

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

X Международная научная медицинская конференция
«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

13 мая 2017

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ДЕСЯТОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

13 мая 2017 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам X Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 13 мая 2017 г. www.avicenna-idp.ru / Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинских наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И.

Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Кемерово 2017

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Содержание

1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ5
Галинская Н.С., Гостевич И.С., Становенко В.В.
2. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И АТЕРОСКЛЕРОЗА...7
Мотошко Т.С., Шуст О.Г.
3. ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....10
Мотошко Т.С., Полянская А.В.
4. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....14
Мотошко Т.С., Полянская А.В.
5. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖКТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ.....18
Трошина В.В., Митяева Е.В., Минасянц А.С.
6. СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТРОАОРТАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛПВ ВЕНОЗНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ.....20
Оборин А.А.
7. PHYSICAL ACTIVITY AS THE BASIS OF A HEALTHY LIFESTYLE IN THE YOUTH22
Valiyeva T. A., Tursunov F. N., Sabirmatova G.T. qizi

Галинская Наталья Сергеевна

Galinskaya Natalya Sergeevna

студент 5 курса лечебного факультета УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Гостевич Илья Сергеевич

Gostevitch Ilya Sergeevich

студент 5 курса лечебного факультета УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

E-mail: ilya.gostevich.555@mail.ru

Становенко Вячеслав Валентинович

Stanovenko Vyacheslav Valentinovich

научный руководитель, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

УДК 616.329-089.844:616.26:616-007.43

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIAS

Аннотация: В статье проанализированы особенности и результаты хирургического лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в Витебской областной клинической больнице. Большинство пациентов составляют лица женского пола. Среди пациентов с установленным диагнозом чаще всего встречается скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Пациентам были выполнены эзофагофундопластика по Белси, лапароскопическая фундопликация по Тупе, приведшие к выздоровлению.

Abstract: The article analyzes the features and results of surgical treatment of patients with hiatal hernias in the Vitebsk Regional Clinical Hospital. Most patients are female. Among patients with established diagnosis, a sliding hernia of the esophageal opening of the diaphragm is most common. The patients underwent esophagofundoplasty for Belsi, laparoscopic fundoplication according to Tupe, which led to recovery.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хирургическое лечение, результаты.

Key words: hiatal hernia, surgical treatment, results.

Введение.

По современным данным грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) занимает второе-третье место среди других гастроэнтерологических заболеваний [1; 2]. Она развивается в результате растяжения соединительнотканной мембраны вблизи физиологических отверстий, которая в норме герметично отделяет грудную полость от брюшной.

Под грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) понимают смещение в средостение (заднее) желудка его части или другого органа из брюшной полости, при этом грыжевыми воротами является пищеводное отверстие диафрагмы.

В настоящее время нет единой классификации ГПОД. Наиболее часто встречаемые варианты диафрагмальных грыж — это скользящая (аксиальная) грыжа пищевода (около 90% случаев) и параэзофагеальная грыжа (около 15% случаев).

Основными методами диагностики являются: рентгенография (газ и горизонтальный уровень жидкости на фоне тени сердца; перемещение желудка выше уровня диафрагмы в положении Тренделенбурга), ФГС — уменьшение расстояния от передних резцов до кардии; уменьшение длины абдоминального отдела пищевода; наличие грыжевой полости; наличие «второго входа» в желудок; зияние кардии или неполное ее смыкание; пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод; рефлюкс желудочного содержимого в пищевод; сегментарная дилатация пищевода (в области 9 сегмента); отсутствие или слабая визуализация, размытость Z- линии; уплощение складки кардиоэзофагального перехода (при инверсионном осмотре кардии); сглаженность угла Гисса (при инверсионном осмотре кардии).

При обнаружении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, проводится в основном консервативное лечение. При наличии осложнений необходимо хирургическое вмешательство.

Цель. Произвести анализ особенностей и результатов хирургического лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, поступивших в Витебскую областную клиническую больницу (ВОКБ).

Материалы и методы исследования. Изучены медицинские карты 40 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, находившихся на лечении в хирургическом отделении ВОКБ с 2008—2016 гг.

Результаты исследования. За последние 9 лет в ВОКБ было проведено хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы у 24 женщин (60%) и 16 мужчин (40%) в возрасте от 32 до 80 лет. Средний возраст женщин составлял 58,7 лет, мужчин — 52,8 лет. Исследование показало, что у женщин данное заболевание встречается чаще, чем у мужчин. В таблице 1 представлено распределение пациентов по полу и возрасту.

Таблица 1. Распределение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы по возрастным группам.

Пол	Возрастные группы (в годах)						Всего	%
	30—40	41—50	51—60	61—70	71—80			
Мужчины (чел.)	5	3	2	4	2	16	40	
Женщины (чел.)	3	1	12	5	3	24	60	
Всего	8	4	14	9	5	40	—	
%	20	10	35	22,5	12,5	—	100	

Большинство пациентов находилось в возрасте от 51 до 60 лет (35%). В трудоспособном возрасте было 23 пациента (57,5%).

Анализ медицинских карт пациентов показал, что среднее количество проведенных койко-дней в стационаре после операции по Белси — 18,1 дней; после операции по Тупе — 19,3. При поступлении в больницу пациенты жаловались на боли в эпигастрии, боли за грудиной, изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту, срыгивание. Всем больным было проведено обследование функционального состояния дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем: электрокардиография (ЭКГ), рентгенография органов грудной и брюшной полости, ФГДС, общий и биохимический анализ крови.

В ходе обследования обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 38 пациентов, параэзофагеальная грыжа у 2 пациентов.

Сочетание ГПОД с другими заболеваниями органов брюшной полости было обнаружено у большинства пациентов и представлено в таблице 2.

Таблица 2. Сочетание ГПОД с другими заболеваниями органов брюшной полости.
 Пояснение: у 2 пациентов наблюдалось сочетание нескольких заболеваний.

Заболевание	Число больных
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	4
Острый калькулезный холецистит, ЖКБ	6
Острый гастродуоденит	3
Эрозивный эзофагит	15
Эрозивный гастрит	1

Пациентам в плановом порядке была выполнена эзофагофундопластика по Белси — 21, лапараскопическая фундопликация по Тупе — 19.

После эзофагофундопластики по Белси были рецидивы у 4 пациентов, после лапараскопической фундопликации по Тупе у 3 пациентов.

Для того, чтобы оценить отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, мы разработали анкету и отправили ее пациентам.

Анализ ответов мы проводили, придерживаясь следующих критериев.

Результаты мы считали хорошими, если полностью исчезала картина клинического заболевания, отсутствовали жалобы (на изжогу, боль и др.).

Результаты считали удовлетворительными, когда после лечения наступало значительное улучшение, но оставались или возникали те или иные нарушения пищеварения, были жалобы (на изжогу, боль, срыгивание пищи при наклонах туловища). Выявленные нарушения не оказывали существенного нарушения на трудоспособность больных.

Результаты считали частично удовлетворительными, когда лечение не привело к существенному улучшению, и больным было повторно проведено оперативное вмешательство.

Отдаленные результаты после оперативного лечения были изучены у 40 пациентов, из них со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы — у 38, с параэзофагеальной грыжей — у 2. При выписке оказалось, удовлетворены результатами операции 33 (82,5%) пациента, частично удовлетворены результатами операции 7 (17,5%) пациентов.

Выводы.

1. В ходе исследования было выяснено, что среди пациентов с ГПОД чаще всего встречается скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

2. Чаще ГПОД встречалось у женщин в возрасте от 51 до 60 лет (35%).

