников. В группе первого курса астенический синдром выражен у 47% студентов. В группе пятого курса астенический синдром выражен у 62% студентов. Средний балл по основным дисциплинам 11 класса (математика, русский язык, иностранный язык) 3,82. Средний балл по основным дисциплинам первого курса (анатомия, биология, иностранный язык) составляет 3,47. Средний балл по основным дисциплинам пятого курса (офтальмология, педиатрия, оториноларингология) 4,17.

Результаты. Сильнее всего астенический синдром выражен у школьников 11 класса – 70%, субклинически выраженный уровень тревоги – 86% и депрессии 66%, при этом средний балл равняется 3,82, что можно связать с переживаниями по поводу предстоящего ЕГЭ и окончания школы. На первом курсе астенический синдром выражен у 47% студентов, субклинически выраженный уровень тревоги 74% и депрессии 96%, средний балл равняется 3,47. Так может сказываться успешное поступление и влияние новой среды на поступившего. На пятом курсе уровень субклинически выраженной тревоги в 74% и депрессии в 72%, при этом процент астенического синдрома равен 62% и средний балл, равняющийся 4,17, говорит о наибольшем приспособлении студента 5 курса к условиям учёбы в университете.

Заключение. Для улучшения успеваемости и снижения уровня депрессии у студентов первого курса, на этапе поступления необходимо ввести лекцию по организации процесса обучения в университете, после поступления - лекцию по постановке целей и планированию времени.

К.А. Подкур, Ю.И.Тарасова
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННО-
АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИИ-
СИНДРОМА ГИЙЕН-БАРРЕ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ
ПОЛИНЕЙРОПАТИЯМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО
ДИАБЕТА II ТИПА**

*Кафедра неврологии и нейрохирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Спирина Ю.Ю.*

Актуальность. В настоящее время актуальность проблемы полинейропатий определяется большой частотой и распространенностью данной патологии не только среди заболеваний нервной системы, но и среди соматических заболеваний. С каждым годом все чаще среди молодого и трудоспособного населения стала встречаться инфекционно-аллергическая полинейропатия-синдром Гийен-Барре, причем пол и возраст больных сейчас не увеличивает или не уменьшает шансы на увеличение случаев синдрома Гийен-Барре было решено провести дифференциальный диагноз между данной периферической полинейропатией и периферической полинейропатией на фоне сахарного диабета II типа для исключения возможности ложных диагнозов и реализации правильного лечения и реабилитации больного.

Целью данной работы является исследование этих двух заболеваний, изучение этиологии, патогенеза и клинических проявлений, а также определение их сходства и различия, ведущих синдромов и расстройств при каждой изучаемой полинейропатии. Работа с архивом и клиническое обследование больного это основные методы, которые использовались в ходе работы. Участие приняли мужчины и женщины всех возрастных групп.

Результаты. Проанализировав истории болезни, результаты анализов лабораторных методов исследования и опираясь на заключение электронейромиографии, можно сделать вывод о различном течении патологического процесса, несмотря на то, что оба они относятся к демиелинизирующим заболеваниям периферической нервной системы. При синдроме Гийен-Барре присутствует белково-клеточная диссоциация и на электронейромиографии периферические нервы поражаются в основном по типу миелинопатии, а при диабетической полинейропатии в ликворе белково-клеточной диссоциации нет и на электронейромиографии поражение по типу аксономиелинопатии.

Таким образом, внимательное отношение к каждому такому больному, правильная тактика и диагностика повышают качество и количество жизни пациентов и позволяют избежать стойких остаточных явлений или даже летального исхода.

А.Е. Пятова*, Е.В. Киметова
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ
ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК С ДИСПЛАЗИЕЙ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: проф., д.м.н. И.А. Грибачева*

Актуальность. Несмотря на пристальный интерес к проблеме до сих пор в литературе недостаточно данных об особенностях течения ОНМК и реабилитации пациентов с фенотипическими проявлениями недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ). Среди множества существующих способов реабилитации лиц перенесших ОНМК, особого внимания заслуживает метод биологической обратной связи (БОС), который уже достаточно широко используется в медицине.

Цель. Изучение эффективности применения БОС у пациентов в раннем восстановительном периоде ОНМК,

Материалы и методы. В условиях городского центра реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения г. Новосибирска проведена реабилитация больных в раннем восстановительном периоде ОНМК (от 1 до 5 месяцев после инцидента) 54 пациентов (70,8% женщин и 29,2% - мужчин), средний возраст составил $54,6 \pm 5,3$ года, в числе которых оказалось 29 человек (58,3%) с нарушением дифференцировки соединительной ткани. Основными жалобами больных являлись: гемипарезы - в 91,8%, афатические нарушения - в 22,4%, головокружение - в 28,6%, снижение эмоционального фона - в 69,8% случаях. Согласно протокола исследования, 1-ю группу составили больные с НДСТ (29 чел.), а 2-ю без признаков дисплазии соединительной ткани (25 чел.).

Методы исследования включали: оценку неврологического статуса по стандартной методике (на момент поступления в стационар, на 10 и 21 сутки); МРТ головного мозга; ультразвуковую доплерографию экстра- и интракраниальных сосудов; функциональные тесты (шкала спастичности Ашфорта; индекс активности повседневной жизни Бартелл; тест для руки Френчай; степень инвалидизации по шкале Ренкина; шкала инсульта Национального института здоровья; динамометрия; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; шкала оценки психического статуса); изучение внешних фенотипических проявлений НДСТ (оценка гипермобильного синдрома по шкале Бейтона, оценка больших и малых Брайтонских критериев, оценка степени выраженности фенотипических проявлений НДСТ по шкале Л.А. Фоминой). Все пациенты получили стандартный объем лечебных, реабилитационных мероприятий.

Результаты. Увеличение мышечной силы в дистальном отделе верхней конечности в целом у пациентов с дисплазией соединительной ткани возросло в 1,8 раза, в то время, как у лиц без НДСТ - в 1,2 раза от исходного; у пациентов, которые получали курс реабилитации с применением БОС, увеличение мышечной силы в дистальном отделе верхней конечности в 2,3 раза было больше, чем у пациентов, которые не получали курс БОС. Снижение повышенного тонуса мышц, сгибателей предплечья и кисти при выполнении пассивных движений у пациентов 1-й группы отмечено в 1,6 раза, тогда как во 2-й группе - в 1,0 раза; у пациентов занимающихся с использованием БОС в 1,85 раза мышечный тонус был ниже, чем у пациентов не занимающихся при помощи методики БОС.

Заключение. Таким образом, эффективность метода БОС в сочетании с лечебно-реабилитационными мероприятиями значительно выше, чем лечебно-реабилитационные мероприятия без использования БОС. Также следует отметить, что у больных в раннем восстановительном периоде ОНМК с дисплазией соединительной ткани восстановление нарушенных функций и трудоспособности протекает быстрее, что может служить основанием для увеличения интенсивности реабилитационных мероприятий у пациентов данной группы.

А.Г. Тасенко

ВЛИЯНИЕ ЭПИТЕПЛОВЫХ НЕЙТРОНОВ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ГЛИОБЛАСТОМЫ IN VITRO

Кафедра нейрохирургии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. м. н., доцент В.В. Каныгин

Актуальность исследования. Во всем мире в последние годы отмечается значительный рост частоты первичных глиальных опухолей мозга, в особенности их злокачественных форм, среди которых доминируют злокачественные глиальные опухоли — мультиформные глиобластомы и анапластические астроцитомы.

Одной из актуальнейших задач в онкологии остается поиск новых подходов к лечению диффузных злокачественных опухолей головного мозга, а также множественных метастазов.

Проблема лечения больных со злокачественными глиальными опухолями остается в значительной степени нерешенной, а результаты — малоутешительными. К сожалению, при злокачественных глиальных опухолях до-

статочно редко удается стабилизировать опухолевый рост — средняя выживаемость не превышает 14 месяцев.

Перспективным подходом к лечению такого рода опухолей различной локализации является метод борнейтронозахватной терапии (БНЗТ).

В нашем исследовании в качестве источника нейтронов мы используем протонный ускоритель, борсодержащий препарат — ВРА (борфенилаланин).

Цель исследования. Оценить влияние эпитепловых нейтронов на жизнеспособность опухолевых клеток *in vitro*.

Задачи.

1. Оценить жизнеспособность культур при применении определенного типа пучка.
2. Обобщить полученные результаты.
3. Анализ результатов облучения тепловыми и эпитепловыми нейтронами культур глиальной ткани и культур клеток глиобластом с применением ВРА.