3. Пациентам, поступившим в ВОКБ с диагнозом ГПОД были выполнены эзофагофундопластика по Белси, лапараскопическая фундопликация по Тупе, приведшие к выздоровлению.

4. По данным анкетирования удовлетворены результатами операции 33 (82,5%) пациента, частично удовлетворены результатами операции 7 (17,5%) пациентов.

Библиографический список:

1. Вахтангишвили, Р.Ш. Гастроэнтерология : заболевания пищевода / Р. Ш. Вахтангишвили, В.В. Кржечковская. — Ростов н/Д : Феникс, 2006. — 477 с.

2. Гришин, И.Н. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюксная гастроэзофагеальная болезнь / И.Н. Гришин. — Минск : Вышэйшая школа, 2007. — 221 с.

Мотошко Татьяна Сергеевна

Motoshko Tatyana Sergeevna

Студент 5 курс

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

E-mail: tanya.motoshko@mail.ru

Шуст Олег Григорьевич

Shust Oleg Grigirievich

канд. мед. наук, доцент кафедры патологической физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

УДК 613.84

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И АТЕРОСКЛЕРОЗА

THE EFFECT OF SMOKING ON THE DEVELOPMENT OF MIO-CARDIAL INFARCTION AND ATHEROSCLEROSIS

Аннотация: Работа посвящена серьезнейшей проблеме современного общества - курению и влиянию компонентов табачного дыма на сердечно-сосудистую систему. Используются литературные источники и материалы собственных исследований. Показаны механизмы действия продуктов сгорания табака и установлен дозозависимый эффект курения на возникновение инфаркта миокарда, а также развитие тяжести его осложнений с прогрессированием атеросклероза. Предложены возможные перспективы практического использования полученных результатов исследования.

Abstract: The work is devoted to serious problems of modern society - smoking and the influence of the components of tobacco smoke on the cardiovascular system. Used literature sources and materials of their own research. The mechanism of action of the combustion products of tobacco and set a dose-dependent effect of smoking on the occurrence of myocardial infarction and the development of the severity of its complications with the progression of atherosclerosis. The possible prospects for the practical use of the results of the study.

Ключевые слова: курение, инфаркт миокарда, атеросклероз.

Key words: smoking, myocardial infarction, atherosclerosis.

Курение - социальная проблема общества, как для курящей, так и для некурящей его части. Для первой – проблема бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, тем самым сохранить свое здоровье. В Республике Беларусь 45% населения курят. Из них, к сожалению, не только мужчины, но женщины и даже дети. Смертность из-за осложнений курения составляет 40-60%, что обусловлено быстрым прогрессированием заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые занимают первое место по заболеваемости и смертности. Заболевания сердца у курильщиков со стажем встречаются в 3-4 раза чаще, чем рак легких!

Целью настоящего исследования было изучить влияние курения на инициацию инфаркта миокарда и зависимость частоты его развития от продолжительности курения, взаимосвязь курения и атеросклероза.

Задачи

1. Выяснить непосредственное влияние курения на сердце.
2. Изучить механизмы влияния курения на сердечно-сосудистую систему.
3. Установить зависимость между курением и развитием атеросклероза.

Результаты исследования

В результате каждой выкуренной сигареты на организм действуют продукты сгорания табака, основное влияние оказывают никотин и СО.

К главным механизмам этого влияния относят: эндотелиальную дисфункцию, активацию влияния СНС на сердце, прогрессирование атеросклеротического процесса, изменение реологических свойств крови, повышение в крови уровня СО и карбоксигемоглобина [1].

Основной фармакологический эффект никотина заключается в его взаимодействии с N – холинергическими рецепторами синапсов. Первичный эффект на эти рецепторы является агонистическим, вторичный – блокирующим. Оба эффекта формируют толерантность к табакокурению [2].

У людей со стажем курения более десяти лет диагностируют нарушение метаболизма липидов атерогенного характера: повышение уровня общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, увеличение концентрации липидных перекисей, снижение уровня ЛПВП [3].

При длительном курении имеют место хроническая гипоксемия, которая возникает в результате усиленного атерогенеза в бассейне коронарных сосудов, увеличения адгезивности тромбоцитов, нарушения процессов фибринолиза крови. Оксид углерода влияет на мышечную ткань сердца, проникая в каждую клетку миокарда, и под его воздействием повреждаются миофибриллы сердца.

Помимо того, доказано, что экстракт сигаретного дыма снижает активность NO-синтазы и продукцию NO клетками эндотелия, в то же время, стимулируя продукцию активных соединений кислорода.

Итак, для того, чтобы сердце работало нормально, поступление кислорода и крови к нему по сосудам не должно быть ничем затруднено. А курение именно так и действует на сосуды: повреждает, изнашивает, сужает и закупоривает.

Для характеристики повышенного риска инфаркта миокарда и внезапной остановки сердца вследствие поражения венечных сосудов указываются следующие причины, вызванные действием никотина.

- Никотин ведет к напряжению (стрессу) сердца за счет увеличения АД и частоты сердечных сокращений.
- Карбоксигемоглобин вызывает снижение способности сердца отвечать на стресс путем снижения поступления кислорода к миокарду и снижения силы сокращений.
- Карбоксигемоглобин увеличивает тенденцию к возникновению тромбозов благодаря увеличению агрегации тромбоцитов и стимуляции эритропоэза, что ведет к увеличению вязкости крови.
- Курение увеличивает вероятность развития аритмий.

При осмотрах пациентов и анализе архивных историй болезней установлено, что состояние их сердечно-сосудистой системы напрямую зависит от курения, его длительности и интенсивности. С увеличением числа выкуриваемых сигарет в день, увеличивалась частота приступов болей в сердце. Выявлено нарушение липидного обмена, более быстрое прогрессирование атеросклероза. 85% инфарктов миокарда наблюдались у курящих людей. И тяжесть их осложнений была гораздо выше.

Интересная информация о курении

Каждая выкуренная сигарета увеличивает частоту сердечных сокращений на 10-20 ударов в минуту, с учетом того, что эффект от полученного никотина действует приблизительно в течение 10-15 минут, нетрудно рассчитать число сокращений, которое сердце должно дополнительно совершить, чтобы обеспечить нормальную работу организма. Так, если человек выкуривает по пачке сигарет в день, за год его сердце совершит на 2 000 000 сокращений больше, чем могло бы совершить в норме. Из полученных цифр можно сделать вывод, что перегрузка сердца, в частности миокарда – очевидна.

Также если никотин, содержащийся в одной сигарете ввести человеку внутривенно, то смертельный исход неизбежен.

Еще одним фактом является то, что величина образующихся под воздействием табачного дыма тромбов напрямую зависит от того, сколько времени прошло от последнего курения.

Многие курильщики думают, что бросив курить, они уже не исправят ситуацию, потому как имеют слишком большой стаж. Однако это неверно. Доказано, что если человек бросает курить, все

показатели отклонения нормальной жизнедеятельности его организма приходят в норму в течение нескольких месяцев, и если человек не курит хотя бы год, риск сердечных заболеваний снижается вдвое. А если человек продолжает курить после перенесенного инфаркта, он тем самым ускоряет его повторение.

Курящим людям необходимо знать, что, помимо основных компонентов табачного дыма, поступает в их организм. Помимо никотина, СО и смол, в организм поступают такие компоненты, как ацетон (содержится в средстве для удаления лака с ногтей), кадмий (высокотоксичный металл, используемый в аккумуляторных батареях), цианид (применялся в газовых камерах), мышьяк (известный яд), формальдегид (используется для консервации тел умерших), аммоний (содержится в средствах для чистки туалетов). Именно благодаря этим компонентам обусловлены некоторые эффекты влияния табачного дыма на организм. Так, например, они связываются с ферментными системами, которые регулируют нормальный метаболизм липидов атерогенного характера. В результате блокирования этих ферментов липиды не могут транспортироваться в печень, и остаются в кровеносном русле и стенке сосуда, что приводит к прогрессированию атеросклеротического процесса.

Выводы

1. 85% инфарктов миокарда наблюдались у курящих людей (из всех инфарктов, в том числе умерших после него).
2. При увеличении количества сигарет увеличивалась частота приступов болей в сердце.
3. Тяжесть осложнений инфаркта миокарда была достоверно выше у курящих пациентов, чем у некурящих.
4. Уровень холестерина в крови был достоверно значительно выше, и дислипидемия была более выражена у курящих, чем у некурящих.

Библиографический список:

1. Бримкулов, Н.Н. Комплексная оценка никотиновой зависимости с использованием опросников и измерением концентрации оксида углерода в выдыхаемом воздухе / Н.Н. Бримкулов, Д.В. Винников, Р.А. Чолурова // Терапевтический архив. – 2004. – № 1. – С. 53 – 58.
2. Сахарова, Г.М. Лечение табачной зависимости / М.Г. Сахарова, А.Г. Чучалин // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т.9. – № 5 – С. 168 – 171.
3. Готто, А.М. Развитие концепций дислипидемии, атеросклероза и сердечно – сосудистых заболеваний / А.М. Готто // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 17. – С. 1259 – 1264.

Мотошко Татьяна Сергеевна
Motoshko Tatyana Sergeevna

Студент 5 курс

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

E-mail: tanya.motoshko@mail.ru

Полянская Анна Валентиновна

Polyanskaya Anna Valentinovna

Канд. мед. наук, доцент 2-й кафедры внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

УДК 616-002.78

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

EVALUATION OF COMORBIDITY IN PATIENTS WITH GOUT AND ARTERIAL HYPERTENSION

Аннотация: Подагра в настоящее время является важной социальной проблемой. В зависимости от степени своей тяжести, она приводит к снижению качества жизни пациента. Это может быть обусловлено как основным заболеванием (острая или хроническая подагра), так и сопутствующей патологией, частота которой при подагре очень высока. Наличие артериальной гипертензии (АГ) при подагре усугубляет состояние пациента и приводит к более быстрому прогрессированию различных заболеваний, которые у пациентов с подагрой весьма разнообразны.

Abstract: Gout is currently important social problem. Depending on the degree of its severity, it leads to a decrease in the quality of life of the patient. This may be due to the underlying disease (acute or chronic gout) and concomitant pathology of gout is very high. The presence of arterial hypertension (AH) for gout worsens the condition of the patient and leads to faster progression of different diseases that patients with gout are very diverse.

Ключевые слова: Подагра, артериальная гипертензия, сопутствующая патология.

Keywords: Gout, arterial hypertension, comorbidity.

Введение

В настоящее время подагра рассматривается как один из факторов, усугубляющих нарушения липидного и углеводного обменов, и приводящих к развитию артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), ожирения, сахарного диабета (СД), хронической почек (ХБП) и других заболеваний. Метаболический синдром рассматривается как независимый фактор риска атерогенеза [1–6]. По данным Н. К. Choi и соавторов [3], этот синдром был выявлен у 62,8 % пациентов с подагрой. Наличие метаболического синдрома, висцерального ожирения и АГ приводит к серьезному нарушению работы организма и поражению органов-мишеней, главным образом, таких, как сердце и почки.

Основной раздел

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с подагрой и АГ, находившихся на лечении в ревматологическом отделении УЗ «9 городская клиническая больница» г. Минска в 2015 – 2016 гг. Оценивались данные анамнеза и индивидуальные особенности пациентов.

В выборку вошли 72 истории болезни пациентов с подагрой и АГ, что составило 80,9 % от всех пациентов с подагрой, проходивших лечение в ревматологическом отделении УЗ «9 городская клиническая больница» г. Минска в 2015 – 2016 гг. Среди пациентов с подагрой и АГ преобладали

мужчины (68 человек, 94,4 %), женщин было 4. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 10,6$ лет, в 73,6 % случаев это были пациенты в возрасте от 45 до 74 лет. Длительность подагры в среднем составила $10,8 \pm 8,3$ лет.

У исследуемых пациентов АГ была преимущественно II и III степени (см. табл. 1).

Таблица 1. Характеристика артериальной гипертензии у пациентов с подагрой

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
АГ I степени	6	8,3
АГ II степени	39	54,2
АГ III степени	27	37,5

Средняя длительность АГ у пациентов с подагрой составила – $17,3 \pm 13,4$ лет.

Поскольку гиперурикемия является независимым фактором риска атерогенеза, то при наличии у пациента подагры высока вероятность поражения различных органов и систем атеросклеротическим процессом, а при сочетании гиперурикемии с АГ эта вероятность увеличивается в разы. Об этой связи в нашем исследовании свидетельствует высокая частота сопутствующей ИБС и ХСН у пациентов с подагрой и АГ.

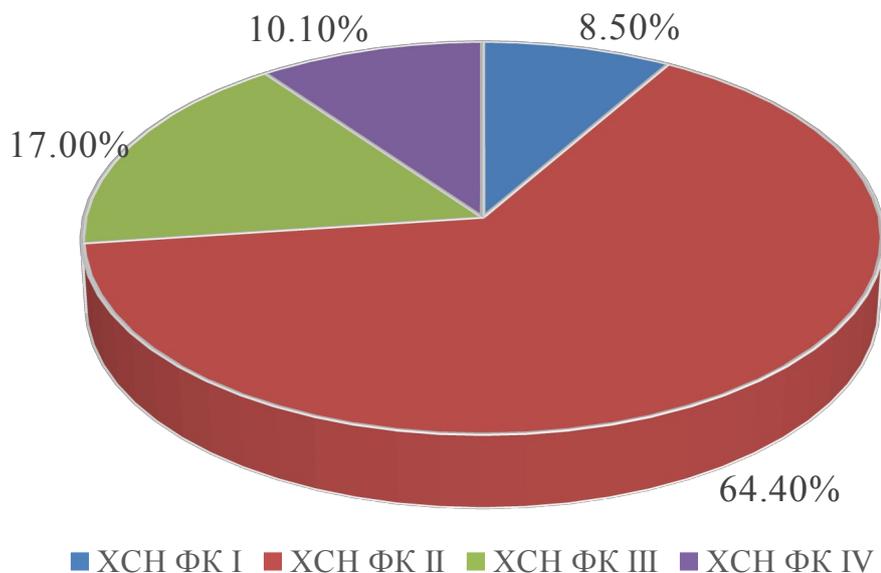
Так, например, из 72 пациентов 35 (48,6 %) имели ИБС, а у 59 (81,9 %) наблюдалась ХСН, как исход ИБС и АГ.

Таблица 2. Проявления атеросклероза и его осложнений у пациентов с подагрой и АГ.

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
Стенокардия напряжения	5	6,9
Атеросклеротический кардиосклероз	35	48,6
Инфаркт миокарда в анамнезе	7	9,7
ХСН	59	82

Большинство пациентов с подагрой и АГ (64,4 %) имели II ФК ХСН по Нью-Йоркской классификации (см. рис. 1)

Рис.1 Характеристика ХСН у пациентов с подагрой и АГ



Кроме того, пациентов с подагрой и АГ имелся СД 2 типа и, в соответствии с этим, различные осложнения этого заболевания (см. табл. 3).