Материалы исследования. В ходе эксперимента использовались культуры неанаплазированной глиальной ткани (MRC-5) и культуры клеток глиобластомы (U87), инкубированные в растворе ВРА в течение 18 ч. Время облучения составляло 120 минут. В ходе каждого обучения были использованы 3 планшеты: I для облучения тепловыми (быстрыми) нейтронами, II для облучения с использованием эпитепловых (медленных) нейтронов и III — контрольная. В каждой планшете находились культуры глиальных и глиобластомных клеток с ВРА и без. Облучение проводилось с применением протонного ускорителя.

Результаты исследования. В ходе эксперимента была выявлена закономерность: снижение жизнеспособности клеток глиобластомы при использовании нейтронного пучка с применением ВРА на 1, 3 и 5 день после облучения в I планшете. Во II планшете применение ВРА и нейтронного пучка так же вызвало снижение жизнеспособности клеток. Четкой зависимости применения ВРА в культуре глиальных клеток не выявлено.

Выводы. Таким образом, в нашем эксперименте показано, что жизнеспособность клеток снижается незначительно в первые пять дней после их облучения потоком нейтронов (3,5 Зв).

Тест на клоногенность выявил токсичность быстрого пучка и увеличение цитопатического воздействия медленного пучка при наличии борфенилаланина.

А.Ю. Тимонин
**ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Б.М. Доронин*

Актуальность данной темы связана с важностью ранней диагностики легких форм когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией, предшествующих развитию инсульта и сосудистой деменции. Учитывая особенность нейронов головного мозга устанавливать новые связи и интегрироваться в новые системы, тем самым обеспечивая «церебральный резерв», можно сделать вывод, что появление даже легких когнитивных нарушений свидетельствует о серьезной декомпенсации и значительного органического поражения головного мозга. Раннее выявление легких когнитивных нарушений и проведение превентивного лечения может предупредить или замедлить развитие сосудистой деменции.

Цель исследования. Исследовать динамику когнитивных нарушений у больных с ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертензии и их влияние на функциональный исход инсульта.

Материалы и методы. Проведен анализ состояния когнитивных функций среди 30 пациентов в возрасте от 65 лет с артериальной гипертензией и ишемическим инсультом в анамнезе. Все пациенты были исследованы стационарно в отделении неврологии МУЗ ГКБ № 1 г. Новосибирска. Исследование проводилось с использованием шкалы краткого исследования психологического статуса (MMSE) и дополнительных нейропсихологических тестов. Так же, для опроса членов семьи и ухаживающих лиц, с целью ретроспективного анализа динамики когнитивных нарушений, был использован опросник функциональной активности (FAQ) и шкала повседневной активности (Lawton, Brody, 1969).

Результаты исследования. В результате исследования, у 73% пациентов с ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертензии были выявлены когнитивные нарушения легкой и средней степени. 16% больных оказались не способными набрать более 24 баллов по шкале MMSE, что в совокупности с не высокими результатами дополнительных нейропсихологических тестов позволяет предположить наличие деменции у этих пациентов. У 11% пациентов, перенесших инсульт, когнитивные нарушения выявить не удалось (>30 баллов по шкале MMSE), что можно объяснить высоким преморбидным уровнем вербальных функций у данных пациентов. Благодаря ретроспективному опросу больных, членов семьи и ухаживающих

лиц, среди лиц, как с умеренными, так и с более выраженными когнитивными нарушениями (набравшие менее 24 баллов) в 60% случаев было выявлено прединсультное снижение функциональной активности и когнитивные нарушения легкой степени. Последние обстоятельство позволяет сделать вывод о постепенном развитии когнитивного дефицита не связанного с инсультом. У пациентов с более высокими результатами тестирования прединсультных когнитивных нарушений не выявлено.

Вывод. Исследование показало, что в большинстве случаев, среди пациентов перенесших ишемический инсульт на фоне артериальной гипертензии и имеющие когнитивные нарушения средней и тяжелой степени имели и прединсультные нарушения когнитивных функций, однако, ни сами пациенты, ни члены семьи не придавали им значения и были выявлены только в ходе ретроспективного опроса. Таким образом, инсульт не является непосредственной причиной развития когнитивных нарушений, а лишь фактором усугубляющим их. Как показало исследование, наибольшая степень когнитивного дефицита коррелирует с наличием прединсультных нарушений. Можно сделать вывод, о неблагоприятном прогностическом значении прединсультных когнитивных нарушений для функционального исхода инсульта.

С.Т. Туякпаев, М. Хакимзода
**ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОБОЛОЧЕЧНЫХ
ГЕМАТОМАХ**

*Кафедра нейрохирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Рабинович С.С.*

Актуальность исследования. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в общей структуре травматизма составляют около 30–40%, а среди причин инвалидизации выходят на первое место. По данным отечественных авторов, частота черепно-мозговых травм составляет в среднем 3 – 4,5 случая на 1000 человек в год. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ ежегодно увеличивается на 2%. Пострадавшие с острыми внутричерепными оболочечными гематомами составляют от 36,5% до 48,8% среди госпитализированных со средней и тяжелой степенью ЧМТ. Выбор метода лечения острых внутричерепных оболочечных гематом (ОВОГ) определяется рядом факторов, изучение которых представляет существенный клинический интерес.

Цель исследования. Определить степень риска неблагоприятного исхода при лечении ОВОГ для обоснования тактики.

Задачи исследования: 1)определить факторы риска неблагоприятного исхода при ОВОГ.

2)уточнить тактику ведения пациентов с ОВОГ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 230 пациентов с ОВОГ за период 2012 -2013 г.г. в ГКБ № 1 и ГКБ № 34. Диагноз верифицирован клинически и по МСКТ. Рассчитывался вен-трикулокраниальный коэффициент (ВКИ) и коэффициент дислокации (КД) Клиническую стадию дислокации мозга устанавливали по классификации F.Plum,J..B.Posner (1986).

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациентов 48..лет. Мужчины составляли 75,6 %,. Уровень бодрствования по ШКГ у 55% составлял 13-15 баллов, у 18%-12- 9 баллов и в 27.% случаев менее 8 баллов. По данным МСКТ в 18% выявлены острые эпидуральные гематомы (ОЭГ), в 82% острые субдуральные гематомы. (ОСГ). Клиническая стадия острого дислокационного синдрома диагностирована в 78% случаев, причем на уровне среднего мозга-моста в 81%, на уровне продолговатого мозга в 19% случаев. Факторы высокого риска неблагоприятного исхода: ШКГ<8 баллов (:67%), мышечная атония и тонические судороги (21,9%), двухсторонний мидриаз, (35%), КД<-5 (78%), кровоизлияние в ствол мозга (93%) острый отек и вспучивание мозга во время операции (49%). Факторы умеренной степени неблагоприятного исхода: сочетание ушибов мозга и гематомы (88,3%), КД<-1-3 (87%), субарахноидальное кровоизлияние (34%), тяжелые внечерепные повреждения (29%) нарушения дыхания (12%) артериальная гипотензия (6%). Факторы слабой степени неблагоприятного исхода: возраст более 60 лет(17%,), артериальная гипертензия (3%), КД ≤-1.. Оперировано 168 пациентов: из которых с факторами высокой степени риска 88% пациентов, с факторами умеренной степени риска. 12%. Пострадавшие с факторами слабой степени риска лечилось консервативно.

Выводы:1)факторы риска неблагоприятного исхода при ОВОГ наиболее достоверно определяются по клиническим и МСКТ данным,

2)выбор метода лечения ОВОГ определяется наличием и динамикой дислокационного синдрома, с учетом факторов риска неблагоприятного исхода.

Е.В Фатеева, С.А. Владимиров, К.И. Поляков
**ВЛИЯНИЕ СУБНАРКОТИЧЕСКИХ ДОЗ КСЕНОНА НА
КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ P300 У
ПАЦИЕНТОВ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ**

*Кафедра неврологии, кафедра анестезиологии и реаниматологии
ФПК и ППВ*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н С.В. Васильев, к.м.н Р.Г. Валеев

Актуальность. Энцефалопатия возникает в результате нейродегенеративного повреждения клеток мозга. Вызванная повреждением глутаматная гиперактивация NMDA- рецепторов приводит к кальций - опосредованному каскаду, что ведет к внутриклеточному ацидозу и гибели нейрона. Ксенон (Xe) – антагонист NMDA-рецепторов. Он блокирует NMDA-рецепторы в самом начале каскада патологических реакций, что и является основой для применения его с целью нейропротекции. Исследование когнитивных вызванных потенциалов позволяет инструментально оценить степень улучшения когнитивной функции.

Цель исследования. Изучить влияние субнаркотических доз ксенона на когнитивную функцию у пациентов с энцефалопатиями. Определить особенности методики регистрации когнитивных вызванных потенциалов после воздействия субнаркотических доз Xe.