Таблица 3. СД 2 типа и его осложнения у пациентов с подагрой и АГ.

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
------------	-----------------	---------------

СД 2 типа	15	20,8
Диабетическая полинейропатия	3	4,2
Диабетическая ретинопатия	3	4,2
Диабетическая нефропатия	2	2,8

В нашем исследовании была выявлена прямая низкая корреляционная связь между уровнем мочевой кислоты (МК) и глюкозы сыворотки крови ($r=0,288$, $p<0,001$). Вероятность достоверности результата по критерию Стьюдента – 99,9 %.

Поражение почек при подагре имеет весьма важное значение. Оно может быть обусловлено как самой гиперурикемией с развитием «подагрической почки», так и АГ, и СД.

Таблица 4. Поражение почек у пациентов с подагрой и АГ.

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
Мочекаменная болезнь	13	18,1
Диабетическая нефропатия	2	2,8
Подагрическая нефропатия	3	4,2
Смешанная нефропатия	7	9,7
Нефросклероз	2	2,8
Хроническая болезнь почек (ХБП):	17	23,6
ХБП 1	2	2,8
ХБП 2	3	4,2
ХБП 3а	5	6,9
ХБП 3б	4	5,6
ХБП 4	1	1,4
ХБП 5	2	2,8

Помимо гиперурикемии и АГ к развитию заболеваний органов-мишеней приводит наличие висцерального ожирения и избыточной массы тела. Частота наличия избыточной массы тела у пациентов выборки отражена в таблице 5.

Таблица 5. Частота избыточной массы тела у пациентов с подагрой и АГ

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
Избыточная масса тела	18	25,0
Ожирение I степени	45	63,0
Ожирение II степени	4	5,5
Ожирение III степени	3	4,0

Достоверная связь подагры и ожирения отчетливо отражена в нашем исследовании. Пациенты с подагрой и АГ имели преимущественно ожирение I степени (в 63 %). Так же велик процент наличия у них избыточной массы тела (в 25 %). Лишь у 2,5 % пациентов индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах нормы.

Была выявлена прямая средняя статистически значимая корреляционная связь между уровнем МК в сыворотке крови и ИМТ у пациентов с подагрой и АГ ($r=0,473$, $p<0,1$). Вероятность достоверности результата по критерию Стьюдента - 90 %.

Корреляционная связь между уровнем МК и липидами сыворотки крови (общий холестерин, триглицериды, липопротеины низкой плотности) в нашем исследовании не была установлена, так как критерий корреляции по методу рядов Пирсона был очень низким либо нулевым. Мы предполагаем, что такие результаты получены из-за приема пациентами статинов, а также приема аллопуринола, влияющего на уровень МК в сыворотке крови.

Заключение

АГ распространена у пациентов с подагрой в 80,9 % случаев. У большинства пациентов с подагрой АГ была II и III степени (в 54,2 % и 37,5 % соответственно). У пациентов имеется высокий

процент поражения сердца, ИБС – в 48,6 % случаев, ХСН – в 81,9 %. Преимущественно наблюдалась ХСН ФК II (у 64,4 % пациентов). СД был выявлен у 20,8 % пациентов. Выявлена прямая низкая статистически значимая корреляционная связь между уровнем МК и уровнем глюкозы в сыворотке крови пациентов с подагрой и АГ. У пациентов с подагрой и АГ в 18,1 % случаев имелась МКБ, в 23,6 % наблюдалась ХБП. У исследуемых пациентов имелась избыточная масса тела в 25,0 % случаев и ожирение I степени в 63,0 % случаев. Выявлена прямая средняя статистически значимая корреляционная связь между уровнем МК в сыворотке крови и ИМТ. Корреляционная связь между уровнем МК и липидами сыворотки крови (общим холестерином, триглицеридами, липопротеинами низкой плотности) не выявлена.

Библиографический список

1. Мухин, Н. А. Подагра: лики болезни / Н. А. Мухин // Современная ревматология. – 2007. – № 1. – С. 5–9.
2. Насонова, В. А. Подагра / В. А. Насонова, В. Г. Барскова // Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для врачей / под ред. В. А. Насоновой и Е. Л. Насонова. – М. : Литтерра, 2007. – С. 188–200.
3. Choi, H. K. Prevalence of the Metabolic syndrome in patients with gout: The Third National Health and Nutrition Examination Survey / H. K. Choi, E. S. Ford, C. Y. Li et al. // *Arthr Rheum.* – 2007. – Vol. 57, № 1. – P. 109–115.
4. Rho, Y. H. The Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Gout / Y. H. Rho, S. J. Choi, Y. H. Lee et al. // *J. Korean. Med. Sci.* – 2005. – № 20. – P. 1029–1033.
5. Sidiropoulos, P. I. Metabolic syndrome in rheumatic diseases: epidemiology, pathophysiology, and clinical implications / P. I. Sidiropoulos, S. A. Karvounaris, D. T. Boumpas // *Arthr Res Ther.* – 2008. – № 10. – P. 207–216.
6. Vazquez-Mellado, J. Metabolic syndrome and ischemic heart disease in gout / J. Vazquez-Mellado, C. G. Garsia, S. G. Vazquez et al. // *J. Clin. Rheumatol.* – 2004. – № 10 (3). – P. 105–109.

Мотошко Татьяна Сергеевна
Motoshko Tatyana Sergeevna

Студент 5 курс

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

E-mail: tanya.motoshko@mail.ru

Полянская Анна Валентиновна
Polyanskaya Anna Valentinovna

Канд. мед. наук, доцент 2-й кафедры внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

УДК 616-002.78

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH GOUT AND HYPERTENSION

Аннотация: Подагра – системное заболевание, клинически проявляющееся рецидивирующими острыми артритами или хроническим артритом, тофусами различной локализации, что обусловлено отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях у лиц с гиперурикемией (ГУ) [1]. Заболевание является наиболее частой причиной поражения суставов у мужчин среднего возраста, женщины страдают подагрой значительно реже мужчин. В зависимости от степени своей тяжести, подагра приводит к снижению качества жизни пациента. Это может быть обусловлено как основным заболеванием (острая или хроническая подагра), так и сопутствующими заболеваниями, частота которых при подагре очень высока. Одним из таких заболеваний является артериальная гипертензия (АГ). По данным разных авторов, частота АГ у пациентов с подагрой колеблется от 2 до 52%, а при сочетании подагры с метаболическим синдромом (МС) она увеличивается до 72% [2].

Abstract: Gout is a systemic disease, clinically manifested by recurrent acute arthritis or chronic arthritis, tophi of various localization, which is caused by deposition of crystals of sodium Manorama in various tissues in individuals with hyperuricemia (Hu) [1]. The disease is the most common cause of joint damage in men middle-aged women who suffer from gout much less men. Depending on the degree of its severity, gout leads to a decrease in the quality of life of the patient. This may be due to the underlying disease (acute or chronic gout) and comorbid diseases, the frequency of which gout is very high. One of such diseases is arterial hypertension (AH). According to different authors, frequency of AH in patients with gout varies from 2 to 52% and the combination of gout with metabolic syndrome (MS) increases to 72% [2].

Ключевые слова: Подагра, артериальная гипертензия, клиническая характеристика.

Keywords: Gout, arterial hypertension, clinical characteristics.

Введение

В данном исследовании хотелось бы представить пациентов, страдающих подагрой и артериальной гипертензией, а так же дать их клиническую характеристику.

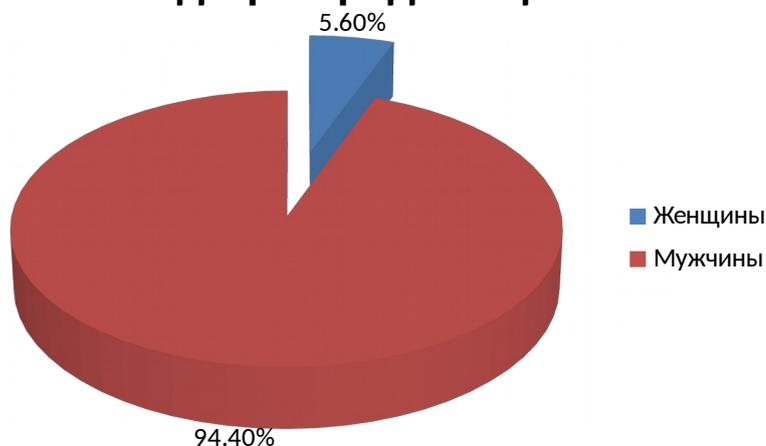
Основной раздел

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с подагрой и АГ, находившихся на лечении в ревматологическом отделении УЗ «9 городская

клиническая больница» г. Минска в 2015 – 2016 гг. Оценивались данные анамнеза и индивидуальные особенности пациентов.

В выборку вошли 72 истории болезни пациентов с подагрой и АГ, что составило 80,9 % от всех пациентов с подагрой, проходивших лечение в ревматологическом отделении УЗ «9 городская клиническая больница» г. Минска в 2015 – 2016 гг.. Среди пациентов с подагрой и АГ преобладали мужчины (68 человек, 94,4 %), женщин было 4.

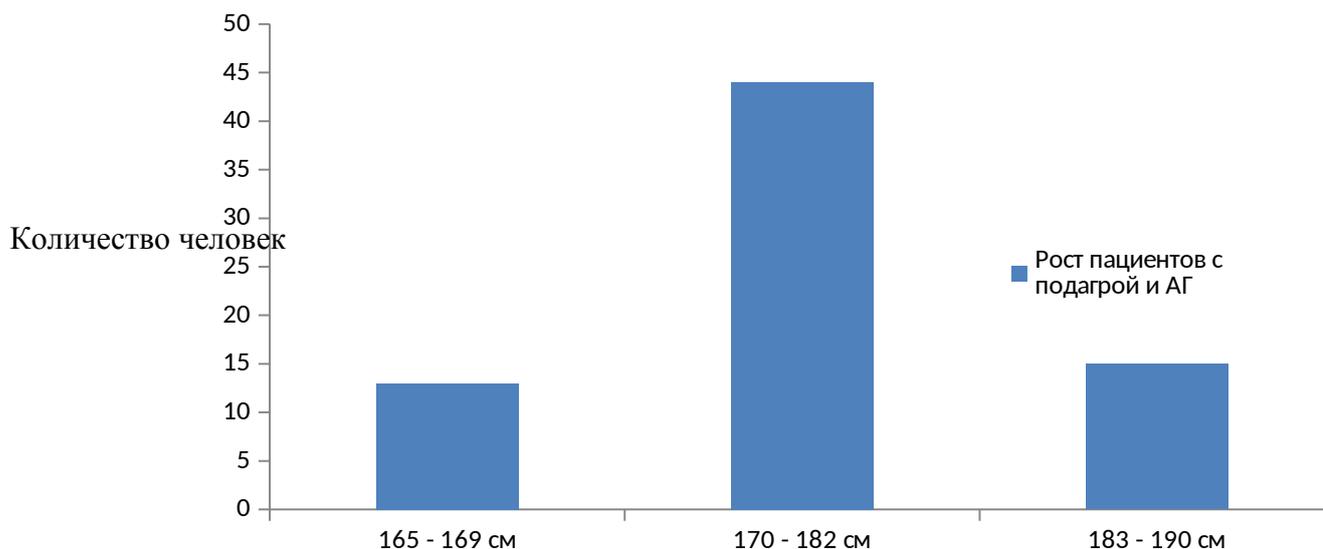
Распространение подагры среди пациентов по полу



Пациенты с подагрой и артериальной гипертензией были в возрасте от 37 до 83 лет. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 10,6$ лет, в 73,6 % случаев это были пациенты в возрасте от 45 до 74 лет.

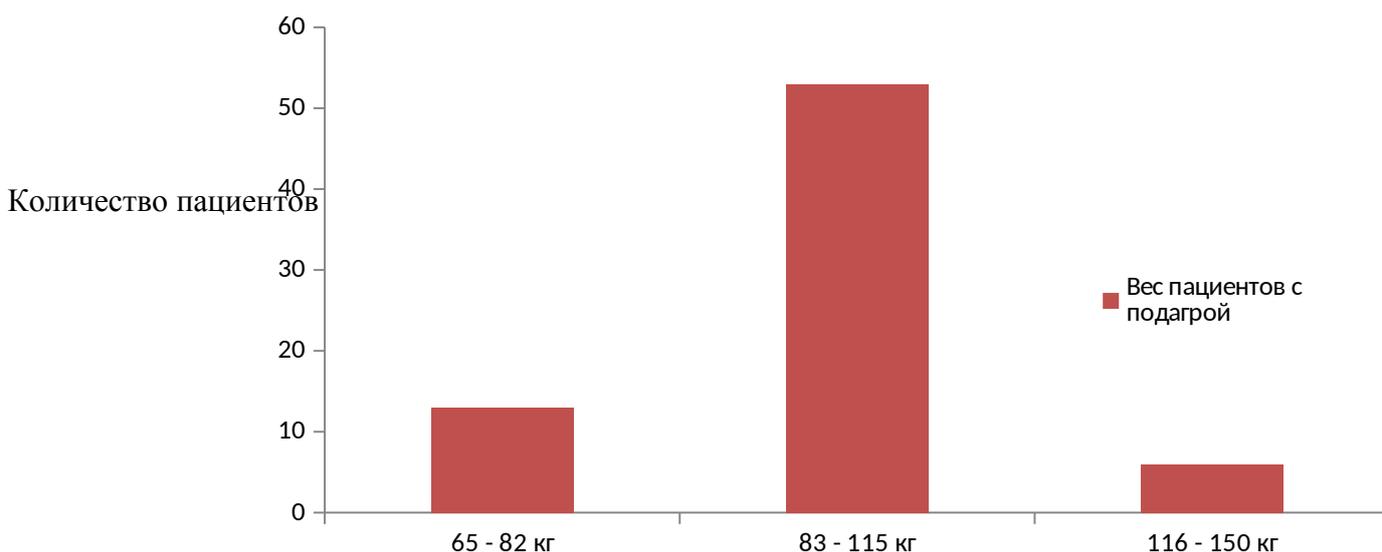
Их рост составлял от 165 до 190 см. Средний рост – $176 \pm 6,9$ см.

Рост пациентов с подагрой и АГ



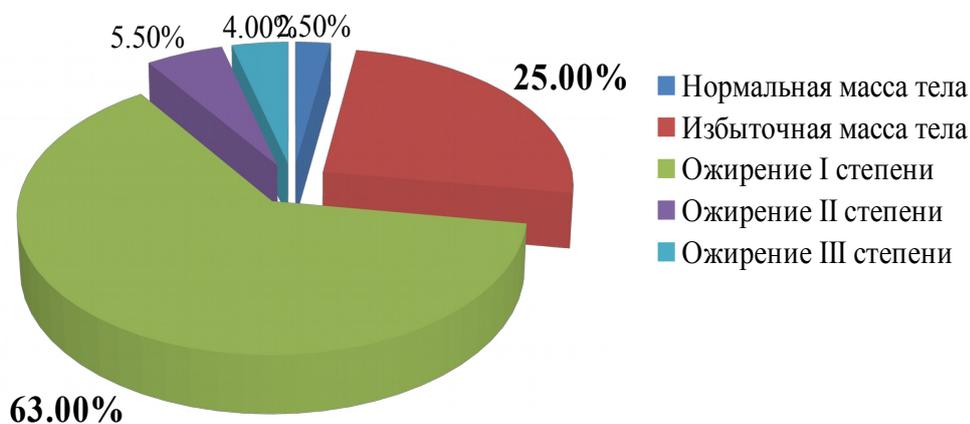
Вес был от 65 до 150 кг. И в среднем составил – $99 \pm 16,7$ кг.