Материалы и методы исследования. Исследование когнитивной функции проводилось посредством регистрации когнитивных вызванных потенциалов (P300 ВП) до проведения ингаляции кислород - ксеноновой смеси и после окончания курса ингаляций. Концентрация Xe составляла 30 %, а время ингаляции 30 минут. Испытуемыми являлись 13 пациентов с энцефалопатиями различного генеза, умеренной степени тяжести. Оценивались два критерия – латентность (Lat) и амплитуда (Amp). Пациенты были разделены на группы по двум признакам: по времени регистрации ВП Р 300 с момента окончания курса (1 час (1 ч.), 2 дня (2 д.), 7-10 дней(7-10 д.); количества проведённых сеансов ингаляции Xe: 4, 7 и 10. Первая группа (10д. – 10сеан.) 2 человека, средний возраст 50 ± 2 года, средняя Lat до ингаляции Xe 289 ± 13 ms, после $260,8 \pm 13,25$ ms, средняя Amp до Xe $9,6 \pm 3,95$ мV, после $10,53 \pm 3,52$ мV. Вторая группа (1ч – 10сеан.) 2 чел. средний возраст $40,5 \pm 8,5$ года, средняя Lat до Xe $287,5 \pm 21$ ms, после $309,5 \pm 16,5$ ms, средняя Amp до Xe $13,72 \pm 1,67$ мV, после $9,79 \pm 1,9$ мV. Третья группа (2д. – 10 сеан.) 2 чел., средний возраст 51 ± 4 года, средняя Lat до Xe $217,6 \pm 6$ ms, после $343,25 \pm 2,75$ ms, средняя Amp до Xe $24,6 \pm 2,77$ мV, после $11,68 \pm 2,225$ мV. Четвёртая группа (10д. – 10 сеан.) 2 чел., средний возраст 50 ± 2 года, средняя Lat до Xe 289 ± 13 ms, после $260,75 \pm 13,25$ ms, средняя Amp до Xe $9,59 \pm 3,95$ мV, после $10,53 \pm 3,52$ мV. Для оценки результатов использовался статистический U-критерий Манна — Уитни.

Результаты. У испытуемых первой группы зарегистрирована положительная динамика: Amp $9,74 \pm 4,53\%$ и Lat $-9,77 \pm 0,08\%$ по сравнению с результатами до ингаляции Хе. У испытуемых второй группы выявлено повышение Lat $7,65 \pm 1,56\%$ и снижение Amp $-28,65 \pm 1,69\%$ ($p > 0,05$). У испытуемых третьей группы выявлено повышение Lat $7,69 \pm 4,01\%$ ($p > 0,05$) и снижение Amp $-28,97 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$). Испытуемые четвертой группы показали значительную положительную динамику относительно исходных значений Amp $9,74 \pm 4,53\%$ и Lat $-9,77 \pm 0,08\%$, а так же статистически достоверную (в зоне значимости - $U_{эмт}(0)$) динамику по отношению ко второй и третьей группам.

Выводы: 1) Курсовая терапия субнаркотическими дозами Хе оказывает положительный эффект на когнитивные ВП Р300. Это является основанием для использования Хе в лечении энцефалопатий. 2) Регистрация Р300 ВП не является целесообразной в период от 1 часа до 2 дней после ингаляции Хе, что является статистически достоверным в сравнении результатов 1 часа и 2-х дней с результатами испытуемых на 10-тый день с момента окончания курса. Это можно объяснить угнетением ксеноном электрических потенциалов головного мозга как минимум на срок в 2 дня.

Е.А. Ходыкин, Д.О. Храмов
**ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВАРИАНТОВ
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ НА КОГНИТИВНЫЕ
ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,
Ижевская государственная медицинская академия
Научный руководитель: д.м.н., проф. В.В. Поздеев,
к.м.н.,
асс. А.А. Малкова*

Цель: исследовать влияние современных вариантов анестезиологического пособия на когнитивные функции у детей школьного возраста.

Материалы и методы: обследованы когнитивные функции 40 детей в возрасте от 6 до 16 лет, поступивших в хирургический стационар БУЗ МЗ УР «РДКБ МЗ» г.Ижевска (10 девочек и 30 мальчиков). Впоследствии все дети были прооперированы под сбалансированной или тотальной внутривенной анестезией (ТВА). Физическое состояние оперированных детей по классификации ASA соответствовало I-II классу. Длительность операции в среднем составляла 36 мин. Всем больным выполняли премедикацию, включающую: парасимпатолитики (атропин), антигистаминные, бензодиазепины/опиоидные анальгетики в возрастных дозировках. У 18 больных для индукции и поддержки ТВА на время операции использовался кетамин в ком-

бинации с диазепамом. В 22 случаях сбалансированной анестезии - ингаляционные анестетики (галотан, севофлуран, изофлуран) с использованием лицевой или ларингеальной маски, либо эндотрахеальной трубки. Обследование когнитивного статуса проводили накануне операции и на 2-е сутки после оперативного вмешательства с помощью следующих методик: тест «5 слов», батарея тестов для оценки лобных дисфункций, символы и цифры, кубики Коса, переплетение линий, таблицы Шульте. Для определения достоверности применялся критерий Манна – Уитни.

Результаты: наиболее выраженные изменения были выявлены в показателях теста «5 слов» в группах, где применялись кетамин и севофлуран. Снижение отсроченного воспроизведения слов после операции, составило на 31,7% ($p < 0,01$) и 22,5% соответственно для каждого препарата. В группах, где использовались изофлуран и галотан, существенных изменений в результатах тестов после наркоза не наблюдалось.

Вывод: проведенные тесты показали достоверное снижение оперативной памяти (отсроченное воспроизведение) при ТВА с использованием кетамина и сбалансированной анестезии севофлураном.

Д.Н. Хуторов
**ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
У БОЛЬНЫХ С НЕКОТОРЫМИ СИСТЕМНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с клиникой,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им.акад. И.П.Павлова.*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.В. Шулешова

Введение. Иногда в повреждении позвоночника могут играть роль некоторые системные заболевания, вызывая изменения костно-суставного аппарата с развитием различной неврологической симптоматики.

Цель. Исследовать особенности поражения позвоночника при системных заболеваниях (ревматоидный артрит, подагра, псориаз, полиостеоартроз).

Материалы и методы. Проведен обзор медицинской литературы и ретроспективный анализ 21 истории болезни пациентов в возрасте от 50 до 80 лет ($66,6 \pm 8,4$), госпитализированных на неврологическое отделение №2 ГМПБ №2 в 2013 году с диагнозом ДДЗП, имеющих сопутствующую патологию - полиостеоартроз.

Результаты. В исследованной группе пациентов преобладали больные женского пола. Наиболее частый уровень поражения позвоночника - L1-L5

- 46,8%. У всех пациентов наблюдалось нарушение статики и динамики позвоночника, сочетающееся с артралгическим синдромом. По данным литературы - после 10 лет течения основного заболевания при ревматоидном артрите у 80% больных поражался шейный отдел позвоночника, а при подагре в 70% тофусы откладывались в поясничном отделе. Псориатическое поражение позвоночника встречалось у 20% больных псориатическим артритом.

Выводы. У больных с системными заболеваниями (ревматоидный артрит, подагра, псориаз, полиостеоартроз), необходимо учитывать возможность вовлечения в патологический процесс позвоночника, что важно при дифференциальной диагностике.

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

| | |
|--|----|
| <i>К.В. Акулова, О.В. Игнатьева, В.А. Лескова, А.С. Саранчин, В.В. Смолянская</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПРИ МАКРОСОМИИ ПЛОДА..... | 26 |
| <i>С.А. Гавриш</i> ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮ- ЩЕГО РАННЕГО ВЫКИДЫША | 27 |
| <i>В.Д. Анисимова, А.Н. Потапова, Н.В. Смирнова</i> ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ГБУЗ НСО НГПЦ ЗА 2011-2013 ГГ..... | 29 |
| <i>О.В. Арефьева, Е.А. Дубкова, Ю.А. Диреева, Ю.С. Тимофеева, Д.В. Махаева, А.В. Титенко</i> ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА СОМАТИЧЕСКИЙ СТА- ТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА | 30 |
| <i>И.С. Бородай, И.Н. Щербина, Муавия Салем Альмарадат</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... | 31 |
| <i>Н.А. Брындина, Т.И. Голубева</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВО- РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ И ВИДОВОЙ СОСТАВ <i>CANDIDA</i> В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ | 32 |
| <i>О.В. Владимирова</i> ВЕРИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ | 34 |
| <i>И.С. Власова, Н.А. Пацюк</i> ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ У ЖИТЕЛЬНИЦ АЛТАЙСКОГО КРАЯ | 35 |
| <i>А.С. Волкова, Е.А. Круглова, А.А. Кузьмин</i> ТРОМБОФИЛИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА..... | 36 |