Вес пациентов с подагрой



В нашем исследовании у пациентов было отмечено наличие большого количества сопутствующих патологий (97,5 %), среди которых были избыточная масса тела и ожирение.

Частота избыточной массы тела у пациентов с подагрой и АГ



Достоверная связь подагры и ожирения отчетливо отражена в нашем исследовании. Пациенты с подагрой и АГ имели преимущественно ожирение I степени (в 63 %). Так же велик процент наличия у них избыточной массы тела (в 25 %). Лишь у 2,5 % пациентов индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах нормы.

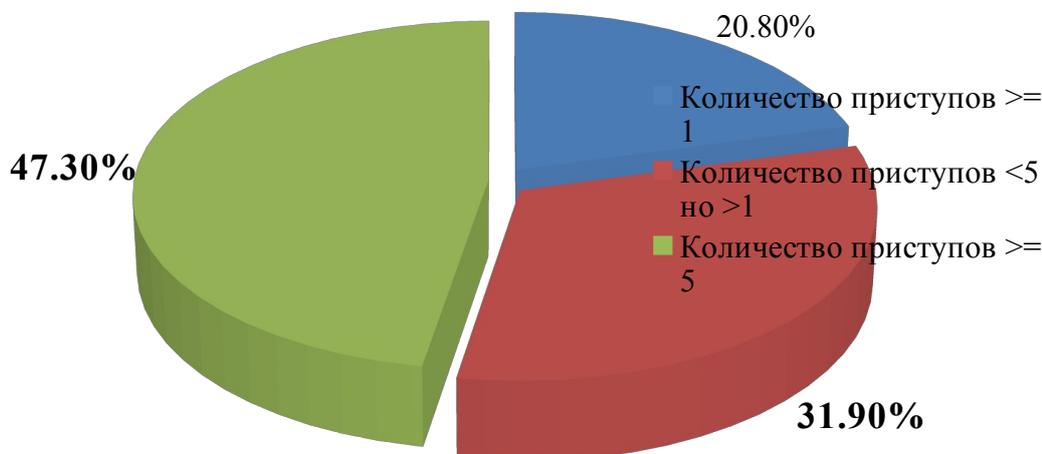
Длительность подагры в среднем составила $10,8 \pm 8,3$ лет. Средняя длительность АГ у пациентов с подагрой составила – $17,3 \pm 13,4$ лет.

Таблица 1

Показатель	Число пациентов	Частота (в %)
АГ I степени	6	8,3
АГ II степени	39	54,2
АГ III степени	27	37,5

Преимущественно у пациентов с подагрой АГ была II и III степени (см. табл. 1).

Частота приступов подагры у пациентов в год



У большинства пациентов с подагрой и АГ (57 человек, 79,1%) приступы артрита случались чаще 1 раза в год, а у большей половины из них чаще 5 раз в год (см. табл. 1). Это говорит о высокой степени снижения качества жизни и социальной адаптации.

Заключение

АГ наблюдалась в нашем исследовании у пациентов с подагрой часто - в 80,9 % случаев. Пациенты с подагрой и АГ были представлены, в основном, мужчинами среднего (45-59 лет) и пожилого (60-74 лет) возраста. Средняя длительность подагры у обследуемых пациентов составила $10,8 \pm 8,3$ лет, средний стаж АГ у пациентов с подагрой $17,3 \pm 13,4$ лет. У большинства пациентов с подагрой АГ была II и III степени (в 54,2 % и 37,5 % соответственно), наблюдалась сопутствующая патология, в том числе избыточная масса тела (в 25 %) и ожирение 1-ой степени (в 63,0 %), частота приступов подагры у большинства пациентов с подагрой АГ была более 1-5 в год.

Библиографический список

1. Михневич, Э. А. Подагра: учеб. - метод. пособие / Э. А. Михневич // – Минск: БГМУ, 2014. – 28 с.
2. Иванова, К.В. Особенности клинических проявлений артериальной гипертензии у больных подагрой и гиперурикемией / К.В. Иванова К.В., О.Ю. Майко // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 12. – С. 35-39

Трошина Виктория Вадимовна, Митяева Екатерина Вячеславовна
Студентки 6 курса. E-mail: orel_rel@mail.ru

Минасянц Анна Сергеевна
Кандидат медицинских наук, доцент Турчина М.С.
ФГБОУ ВО Орловский Государственный институт им. И.С.Тургенева Медицинский
институт, г. Орел, РФ

Troshina Victoria Vadimovna, Mitiaeva Ekaterina Vyacheslavovna
Students of the 6th year

Minasyants Anna Sergeevna
Candidate of Medical Sciences, associate professor Turchina M.S.
FGBOU VO Orlovsky State Institute. I.S. Turgeneva Medical Institute., Orel, the Russian Federation

УДК 615.8

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖКТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ

COMPLIANCE TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT, DEPENDING ON PSYCHOLOGICAL TYPE OF PERSONALITY

Аннотация: Обсуждается тема влияния комплаенса на успешность терапии у пациентов определенного психологического склада и с функциональными расстройствами ЖКТ.

Ключевые слова: комплаенс, приверженность терапии, опросник Мориски-Грина, опросник EPI.

Abstract: The article discusses the impact of compliance on the success of therapy in patients of a certain psychological warehouse and with functional disorders of the gastrointestinal tract.

Key words: compliance, adherence to therapy, Morisky Green questionnaire, questionnaire EPI.

Актуальность темы связана с понятием комплаенса. Термин комплаенс (от англ. compliance – согласие, приспособление, разделение взглядов) следует понимать, как добровольное соблюдение пациентом предписанной программы лечения, т.е. приверженность к терапии. Эффективность терапии невозможна без соблюдения комплаенса. Преследуя цель наладить доверительные отношения с пациентом, врач должен владеть хорошими коммуникативными навыками, при этом в какой-то степени учитывать психологический тип личности больного и предугадывать поведение пациента в соблюдении лечебных предписаний.

Влияние заболевания на характер личности нельзя отрицать, но и различные психосоматические теории также доказывают предрасположенность лиц с определенным складом характера к конкретным заболеваниям. В исследовании стало целью выявить связь между психологическими типами личности пациентов и наличием у них функциональных заболеваний ЖКТ, а также оценить в связи с этим их комплаентность.

Для оценки степени приверженности терапии используются различные методы: шкалы, опросники, дневники. Пациентам гастроэнтерологического стационара нами были предложены два опросника: Мориски-Грина и личностный опросник EPI.

Опросник Мориски-Грина представляет собой клинико-психологическую тестовую методику, которая была использована с целью исследования предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных.

Личностный опросник ЕРІ, разработанный по методике Г. Айзенка, был выбран для диагностики экстраверсии, интроверсии и нейротизма среди больных с функциональными заболеваниями ЖКТ, он включает в себя также девять вопросов, составляющих «шкалу лжи», ответы совпадающие с ключом оценивались в процессе исследования в 1 балл.

Всего в исследовании приняло участие 30 человек, из которых 13 мужчин и 17 женщин.

По итогам проведенного опроса было установлено следующее: согласно личностному опроснику ЕРІ 57 % опрошенных оказались глубокие интроверты с высоким уровнем нейротизма, 25% набрали 12 баллов, что является средним и пограничным значением между интроверсией и экстраверсией, однако обладали очень высоким уровнем нейротизма; 15% экстраверты с низким уровнем нейротизма и 3% опрошенных показали себя как экстраверты со средним уровнем нейротизма. По мимо этого испытуемыми был заполнен опросник Мориски -Грина, который показал, что прослеживается связь между уровнем нейротизма и приверженности к терапии: чем выше склонность пациента к нейротизму, тем меньше они склонны выполнять медицинские предписания.

Из проведенной работы можно сделать вывод, что, возможно, низкая приверженность к терапии у пациентов с нейротизмом связана с частой сменой настроения, неустойчивым эмоциональным фоном, а также с отсутствием уважения к самому себе и потерей интереса к собственному здоровью, что приводит к нежеланию соблюдения предписанной программы лечения, соблюдения режима питания. Помимо физикального и лабораторно-инструментального обследования, крайне важно обращать внимание на особенности поведения пациента на приеме, устанавливать с ним контакт и выбирать правильный способ донесения до него информации о необходимости выполнения врачебных назначений, тщательном наблюдении за своим здоровьем. Конечно, сложно давать опросники по методике Г. Айзенка каждому пациенту, так как это нерационально расходует время приема, однако, основываясь на результатах исследования и задав 4 вопроса из опросника Мориски-Грина, возможно определить уровень комплаенса у того или иного пациента.

Библиографический список:

1. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. Методические рекомендации. – М.: 2013.
2. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова-Мн.:Институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с.
3. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 15–20

Оборин Александр Андреевич

Oborin Aleksandr Andreevich

Студент

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

E-mail: Oborinalan15@gmail.com

УДК 617-089

**СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТРОАОРТАЛЬНОГО
РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛПВ ВЕНОЗНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ.**

**THE CASE OF SURGICAL CORRECTION OF THE RETROAORTIC LOCATION OF
LRV WITH A VENOUS ALLOGRAFT.**

Аннотация: Данная работа представляет результаты лечения пациента с ретроаортальным расположением левой почечной вены. Данная проблема является актуальной, т.к. не существует рекомендаций по способу коррекции такой патологии. Подобные случаи редки и как показывают данные литературы заканчиваются нефрэктомией. Мы предлагаем способ коррекции путем имплантации венозного аллогraftа.

Abstract: This paper presents the results of treatment of a patient with retroaortic location of the left renal vein. The given problem is actual, since There are no recommendations on how to correct such a pathology. Such cases are rare and, as the literature data show, end with nephrectomy. We propose a method of correction by implantation of a venous allograft.

Ключевые слова: Реконструктивная хирургия, аллотрансплантат, ретроаортальное расположение, врожденные дефекты

Key words: reconstructive surgery, allograft, retroaortic location, birth defects

Введение: Отклонения от нормы структуры, формы и расположения почечных сосудов возникают в ходе эмбрионального развития сосудистой системы человека. Врожденные изменения почечных вен чаще всего связаны с нарушениями в развитии нижней полой вены, в которую они впадают. Ренальный сегмент нижней полой вены может быть нарушен на любой стадии развития вен[1,15]. Одним из таких отклонений является ретроаортальное расположение левой почечной вены. В норме левая почечная вена проходит впереди аорты. К аномальному варианту относят ретроаортальную позицию, когда она проходит одним стволом косо сверху вниз позади аорты и впадает в нижнюю полую вену на уровне третьего или четвертого поясничных позвонков. Частота ретроаортальной позиции левой почечной вены колеблется от 2 до 6,6 % случаев[2,42]. Неблагоприятным моментом ретроаортального расположения ЛПВ является ее компрессия аортой. В отдельных случаях этот факт приводит к развитию регионарной венозной гипертензии[3,29]. В организме человека существуют анатомические предпосылки для нарушения кровотока по крупным венам. Клиническими проявлениями подобной предрасположенности являются синдром May Thurner для левых подвздошных вен, «nutcracker» синдром для левой почечной вены[4,8]. В большинстве случаев при аномалиях мочеполовой системы отмечается нарушение пассажа мочи, что способствует развитию гнойно-воспалительных процессов, камнеобразованию, атрофии паренхимы почки и почечной недостаточности[5,7] В отечественной литературе нет материала и рекомендаций по лечению пациентов с ретроаортальным расположением левой почечной вены. Мы представляем первый опыт коррекции аномалии расположения ЛПВ, посредством протезирования вены сосудистым аллотрансплантатом, возвращая ее нормальное расположение – над аортой. Первое описание соотношения сосудов и предположение о нарушении венозного оттока как причины синдрома сделал анатом J. Grant в 1937 г. [6,52]. Нарушение проходимости в данном случае обусловлено сдавлением левой почечной вены аортой. В результате чего наблюдалась венозная застой и как следствие венозный стаз в почке.

Клиническое наблюдение: Пациент П. 23 года. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, головокружение, помутнение мочи, боль усиливающаяся при ортостазе. 06.03.16 отметил изменение цвета мочи (потемнение) перед этим переохлаждение. ОРВИ, боли при мочеиспускании, лихорадку отрицает. Консультация уролога – хронический пиелонефрит. На УЗИ почек и предстательной железы патологий не выявлено. 17.03.16 на КТ ОБП выявлен ретроаортальный ход левой почечной вены с признаками ее компрессии и развитием венозной гипертензии. Выполнена цистоскопия – геморрагическая моча из устья левого мочеточника. На эхокг выявлена дисплазия соединительной ткани, ПМК 1 степени (пролабирует ПСМК и ЗСМК на 3-4 мм). По данным УЗИ мочевыделительной системы найдена эховзвесь в моче. Структурных изменений не обнаружено.

Результаты и обсуждение: На 5 сутки после выполненного оперативного вмешательства пациент выписан без послеоперационных осложнений с регрессом макрогематурии. На контрольном дуплексном сканировании нарушений не выявлено: отток по венам почки сохранен, спектр монофазный, скорость кровотока в почечной вене 17 см/сек, в гомографте – 24 см/сек. Сам гомографт визуализируется над аортой, без особенностей. Врожденные изменения почечных вен являются редкими аномалиями, которые зачастую требуют хирургической коррекции. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость стандартизации подхода к лечению подобного рода аномалий. Наш опыт основывается на безупречных отдаленных результатах использования аллогенного пластического материала. Использование синтетического материала не представляется возможным из-за ограниченного срока действия протеза, возникновения инфекционного процесса в зоне анастомоза, не подходящий диаметр с сопоставляемым сосудом. БПВ как аутовенозный материал в силу своей архитектоники не мог быть использован. В свою очередь, стеноз почечной вены провоцирует развитие венозной гипертензии, которая в свою очередь, уравнивая разность давлений между артериальной и венозной системой, снижает скорость кровотока. К тому же, повышенной венозное давление способствует нежелательной инфильтрации паренхимы почек. Так, одним из возможных вариантов развития пиелонефрита является нарушенный венозный отток.