| | |
|--|----|
| <i>И.В. Габдрахманова, О.Ю. Зубова</i> ОСТЕОПОРОЗ У ЖЕНЩИН ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА..... | 37 |
| <i>Д.А.Галкина</i> ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ РАВНОВЕСИЕ ПЛОДОВОЙ КРОВИ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ | 39 |
| <i>Т.И.Голубева, Н.А.Брындина</i> ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ КАНДИДОЗОВ У БЕРЕ- МЕННЫХ | 40 |
| <i>А.А. Гурина</i> НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛА ПЛОДА В АКУШЕРСТВЕ | 41 |
| <i>Х.С. Даудова, Т.А. Антонова</i> АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ | 43 |
| <i>А.И. Дедловская</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С САМОПРОИЗ- ВОЛЬНЫМ И НЕСОСТОЯВШИМСЯ ВЫКИДЫШЕМ В ПЕРИОД С 1990 ПО 2010 ГОДЫ | 44 |
| <i>Л.С.Джохадзе*, Ю.В Копылова*, А.П.Османова</i> РОЛЬ АНГИОГЕННОГО ДИСБАЛАНСА В ПАТОФИЗИОЛОГИИ ПРЕЭКЛАМП- СИИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ | 45 |
| <i>Л.С. Джохадзе*, А.П.Османова</i> АНГИОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОС- ТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ | 46 |
| <i>Ю.А. Диреева, Ю.С. Тимофеева, Л.А. Терджанян, Е.И. Литовченко, А.В. Титенко, И.А. Дубровин</i> ДИНАМИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК СТУДЕНТОК НГМУ | 48 |
| <i>Ю.А. Диреева, Е.А. Дубкова*, Ю.С. Тимофеева</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С СИНДРО- МОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ..... | 49 |
| <i>Е.А. Дубкова</i> ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ (КОК) НА УРОВЕНЬ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА (АМГ) В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЖ- ДЕВРЕМЕННОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ | 51 |
| <i>А.А. Дынник*, О.А. Заец</i> ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧ- НЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА | 52 |

| | |
|---|----|
| <i>С. Ю. Зайцева, А.И.Дедловская</i> ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ» И «МЕХАНИЗМОВ ГЕСТАЦИОННОЙ АДАПТАЦИИ» В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ..... | 53 |
| <i>А.О. Замятина, Е.А. Иванова, О.В. Меринова</i> ЭНДОМЕТРИОЗ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ | 54 |
| <i>И.А.Зубрилина, А.И.Подrezова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НО- ВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ..... | 56 |
| <i>И.А.Зубрилина, А.И.Подrezова</i> ВИДОВОЙ СОСТАВ ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ КАНДИДОЗНОМ ВА- ГИНИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ..... | 57 |
| <i>Н.Л. Иванова, А.С. Савченко</i> ГОРИЗОНТОВ НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ - ВРАЧ, ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ..... | 58 |
| <i>В.Ю. Казакова</i> АНАЛИЗ ОБЪЕМА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ | 60 |
| <i>Ю.В. Копылова, Е.В. Волкова, О.В. Макаров</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ПЛАЦЕНТАР- НОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С СЗРП..... | 61 |
| <i>Н.А. Короткая, Е.В. Горбунова</i> ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ..... | 62 |
| <i>Котельникова А. В.</i> СТРУКТУРА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЦЕР- ВИЦИТОМ | 64 |
| <i>А.Ю. Лядвин, С.В. Петров*, А.В. Хардииков</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ..... | 65 |
| <i>А.Ю. Лядвин, С.В. Петров*, А.В. Хардииков</i> ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАЗ- ЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ НЕОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... | 66 |
| <i>Ю.С. Мандрыгина</i> РОДРАЗРЕШЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ НАЛИ- ЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ..... | 68 |

| | |
|--|----|
| <i>Э.А. Маркова, О.А. Свитич, А.З. Хаишукоева, О.В. Макаров</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ФОТОДИНА- МИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА | 69 |
| <i>А.А. Наливайко, Е. В. Шмидтке</i> ПРЕДГЛАВДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛО- ЖНЕНИЙ | 70 |
| <i>Т.А.Перепелова</i> ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ | 72 |
| <i>А.И.Подрезова, И.А.Зубрилина</i> СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ | 73 |
| <i>А.М.Рахатаев., У.С. Солтанбекова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО СРЕДСТВА МЕЗОГЕЛЬ В ЭКСПЕ- РИМЕНТЕ | 75 |
| <i>М.В. Решетникова, З.Э. Фарзалиева, Е.В. Потехина, Н.М. Плющева</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БЕЗВОДНОМ ПРОМЕЖУТКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ | 76 |
| <i>С. А.Рябова*</i> РОЛЬ СКРЫТОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮ- ЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН | 78 |
| <i>М.М. Садыкова, А.М. Рамазанова</i> ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ | 79 |
| <i>Т.О. Семченко*, Д.Е. Ваулин*, Ю.К. Воронина, К.Ю. Сотникова</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ | 80 |
| <i>Т.С. Сигильетова</i> СЛУЧАЙ ФЛЕБОТРОМБОЗА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ | 81 |
| <i>М.А. Симухина</i> БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ | 83 |
| <i>Е.И.Скорбач</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИС ТЕРЭКТОМИИ | 84 |
| <i>Д.С. Спиридонов</i> ЭКСТРЕМАЛЬНО РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. ВЫБОР МЕТОДА РОДО РАЗРЕШЕНИЯ | 86 |

| | |
|---|-----|
| <i>Д.А. Ступин*, В.М. Васильева*, Д.А. Стержнева, А.Н. Селецкий</i> СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН | 87 |
| <i>Д.А. Ступин*, В.М. Васильева*, Д.А. Стержнева, А.Н. Селецкий</i> КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН | 88 |
| <i>Ю.С. Тимофеева</i> ЭКСПРЕССИЯ ПРОТЕОГЛИКАНА ДЕКОРИНА В ЭНДОМЕТРИОПОДОБНОЙ ТКАНИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ | 90 |
| <i>Ю.С. Тимофеева</i> МАРКЕР МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ДЕКОРИН В ПАТОМОРФОГЕ- НЕЗЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ | 91 |
| <i>Ю.С. Тимофеева, Ю.А. Диреева</i> АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ | 93 |
| <i>А.М. Труфанова</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОК НГМУ | 94 |
| <i>Ю.А. Тюрюханова, Ч.И. Даваа, О.А. Сухачева, А.Ю. Реймер</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С ОСТРЫМ И ХРОНИ- ЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ | 95 |
| <i>В.С. Флорова, Д.С. Барановский, В.А. Мочалов</i> ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИНЫ | 97 |
| <i>И.З. Хамзин, А.О. Иванищук, О.В. Шабрина, Е.В. Кавтеладзе, Л.С. Булатова, Е.А. Садовникова</i> ШКАЛА СЕРОГО ЦВЕТА (MEAN GREY VALUE) - НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭХО- ГЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ | 98 |
| <i>Н.Б. Чабанова*, Т.А. Дацковская*, Т.Н. Фарзалиева, Ю.Э. Гудишмидт</i> АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РОЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА | 99 |
| <i>А.М. Чернова</i> ЛЕЧЕБНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» И ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ | 100 |
| <i>Е. В. Шмидтке, А.А. Наливайко</i> АКУШЕРСКИЙ РАЗГРУЖАЮЩИЙ ПЕССАРИЙ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ИСТИМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МНОГОПЛОД- НОЙ БЕРЕМЕННОСТИ | 101 |