Библиографический список:

- [1] – Кривов Ю.И. Торгунаков А.П. «Классификация аномалий левой почечной вены и возможности формирования левостороннего рпва // Медицина в Кузбассе – 2007. - №3. - С. 35-37
- [2] - Подлесный, Н.М. Позадиаортальное расположение почечной вены /Подлесный Н.М. //Материалы юбилейной научной конференции Запорожского медицинского института. – Киев, 1967. – С. 36_37.
- [3] – Нурмеев И., Рашитов Л. Диагностика и хирургическое лечение левосторонних хронических окклюзирующих поражений почечных и подвздошных вен у подростков. // Вопросы современной педиатрии. / 2008 - 7(3) С. 38-42.
- [4] Simone C., Alvarez J., Becker G. et al. MayBThurner syndrome in an adolescent: persistence despite operative management // J. Vasc. Surg. — 1999. — V. 30, № 5. — P. 950–953.
- [5] – Лопаткин Н.А. и др. Урология. – М., 1992. – С.85 – 105.
- [6] - Graif M., Hauser R., Hirshebein A. et al. Varicocele and the testicularBrenal venous route: hemodynamic Doppler sonographic investigation // J. Ultrasound Med. — 2000. — V. 19, № 9. — P. 627–631.

Valiyeva Tamilla Abdulazizovna
Assistant, Tashkent Pediatric Medical Institute (Uzbekistan)
Tursunov Firdavs Nuriddinovich
Student, Tashkent Pediatric Medical Institute (Uzbekistan)
Sabirmatova Gulnora Tulqin qizi
Student, Tashkent Pediatric Medical Institute (Uzbekistan)
E-mail: mamatova-dilrabo@mail.ru

УДК 355.233.22

PHYSICAL ACTIVITY AS THE BASIS OF A HEALTHY LIFESTYLE IN THE YOUTH.

Abstract: The physical activity of various layers of the population and the problems associated with it are one of the most important factors in the formation of a common culture of society, in which human health is not only a medical problem, but also an economic, social, medical, psychological and pedagogical one. In general, the physical activity and its indicators (for example, physical preparedness) creates the foundation for the health of the forming upbringing of young people. Levels of physical performance and preparedness are important criteria for assessing the effectiveness of physical activity in the previous period, and physical fitness in the physiological sense is formed by many factors in which movements is one of the most important components.

Keywords: physical activity, lifestyle, health, people, sport, tourism.

In the modern age of globalization and the development of the scientific and technical potential of our society, a greater part of the population in our country and beyond is forming a fashion for a healthy lifestyle (HLS). The correspondence of the life structure of man to this very "image" is considered a sign of enlightenment and conformity to modern trends. Naturally, society needs to develop a habit of a healthy lifestyle. If each of us will try to bring his life to a new, healthier level, this will undoubtedly have a positive impact on the whole social life.[1,24]

In the definition of a "healthy lifestyle", as a rule, there is a certain stereotype that can not be acceptable for most of the cohort. Relying on this stereotype, many initially deny the conduct of a healthy lifestyle. In our country, educational institutions and the media (media) are mainly engaged in the promotion of a healthy lifestyle. Some create an idea of a healthy lifestyle associated with the denial of bad habits - the use of alcohol, psychoactive substances, smoking. Others in its content include a culture of nutrition, moral and moral make-up, inter-personal and social relationships. This narrowness of ideas about healthy lifestyles is due to the lack of a majority of the population of the idea of the very notion of health.[7.18]

The charter of the World Health Organization (WHO) states that "health is a state of complete physical, mental, social and spiritual well-being, and not merely the absence of disease." As can be seen from the definition, the basis of health first of all is laid the level of physical functioning of a person.[2,16]

Considering the way of life of almost every person, it is possible to single out in it the main categories - personal, social and labor. Persons lacking any physical shortcomings do not realize that success in these areas is primarily due to their high physical potential. Especially it is traced in people of youth and early adulthood. At present, people of these age groups have practically no interest in taking dosed physical activity. In their view, the level of their physical health will not change throughout the ontogenesis. On average, their idea of health changes by the age of thirty, when the first signs of somatic suffering appear painful symptoms of various segments of the body or a disruption in the activity of the basic functional systems.[17]

A special role in this attitude towards health was formed by the medical community, when in various kinds of pathology the motor activity was limited or completely denied. Particularly disturbing is the attitude towards the students belonging to the special medical department group. In some cases, students are limited

in the dose-related physical exertion, even with insignificant functional changes. There are cases when the identified nosological form on the contrary requires the use of dosed motor activity. For example, children and adolescents are exempted from physical education by violating low-grade posture.[11,14]

Educational or professional activities limit the mobility of individual segments of our body, which is negatively reflected on virtually all life support systems of the human body. Performing labor operations in the sitting position leads to a decrease in the functional activity of the cardiovascular and respiratory systems, changes the mobility and form of the spinal column, causes stagnant phenomena in the small pelvis. Over time, this leads to the formation of a variety of radically pathological processes.[16]

The most effective means of ensuring the prevention of atrophic events can be considered dosage physical activity. The form of the application of physical exercises is selected individually, depending on the level of physical fitness, somatic health and motor experience.

Already in the conditions of production or training activities you can lead an active lifestyle. At students, such a remedy can be well forgotten prophylactic gymnastics during lessons. During the Soviet period, physical pauses, which were an indispensable element of the educational process, the subject teachers passed special training. With the change in the social and economic system in our country, attitudes toward the health of students have become less attentive and the holding of sports pauses during the lessons has ceased. At present, the reform of education is built on the health of saving technologies in which the physical activity of those engaged is given importance. By today's time there is a sufficient number of elaborations of physical-cultural pauses, the performance of exercises in which is possible without changing the starting position, including sitting at the training desk.[9]

Mass sport implies a training for sports with a health-oriented orientation. The peculiarity of such training is the moderation of physical activity, depending on the age, sex and individual characteristics of those engaged. Organizing and conducting competitions under simplified rules.[3,14]

Health systems include the application of scientifically based complexes of physical exercises. These sets of exercises are different in their anatomical, functional and psychological orientation. Complexes are used as independent means, and together with natural and climatic factors. These systems include breathing exercises A. Strelnikova, K. Cooper, and others.[21]

Sport-mass events mean the organization and conduct of competitive events, which include controversial exercises. The complexity, duration and use of various sports equipment depends on the age and individual characteristics of participants.[4]

Tourism is one of the most common forms of recreational activities. In the form of organization and content in tourism, there are excursions, hikes, tourist gatherings, orientation. The advantage of recreational tourism is the simultaneous impact of physical activity and environmental factors.[16]

Conclusion: The above forms of recreational recreation can be used independently or complement each other, which will increase their impact on various aspects of the rehabilitation process on the organism of those engaged.[14]

Bibliography:

1. Actual problems of improving physical training / M.E. Pogadaev, Yu.A. Poskryakova, O.V. Azovtseva // Modern city: sociality, culture, people's life: materials of the XVII International Scientific and Practical Conference - Ekaterinburg - 2014. - P. 571-573.

2. Malushko, OA Human health as a factor of his personal time: socio-philosophical analysis / O.A. Malushko // Science Today: Theory and Practice: Proceedings of the International Correspondence Scientific and Practical Conference / UGUES. - Ufa, 2015. - P. 122-125.

3. Healthy physical culture in the motor mode of the school day / M.E. Pogadaev, Yu.A. By Skryakova, O.V. Azovtseva // Science and education in the life of modern society: Sat. Tr. Intl. Sci-pr. Conf. - Tambov, 2015. - P. 83-85.

4. Pogadaev, M.E. Modern systems of physical culture: issues, prospects / M.E. Pogadaev // Innovations in modern science materials of the 13th International Summer Symposium. Center for Scientific Thought, August 31, 2016 / M. : Publishing House "Perot", 2016. - P. 69-71.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей X Международной научной конференции «Современные медицинские
исследования»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2017