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

| | |
|--|-----|
| <i>Б.К. Абдуллина, Е.О. Аубакиров, Ж.К. Базарбаева</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАТИНИБА МЕЗИЛАТА (ГЛИВЕК) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА | 104 |
| <i>К. Ю. Азарова, А. С. Рудомётова</i> ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ – ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА К ТЕРАПИИ ВЫБОРА | 105 |
| <i>К.А. Аршамян, Е.Ю. Вербицкая, А.В. Богомолова, А.А. Андреева</i> ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АБДОМИ- НАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ | 107 |
| <i>К.А. Астапенко, М.М. Агакишиев, Ё.Р. Ахмедов, Ю.В. Павленок, Т.Н. Бабаева</i> ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА В КОСТНОМ МОЗГЕ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА | 108 |
| <i>Т.Н. Бабаева*, О.Б. Серегина</i> РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО ГЕМОХРОМАТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВА- НИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ, ИМЕЮЩИХ ОТЯГОЩЕННЫЙ ГЕМОТРАНС- ФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ | 110 |
| <i>М.В. Батищева, Е.Ю. Крани, А.С. Будуева</i> БИОМАРКЕРЫ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ | 111 |
| <i>Ю.С. Бахарева</i> ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОИНФЕКЦИОННЫМИ ЭНДОКАРДИТАМИ | 113 |
| <i>Е.Ю. Вербицкая</i> СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СМЕРТНОСТЬ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ 45–69 ЛЕТ Г. НОВОСИБИРСКА, ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИ- ЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ | 114 |
| <i>А.С. Копнина</i> КЛИНИЧЕСКТЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА | 115 |
| <i>Т.М. Пилюгина</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ 2 ТИПА В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ | 117 |
| <i>Е.О. Алтеева</i> НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ 1 ТИПА И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ (ИНТЕРНЫ) | 118 |

| | |
|--|-----|
| <i>Д.С. Бредихина</i> ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ | 119 |
| <i>С.А. Булгакова</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИБОРА TН10TEST | 121 |
| ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ..... | 121 |
| <i>Д.М. Булумбаева</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ «САХАРНОГО ДИАБЕТА» В ЗАВИСИ- МОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ..... | 122 |
| <i>А.Е. Горелова, М.Ю. Ивлева</i> ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕ- НИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В КРОВИ И ТЕМ- ПЕРАМЕНТА | 123 |
| <i>А.Б. Дымбрылова</i> ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА..... | 125 |
| <i>О.Б. Жукова, М.П. Созинова</i> ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПЕ- РИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ..... | 126 |
| <i>Ю.Ф. Кононенко</i> ФАКТОРЫ РИСКА, ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТЯЖЕСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ..... | 128 |
| <i>А.С. Малышева</i> ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С КОМПЕНСИРО- ВАННЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА | 129 |
| <i>О.М. Павлова, А.С. Павлов</i> СИНДРОМ АПНОЭ ВО СНЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА | 130 |
| <i>О.С. Тарасенко*</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | 132 |
| <i>М.С. Войтко, Б.Ж. Касенова</i> МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ГЕНЕТИКА - ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? | 133 |
| <i>Е.С. Воронцова</i> ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕ- НИЙ ГБУЗ НСО «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №12» (ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) ЗА 2013 ГОД..... | 134 |

К.В. Гаврилов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬ-
НЫХ ХАРАКТЕ-
РИСТИК.....136

О.В. Гаврилова

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2 ТИПА137

К.А. Горбунова, Е.Ю. Калинина, Д.А. Русских, М.В. Корниенко

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АЛЕКСИТИМИИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ СОЧЕ-
ТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.....138

А.Е. Горелова, М.Ю. Ивлева

ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕ-
НИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I
I СТЕПЕНИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И СОДЕРЖАНИЯ КОР-
ТИЗОЛА В КРОВИ140

А.Е. Горишкова, А.А. Михайлова

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗА141

М. С. Грехов, Р. Р. Габдрахманов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕН-
ЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА142

Ю.В. Долгушина

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИСТИННОЙ
ПОЛИЦИТЕМИЕЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ЭРИТРОЦИТОЗОМ.....144

А.А. Дягилева, А.А. Борковская

Т – КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА КОЖИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....145

Р.В. Елина, А.А. Лазаренко, Ю.А. Кирьянова, Т.Н. Юрьева

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТО-
НИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....147

А.А. Завальникова, Э.И. Кискаева, Г.К. Гапурова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПА-
ТИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ.....148

О.А. Загорулько, М.В. Марченко

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКО-
ЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ТИРОЗИНКИНАЗЫ.....149

А.В. Звонкова, Е.В. Киметова

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕН-
ЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ.....151

| | |
|---|-----|
| <i>И.С. Исхакова, А.А. Лазаренко</i> ВЗАИМОСВЯЗИ ЛЕПТИНА И ПАРАМЕТРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА | 152 |
| <i>А.С. Капранов</i> ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 154 |
| <i>Ю.А. Кирьянова, Т.Н. Юрьева, Р.В. Елина, А.А. Лазаренко</i> ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ..... | 155 |
| <i>Э.И. Кискаева, Ю.С. Блум, Е.И. Дементьева</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ | 156 |
| <i>Э.И.Кискаева, А.А.Завальникова, Г.К.Гапурова</i> ОЦЕНКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА..... | 157 |
| <i>Е.М. Кобелев</i> ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ..... | 159 |
| <i>Е.В. Коростелева*</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ..... | 161 |
| <i>Е.Ю.Кранц, М.В.Батищева, А.С.Будуева</i> ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ | 162 |
| <i>В.И. Куликова</i> ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В г.НОВО- СИБИРСКЕ | 163 |
| <i>А.В. Лаврищева, А.В. Родионова</i> АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНОГО С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ..... | 165 |
| <i>Н.С. Леонтьева</i> ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХСН И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ | 166 |
| <i>М.В. Марченко, О.А. Загоруйко, А.А. Борковская</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ МИЕЛОФИБРОЗОМ | 167 |
| <i>Е. М. Мирошникова</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗЖОГИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ..... | 169 |

И.Е Моргунова

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.....170

И. Е Моргунова

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.....171

В.С. Овчинников, Р.В. Тарновский

ПОЛИМОРФИЗМ FC γ III РЕЦЕПТОРОВ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ.....173

А.Е. Опре, А. А.Размерица, Е. С. Шатохина

ЧАСТОТА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП174

*Е.В. Полежаева, М.А.Черепанова, Н.Е. Мякина**

НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ГЛИКЕМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭПИЗодОВ НОЧНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН.....175

К.И. Поляков, Н.О. Кузнецова, Е.В. Фатеева

КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АСПЕКТЕ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ177

К.А. Пученина

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.....178

А.Э. Рустамова, Е.А. Толстых

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. НОВОСИБИРСКА179

О.Е.Сердюк, А.В. Иваненко

СТЕРЕОТИП ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ181

О.Б. Серегина, Т.Н. Бабаева

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АГРЕССИВНЫМИ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ182

Е.А. Сокорева

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМПТОМОВ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА183

| | |
|--|-----|
| <i>Р.В. Тарновский В.С. Овчинников</i> АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАС- ТОЗАМИ..... | 185 |
| <i>Б.Т. Токтогазиев, Н.С. Леонтьева*</i> СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БО- ЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК | 186 |
| <i>К.А. Фризен, А.О. Иванинская, К.А. Виноградова, Н.И. Терещенко, О.М. Пальянова, Е.А. Цорн, А.Е. Чурина, Р.О. Килин, Е.С. Гричанова</i> СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА | 188 |
| <i>А. Д. Худякова, Т. О. Руденко</i> ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕ- НИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТЕПЕНИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КОЭФФИЦИЕНТА УТИ- ЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ И ТЕМПЕРАМЕНТА..... | 189 |
| <i>А.Д. Худякова, Т.О. Руденко</i> ВЕЛИЧИНА ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИ- ВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I СТЕПЕНИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ И ТЕМПЕРАМЕНТА..... | 190 |
| <i>А.И. Циберкин, Н.В. Тян</i> АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗ- НЬЮ СЕРДЦА | 192 |
| <i>М.А. Черепанова, Е.В. Полежаева, Н.Е. Мякина</i> ФЕНОМЕН «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН | 193 |
| <i>Е.С. Шабанова</i> ИНТЕНСИФИКАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ПРОГРЕССИРОВА- НИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА | 194 |
| <i>Д.Г. Шевченко, Д.А. Тосенко</i> ИНТЕРВАЛ QT У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН | 196 |

ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

| | |
|---|-----|
| <i>А.А. Арнаутова, Д.А. Бегмурдова, А.К. Белеткова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ- РЕАНИМАТОЛОГОВ | 198 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| <i>А.А. Артемов, О.С. Мокрушина</i> АНТИБИОТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ВОДОРАСТВОРИМЫХ СЕКРЕТИРУЕМЫХ МЕТАБОЛИТОВ ШТАММОВ БАКТЕРИИ <i>BACILLUS THURINGIENSIS</i> | 199 |
| <i>С.В. Богданов, Г.С. Купченко, С.А. Ледовских, Е.А. Мушкачев, Р.М. Нараев</i> ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ И ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИ- ЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВОСИБИРСКЕ | 201 |
| <i>В. В. Бойков</i> О ХИМИЧЕСКОЙ КОНТАМИНАЦИИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ | 202 |
| <i>С.Л. Веденчук</i> ВЛИЯНИЕ ПРОМЫШЛЕННЫХ ТВЕРДОФАЗНЫХ АЭРОЗОЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА | 203 |
| <i>А. О. Вигриянова, Я. Б. Санду</i> ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕ- МЫ У МУЗЫКАНТОВ–ДУХОВИКОВ | 205 |
| <i>М. С. Войтко, Б. Ж. Касенова</i> ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТ- СКИХ ДОМОВ | 206 |
| <i>Ю. К. Воронина, К. Ю. Сотникова</i> СОЦИАЛЬНО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ | 207 |
| <i>К.В. Гаврилов, А.Ю. Воробьев</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЦЕМЕНТНОЙ ПЫЛИ ВЫБРОСОВ ОАО «ИСКИТИМЦЕ- МЕНТ» НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ | 209 |
| <i>П.С. Даудова</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЙ И ОЦЕНКА ФАК- ТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ | 210 |
| <i>К. А. Захарова, И. Р. Долиашвили</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ И ОБРА- ЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ЗДОРОВЬЕ | 211 |
| <i>А.Ю. Иноземцева, И.В. Полстянкина</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ФАКТО- РА НА ЗДОРОВЬЕ ХИРУРГОВ | 212 |
| <i>Г. С. Калмыков</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОРДЫН- СКОМ РАЙОНЕ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ | 214 |
| <i>М. А. Квитко, О. А. Адер</i> ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ | 215 |

| | |
|--|-----|
| <i>А. А. Корольчук, В. С. Путьро, Е. В. Рычкова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ..... | 216 |
| <i>Н. А. Короткая, А. А. Саранина</i> ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА | 218 |
| <i>М. П. Кугай, Ю. В. Пузь, О. С. Чернова</i> К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ И ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ | 219 |
| <i>П.С. Кучина</i> БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ХВОЙНЫХ РАСТЕНИЙ | 220 |
| <i>К.Л. Лапишакова</i> ТЕХНОГЕННЫЕ АВАРИИ В НОВОСИБИРСКЕ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ..... | 222 |
| <i>Д. В. Лисихина, Ю. Д. Цокурова</i> АРОМАТОТЕРАПИЯ..... | 223 |
| <i>Н. Н. Лозова, М. П. Ефимова</i> ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ..... | 224 |
| <i>О.В. Луцик</i> ПОДОРОЖНИК БОЛЬШОЙ ИЗ АНТРОПОГЕННО НАРУШЕННЫХ МЕСТОБИТАНИЙ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ | 225 |
| <i>Д.Е. Максимов, М.Е. Овчинников</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАСВАЯ | 227 |
| <i>П.О. Маложон, В.А. Колеров, А.Н. Лоран</i> АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ..... | 228 |
| <i>А. В. Моргунова, М. Ю. Шантаза</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ..... | 230 |
| <i>Е.Б. Никитина</i> ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ВОДЫ РЕК НОВОСИБИРСКА | 231 |
| <i>Е.В. Полежаева М.А. Черепанова, А.А. Размерица</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ Г. НОВОСИБИРСКА..... | 232 |
| <i>М.Г. Полянина</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ Г. НОВОСИБИРСКА ПО ЖАЛОБАМ НАСЕЛЕНИЯ | 233 |
| <i>С.А. Попова, Р.А. Юрлов, А.В. Молчанова</i> ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ ТРУДА МОРЯКОВ ДАЛЬНЕГО ПЛАВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ САХАЛИНСКОГО МОРСКОГО ПАРОХОДСТВА..... | 235 |

| | |
|---|-----|
| <i>А.С. Сокол, Ю.Д. Сухорукова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ ФТОРА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ..... | 236 |
| <i>А.В. Титенко, А.В. Беспалов, Ю.А. Диреева</i> ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ВИДОВ РОДА ИВА В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ НИЗКИХ ДОЗ СЕРНИСТОГО ГАЗА. КУМУЛЯ- ЦИЯ SO ₂ РАСТЕНИЯМИ В ГОРОДСКИХ УСЛОВИЯХ | 238 |
| <i>Д.А. Углова, Е.В. Макеева, М.В.Петрова</i> ДИССОМНИЯ | 239 |
| <i>А. С. Усачева, С.А. Ледовских</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НОРМЫ УХОДА ЗА МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИН- ЗАМИ | 240 |
| <i>А. А. Черданцева, А. Ю. Протопопова</i> К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИЯХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДО- РОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. БЕЛОКУРИХИ И Г. НОВОСИБИРСКА..... | 242 |
| <i>Е. В. Янчук</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ВОДЫ ПОДЗЕМНЫХ ИСТОЧНИКОВ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 243 |

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

| | |
|---|-----|
| <i>В.Д. Анисимова, А.Н. Потапова, Н.В. Смирнова</i> СКРЫТЫЙ СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ | 245 |
| <i>О.Г. Артамонова, Е.И. Ерзина</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ У ДЕТЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 246 |
| <i>Д.А.Белова</i> ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ | 248 |
| <i>А.А. Бугримова*</i> ПОЗДНЯЯ КОЖНАЯ ПОРФИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИ- РУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С | 249 |
| <i>В. А. Винокурова, В. И. Куликова, К. И. Поляков</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ, ЗАРЕ- ГИСТРИРОВАННЫМИ У ЖИТЕЛЕЙ Г. НОВОСИБИРСКА В 2011 - 2013 ГГ..... | 250 |
| <i>М. Ю. Долгих</i> МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕС- КИХ СЛУЧАЕВ | 252 |

| | |
|--|-----|
| <i>П.Н. Дорохова</i> ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | 253 |
| <i>Е.С. Ерашкова, М.В. Корниенко, И. Ю. Мусаев</i> ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ НАРКО- ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ | 255 |
| <i>Т.А. Еремина*</i> ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ИМ- МУНОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА АНТИТЕЛА К ГЛИАДИНУ | 256 |
| <i>Я.Д. Желтикова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН. | 257 |
| <i>Е.Е. Мальченко</i> ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ ПСО- РИАЗА | 259 |
| <i>А. Ю. Протопопова, А. А. Черданцева</i> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЕГО ПРИДАТКОВ | 260 |
| <i>А.В. Титенко, А.В. Беспалов, Ю.А. Диреева</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМАМИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Т-КЛЕ- ТОЧНОЙ НЕСПЕЦИФИЦИРОВАННОЙ ЛИМФОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ | 261 |

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

| | |
|--|-----|
| <i>М.А. Богданова</i> ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСКОВ | 263 |
| <i>Н.А. Вермеличева, К.И. Киреева, А.М. Малахаткина</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В 2013 Г. В НОВО- СИБИРСКЕ И ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С 2012 Г. | 265 |
| <i>К.А.Виноградова, А.О.Иванинская, М.А.Иванова</i> СЛУЧАЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ЯПОНСКОГО И HERPES ZOSTER ЭНЦЕФА- ЛИТА У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА | 266 |
| <i>О.В. Владимирова</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ | 268 |

| | |
|---|-----|
| <i>С.Р.Галеева</i> ПРОБЛЕМА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ТУРИСТОВ | 269 |
| <i>К.Н. Грабетова</i> ФУЛМИНАНТНЫЙ ГЕПАТИТ В С БЛАГОПРИЯТНЫИ ИСХОДОМ | 270 |
| <i>К.О. Грицкова, О.М.Соловьева</i> ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ АКТИВНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА | 272 |
| <i>К.А. Иванова, Д.В. Шаньшин</i> КОНСТРУИРОВАНИЕ ФАГМИДНОГО ВЕКТОРА ДЛЯ ДИСПЛЕЯ ФРАГМЕН- ТОВ АНТИТЕЛ ЧЕЛОВЕКА ПРОТИВ ОРТОПОКСВИРУСОВ | 273 |
| <i>О.Ю. Зубова, Н.А. Свечков</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИ- РУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С 1Ь ГЕНО- ТИПОМ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АЛАНИНАМИНО- ТРАНСФЕРАЗЫ НА СТАРТЕ ЛЕЧЕНИЯ | 274 |
| <i>А.П.Каширина, А.Р. Хомушку, М.М. Кварцхава</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АМЕБИАЗА | 275 |
| <i>Т.М. Шогунбеков</i> СЛУЧАЙ ВИРУСНО-ПАРАЗИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ | 277 |
| <i>С.А. Южанина</i> РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ | 278 |

ИСТОРИЯ. СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

| | |
|---|-----|
| <i>И. Л. Бурнышев</i> ТРАДИЦИОННЫЙ БЫТ И КУЛЬТУРА ШОРЦЕВ | 280 |
| <i>К. И. Давлетова, Е. А. Рагозина, К. Н. Чиняева, У. Н. Сейфуллаева</i> ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ НАРКОМАНИИ В ОФИЦИАЛЬНОЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ РОССИЙСКОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА | 281 |
| <i>К. Ю. Иванилов</i> АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ВЕНГЕРОВСКОГО РАЙОНА | 283 |
| <i>П.Ю. Капустина, Т.А. Кузнецова</i> ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ | 284 |
| <i>К.А. Косачева</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТНОГО ПОДХОДА В РЕШЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ | 286 |

| | |
|---|-----|
| <i>Ю. А. Курносова</i> БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ ТИФА В Г. НОВНИКОЛАЕВСКЕ В 1919-1920 ГГ. | 287 |
| <i>В.А.Мисюркеев</i> ВКЛАД М.С. САФОНОВА В ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ СИБИРСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 288 |
| <i>А.Е. Мухин</i> ВЕРА НИКОЛАЕВНА ПОТАПОВА – ПЕРВЫЙ ДЕКАН ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НГМУ | 289 |
| <i>Е.С. Черкасова</i> ВЫПУСКНИКИ НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – УЧАСТНИКИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ | 291 |
| <i>А.В. Шурунова</i> ПРЕПОДАВАТЕЛИ И СОТРУДНИКИ НГМИ – УЧАСТНИКИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ | 292 |

ЛИНГВИСТИКА

| | |
|---|-----|
| <i>К. Г. Аладкина</i> ОБРАЗ ЧЁРНОГО ЧЕЛОВЕКА В ПОЭМЕ С. А. ЕСЕНИНА «ЧЁРНЫЙ ЧЕЛОВЕК» КАК ОТРАЖЕНИЕ ПСИХО-ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ АВТОРА | 294 |
| <i>А.В. Баранова</i> ОБЫДЕННОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОЗНАНИЕ В СЕМАНТИЗАЦИИ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНЕ | 295 |
| <i>Т.Д.Богачанова*</i> СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЕННОСТИ МЕТАЯЗЫКОВОГО СОЗНАНИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ СТИЛИЗАЦИЙ, СОЗДАННЫХ НА ОСНОВЕ РАССКАЗА М.М.ЗОЩЕНКО «АРИСТОКРАТКА») | 296 |
| <i>А. А. Богданова, Т.Г. Шинко</i> ПРИЗНАКИ МОТИВАЦИИ В НАЗВАНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ..... | 298 |
| <i>А. С. Вахабова, Д.У. Хайдаров</i> ФЕНОМЕНЫ «БОЛЕЗНЬ» И «ЗДОРОВЬЕ» В РУССКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ | 299 |
| <i>Р. В. Вердиев</i> РЕЧЕВОЕ МАНИПУЛИРОВАНИЕ СОЗНАНИЕМ В РЕКЛАМЕ (МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ)..... | 300 |
| <i>В.М. Гринвальд, О.А.Закиязанова</i> ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА | 301 |
| <i>Е.Н.Данько</i> ОБРАЗ ВРАЧА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ М.А.БУЛГАКОВА («СОБАЧЬЕ СЕРДЦЕ», «ЗАПИСКИ ЮНОГО ВРАЧА»)..... | 302 |

| | |
|---|-----|
| <i>М.С.Ермаков</i> РОЛЬ ЭПИТЕТОВ В ПОВЕСТИ М.А. БУЛГАКОВА «МОРФИЙ» КАК ОТРАЖЕ- НИЕ МИРОВОСПРИЯТИЯ АВТОРА-ВРАЧА | 303 |
| <i>Д.В. Изовский, И.С. Анохин</i> ЭТИМОЛОГИЯ ЛАТИНСКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ..... | 304 |
| <i>О. А. Колмакова</i> ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ В ЖЕНСКИХ ЖУРНАЛАХ..... | 306 |
| <i>A. Lazareva</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF ENGLISH LEVEL REQUIREMENTS FOR F OREIGN MEDICAL SPECIALISTS SEEKING MEDICAL LICENSING IN ENGLISH-SPEAKING COUNTRIES | 307 |
| <i>А.В. Никитенко, Ю.В. Веикурцева</i> СРАВНЕНИЕ АМЕРИКАНСКИХ, АНГЛИЙСКИХ И РУССКИХ АПТЕК. ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ | 308 |
| <i>А. С. Пуртов</i> ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ | 310 |
| <i>И.А. Савин</i> «РУССКИЙ» И «РОССИЙСКИЙ» В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕВОДА | 311 |
| <i>А.С. Силищева</i> БУКВЕННАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ АССИМИЛЯЦИЯ У ОБЩЕУПОТРЕБИ- ТЕЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ЗАИМСТВОВАНИЙ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА | 312 |
| <i>Е. В. Тихомирова, К. И. Давлетова</i> ОБЫДЕННОЕ СОЗНАНИЕ В СЕМАНТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ | 314 |
| <i>Т.А Тойдонова</i> ЦВЕТООБОЗНАЧЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ. СЕМАНТИКО- СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ | 315 |
| <i>С. Тошматов</i> ТОПОНИМИКА СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ТАДЖИКИСТАНА | 316 |
| <i>С.С. Федорова</i> ENGLISH LOANWORDS IN MEDICAL TERMINOLOGY | 318 |
| <i>Н. А. Чайко</i> УТОПИЯ И АНТИУТОПИЯ В ТВОРЧЕСТВЕ Е. ЗАМЯТИНА И Г. УЭЛЛИСА КАК ХУДОЖЕСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВОГО ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА УСТРОЙ- СТВА ОБЩЕСТВА..... | 319 |

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ. ОНКОЛОГИЯ

Н.В. Анисимов, И.К. Кылданов

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ МСКТ-АНГИОГРАФИИ И ДИГИТАЛЬНОЙ СУБТРАКЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ320

С.В. Бобухова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МРТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ321

А.А. Валентик, М.Е. Амелин,

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ323

А.В. Ванхальский, О.А. Ткачук

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТИПИЗМА В ЭПИТЕЛИИ ЖЕЛУДКА324

А.Н. Васильев, А.В.Лаврищева, Т.О.Руденко

ОРГАНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ.....325

А.Н. Васильев, Т.О. Руденко, А.В. Лаврищева

ОНКОМАРКЕРЫ СА 125, НЕ 4 В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ327

К.Н. Данилова, В.И. Напряшкина

МР-ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ328

И.В. Каракчиева

ВОЗМОЖНОСТИ РГ МЕТОДА И КТ В ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА329

В.В. Козлов

ВЛИЯНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....330

А.П. Кулиджанян, Бабаянц Е.В., Мансурова А.С.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ332

А.В. Лифанов, А.С. Бегенина, И.А. Суханов

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФУЗИОННОЙ КТ В НЕЙРООНКОЛОГИИ333

А.И. Ломакин

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ D2-40+- ЛИМФАТИЧЕСКИХ И CD34+-КРОВЕ-

| | |
|---|-----|
| НОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ..... | 334 |
| <i>Д.А. Масников, Ю.Н. Авдонина</i> | |
| ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ МСКТ-АНГИОГРАФИИ..... | 336 |
| <i>П.В. Медведев</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОСИДЕРОЗА ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИЕЙ | 337 |
| <i>М.Л. Степанова</i> | |
| НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА | 338 |
| <i>А.А. Селиванова, А.П.Омельянская.</i> | |
| СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ СУЗУНСКОГО РАЙОНА | 339 |
| <i>К.С. Тевс</i> | |
| СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ КОНФОРМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДИК С АКТИВНЫМ КОНТРОЛЕМ ДЫХАНИЯ (АВС)..... | 341 |
| <i>Ю.С. Тимофеева</i> | |
| ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ..... | 342 |
| <i>С.К.Шабанов, К.А.Виноградова</i> | |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ТКДГ И МСКТ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСЪЯ | 343 |
| <i>О. М. Шевченко*</i> | |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИИ ГЕНА BRCA1 У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ | 345 |
| <i>Е.А. Коротков</i> | |
| БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 346 |

МОРФОЛОГИЯ

| | |
|---|-----|
| <i>А.Ю.Алексеев*, Е. А. Хох*, Д.Н.Трошин, Д. М. Первойкин</i> | |
| ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА АКОНИТА ДЖУНГАРСКОГО НА РАЗВИТИЕ КАРЦИНОСАРКОМЫ WALKER-256 | 348 |
| <i>Г.А. Асеев, А.С. Виноградов, А.О. Кулишенко</i> | |
| ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНА GLANDULAE SUBMANDIBULARIS КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ И ВВЕДЕНИЕ МЕЛАТОНИНА..... | 349 |

| | |
|--|-----|
| <i>А.В. Баранова, Л.А. Монакова, А.П. Омелянская, Н.В. Хайнацкая, Н.А. Елясина</i> СЛУЧАЙ МЕТИЛМАЛОНОВОЙ АЦИДЕМИИ, ОПИСАНИЕ СОПУТСТВУЮ- ЩИХ ПАТОЛОГИЙ ВОЗНИКШИХ ВНУТРИУТРОБНО | 351 |
| <i>А.С.Безволенко</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ | 352 |
| <i>М.А. Белова, И.С. Анохин</i> КАРИОТИПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПРЕИМПЛАНТИЦИОННОЙ И ПРЕ- НАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА | 353 |
| <i>А. Я. Будник, Д. Ю. Федотова</i> ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ЕЕ СВЯЗЬ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ | 354 |
| <i>У.М.Гафуров, Н.Н. Абдуллоев, А.П. Омелянская, Г.С. Луппа, Л.А.Морозов</i> ПОДСЧЕТ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБО- ЛЕВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА..... | 355 |
| <i>С. Е. Гурбановский, Д. В. Скоморохова</i> АНАТОМО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЛАДОН- НОЙ ДУГИ | 356 |
| <i>К.Н. Данилова, В.И. Напрюшкина</i> МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ВВЕДЕ- НИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА | 357 |
| <i>М.С. Ермолаева</i> АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СКЕЛЕТА ИЗ КУРГАНА САРГАТ- СКОЙ КУЛЬТУРЫ ЯШКИНО-1 | 359 |
| <i>О. С. Исакова, А.С. Исакова</i> ВАРИАНТЫ ТОПОГРАФИИ СРЕДИННОГО НЕРВА НА КИСТИ В ЗАВИСИ- МОСТИ ОТ СОМАТОТИПА ЧЕЛОВЕКА..... | 360 |
| <i>А.А. Качалкова, О.В. Снопова</i> ПИЩЕВЫЕ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ДРЕВНЕГО НАСЕЛЕНИЯ БАРАБИНСКИХ СТЕПЕЙ ЭПОХИ НЕОЛИТ – БРОНЗА | 361 |
| <i>И.А. Кузь</i> УЧЕБНЫЙ ФИЛЬМ НА ТЕМУ «ВОСПАЛЕНИЕ» | |
| <i>С.Т. Матина, И. А. Матин, В.А Кухарева</i> СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕЛУДКА ПО ДАН- НЫМ ГКБ №1 ЗА 2011-2013 ГОДЫ..... | 364 |
| <i>Е.А. Оленев</i> ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕК- ЦИИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЁННЫХ | 365 |

А.Е. Опре

ЭКСПРЕССИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В
ПЛАЦЕНТЕ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ В СОЧЕТАНИИ
С ХРОНИЧЕСКИМ ПЛАЦЕНТИТОМ.....366

*А.А. Охотина, Е.С. Ситникова, М.С. Ломихина,
Н.А. Онуфриишина, А.А. Уварова*

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ АРТЕ-
РИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....367

Д.М. Первойкин, А.В. Малафеев

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА СТРУКТУРУ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА369

Д.П. Тамбовцева, А.А. Дюбченко, А.А. Батарева, А.В. Куликов

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ НСВ-
ИНФЕКЦИИ.....370

Б.Токтогазиев

УЛЬТРАСТРУКТУРА ПОЧЕК ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В УСЛО-
ВИЯХ ГОР371

А.А. Трапезников, М.В. Жахалов, Т.Н. Гладченко, Е.А. Оленев

МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОДРЕНАЖА ГОЛОВНОГО МОЗГА.....372

А.А. Трапезников, М.В. Жахалов, Т.Н. Гладченко, Е.А. Оленев

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО МЕТОДА ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ ГО-
ЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МОДЕЛИРОВАННОМ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ..374

М.В. Чекмазов, М.А. Долгих, О.И. Васильева, А.Н. Федотова

С.В. Остапец, Л.В. Литвинов
ОЦЕНКА СОМАТОТИПА У СОВРЕМЕННЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ375

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Д.Ю. Бакланова, В.В. Ложкин, Д.В. Капустин

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПО-
СОБОВ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
ПОЗВОНОЧНИКА377

А.И. Яруллина, Д.Ю. Бакланова

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕН-
ТОВ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....378

С.А. Владимиров, Е.В. Фатеева

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОНА В СУБ-
НАРКОТИЧЕСКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ.....380

| | |
|---|-----|
| <i>А. С. Гайтан</i> ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ 5-АЛК ИНДУЦИРОВАННОЙ ФЛУОРЕСЦЕН- ЦИИ НА БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ГЛИОБЛАСТОМ..... | 381 |
| <i>В. М. Джафаров, С. К. Шабанов</i> ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЯМЫХ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ В ОБЛАСТИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА | 382 |
| <i>П. В. Еремеев, С. А. Кузнецов, В. И. Муртазин</i> ПРИМЕНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СПИНАЛЬНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ | 384 |
| <i>Е.В. Киметова, А.В. Звонкова</i> ДАННЫЕ КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗ- ЛИЯНИЕМ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ..... | 385 |
| <i>О.В. Коновалова, Т.В. Шапиурина, Р.А. Нурисламова, Л.Н. Якаева</i> АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ | 387 |
| <i>К.Н. Данилова, В.И. Напряушкина</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ПОСЛЕРОДО- ВОМ ПЕРИОДЕ..... | 388 |
| <i>Т.Х. Агаева</i> ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНМК ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН | 389 |
| <i>М. А. Громаковская</i> МАЛЬФОРМАЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ВТОРИЧНЫЕ ПАРЦИАЛЬ- НЫЕ ЭПИЛЕПСИИ | 390 |
| <i>К.С. Доронина</i> ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ДИГНОЗОМ « БОЛЕЗНЬ МАРИ-ФУА-АЛАЖУАНИНА»..... | 392 |
| <i>С. О. Дрантусов, К. Р. Родионова</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИИ ПРИ БОКОВОМ АМИОТРОФИЧЕСКОМ СКЛЕРОЗЕ | 393 |
| <i>А.М. Кожоналиева, Г.К. Абитова, Н.Ш. Усенова</i> ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕС- КИХ РАССТРОЙСТВАХ | 394 |
| <i>Я.К. Лабецкий</i> ВЛИЯНИЕ МАКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СА- ХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА..... | 395 |

П.И. Литвиненко

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА396

Л.А. Манухина

ВЗАИМОСВЯЗЬ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ398

С.А. Мухина

НЕМОТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА399

Е.С. Петрущенко

РОЛЬ УРОВНЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ400

С.В. Цой

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА402

Е.А. Черномазова, А.М. Кожоналиева, Г.К. Абитова, Н.Ш. Усенова

ПРАВОПОЛУШАРНЫЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ403

Е.А. Черномазова, Г.К. Абитова, Н.Ш. Усенова

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОСТОЙ И АССОЦИИРОВАННОЙ МИГРЕНИ404

И.А. Степанов

ОПУХОЛИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА406

Е.В. Макеева, Д.А. Углова

РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ЭПИЛЕПСИИ407

О.М. Павлова, А.С. Павлов

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ408

К.А. Подкур, Ю.И. Тарасова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИИ- СИНДРОМА ГИЙЕН-БАРРЕ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА410

| | |
|--|-----|
| <i>А.Е. Пятова*, Е.В. Киметова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ | 411 |
| <i>А.Г. Тасенко</i> ВЛИЯНИЕ ЭПИТЕПЛОВЫХ НЕЙТРОНОВ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ОПУ- ХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ГЛИОБЛАСТОМЫ IN VITRO | 412 |
| <i>А.Ю. Тимонин</i> ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕС- КИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ | 414 |
| <i>С.Т. Туякпаев, М. Хакимзода</i> ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ТРАВМАТИЧЕС- КИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОБОЛОЧЕЧНЫХ ГЕМАТОМАХ | 415 |
| <i>Е.В. Фатеева, С.А. Владимиров, К.И. Поляков</i> ВЛИЯНИЕ СУБНАРКОТИЧЕСКИХ ДОЗ КСЕНОНА НА КОГНИТИВНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ P300 У ПАЦИЕНТОВ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ | 417 |
| <i>Е.А. Ходыкин, Д.О. Храмов</i> ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВАРИАНТОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПО- СОБИЯ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА | 418 |
| <i>Д.Н. Хуторов</i> ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С НЕКОТО- РЫМИ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ | 419 |

МАТЕРИАЛЫ
V Российской (итоговой)
научно-практической конкурс-конференции
студентов и молодых ученых
«АВИЦЕННА-2014»

ТОМ I

АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ

Компьютерная верстка: *И. А. Тимошенко*
Дизайн обложки: *Ю. В. Студеникина*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 02.04.2013. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 26,76. Тираж 120 экз. Изд. № 57/1с.

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
E-mail: sibmedizdat@yandex.ru
Тел.: (383) 225-24-29.

Отпечатано в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29