АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru

Выпуск №19

КЕМЕРОВО 2018

21 мая 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru
За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:
Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.
Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский 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 Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".
Тихомирова Галия Имамутдиновна - 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.];

Научный медицинский журнал **«Авиценна»**, входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.
Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 21.05.2018 г.
Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.
Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ.....4
Бакиева Ш.Х., Вохидов У.Н., Султонов Д.М., Шерназаров О.Н.
2. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ.....8
Абдуллаева Н.Н., Ишмухамедов З.М., Хусниддинов Р.О.
3. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА……...12
Матмуротова С.О., Юсупова У.У.
4. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ…….……...15
Стяжкина С.Н., Шуклин И.А., Газизов Р.А.
5. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ……..……..……18
Стяжкина С.Н., Шуклин И.А.
6. ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ НА БАЗЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1РКБ ГОРОДА ИЖЕВСКА В ПЕРИОД С 2008 ПО 2017Г……..21
Стяжкина С.Н., Санников П.Г., Кожевников И.Г., Абрамович А.А., Миннегалиева А.Р., Галлямов Э.В.
7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ (ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ, БЕДРЕННЫХ И ПОДКОЛЕННЫХ) АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА…….. ……..25
Прудников А.Р.
8. КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ - НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....29
Пенева С.П., Вълканова М.А., Вълков В.Д., Георгиева А.П. Димитрова М.В.
9. СРАВНЕНИЕ МЕТОДИК ДЕЗИНФЕКЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....34
Юрина А.О.
10. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИЖЕВСКОММ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ЗАВОДЕ В 1944 ГОДУ.....41
Попова Н.М., Митрофанова Л.В., Даутова А.А.
11. НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР ЗА 1978 ГОД.....44
Епанешникова Т.П., Плетенева Л.Д., Шубин Л.Л., Савельев В.Н.
12. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2016 гг.....48
Храмцов Д.А., Рыжаева В.Н.
13. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИПРОСПАНА.....52
Абдуллаева Н.Н., Исматов Х.Х., Ишмухамедов З.М.
14. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СТУДЕНТАМИ.....55
Попова Н.М., Салихова Р.Р., Хасаншин И.А.

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
Ташкентская медицинская академия
Вохидов Улугбек Нуридинович
Ташкентский государственный стоматологический институт
Шерназаров Отамурод Нормуродович
Ташкентская медицинская академия
Султонов Достон Миркомилович
Ташкентская медицинская академия

SH.X. Bakiyeva
Tashkent Medical Academy
U.N. Vokhidov
Tashkent State Dental Institute
D.M. Sultonov
Tashkent Medical Academy
O.N. Shernazarov
Tashkent Medical Academy

УДК 616.211-006.5-07-08-072.1

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

ENDOSCOPIC ASSESSMENT OF THE NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

Аннотация: Целью исследования явилось эндоскопическая оценка полости носа у больных с хроническим полипознымриносинуситом. Нами были исследованы 150 больных хроническим полипозным риносинуситом, которым проведены всесторонние клинико-лабораторные исследования, включавшим и риноэндоскопическоеисследование. Исследование показало, что применение эндоскопии соответствует требованиям современной оториноларингологии, является своевременным и незаменимым в диагностике хронического полипозного риносинусита, которая поможет врачу-оториноларингологу выбрать тактику лечения внутриносовых патологий.

Abstract: The aim of the study was an endoscopic assessment of the nasal cavity in patients with chronic polypoid rhinosinusitis. We studied 150 patients with chronic polypoid rhinosinusitis, who underwent comprehensive clinical and laboratory investigations, including a rhino endoscopy examination. The study showed that the use of endoscopy meets the requirements of modern otorhinolaryngology, it is timely and indispensable in the diagnosis of chronic polypoid rhinosinusitis, which will help the otorhinolaryngologist to choose the tactics of treatment of intranasal pathologies.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, полость носа, эндоскопия, диагностика.

Key words: chronic polypoid rhinosinusitis, nasal cavity, endoscopy, diagnostics.

Актуальность.В последние десятилетия заболевания носа и околоносовых пазух по обращаемости в поликлинику и прохождения лечения в стационарах прочно занимают первое место в общей структуре заболеваемости ЛОР-органов [1]. Во всём мире хроническим риносинуситом (ХРС)страдает5-15% взрослого населения [1] иза последние десятилетие заболеваемость выросла в 2 раза [2]. Одной из наиболее сложных форм хронического риносинусита, как в плане клинического течения, так и в плане лечения, является хронический полипозный риносинусит (ХПРС) [3].

ХПРС считается серьезной проблемой современной медицины, снижающий качество жизни больных за счет ухудшения или полной блокады носового дыхания, нарушения обоняния, головных болей в следствии состояния хронической гипоксии [1]. Использование универсальных (не зависящих от характера заболевания) вопросников (SF-36) показало, что качество жизни у лиц с полипозом носа хуже, чем у больных с артериальной гипертензией, мигренью, стенокардией, злокачественными опухолями головы и шеи [1]. Ухудшение качества жизни пациентов с полипозом носа сравнимо с таковым у больных, страдающих хроническими обструктивными заболеваниями легких [2].

ХПРС имеет достаточно весомую медико-социальную значимость, подтверждающийся распространенностью заболевания, склонностью к рецидивам, необходимостью проведения лечебных, реабилитационных, социальных мероприятий в течение значительного периода жизни пациентов [4]. С учётом вышеуказанного,это оправдывает появление термина «трудный риносинусит» [3].

Несмотря на многолетнее изучение этиологии, патогенеза заболевания и применяемого лечения, число больных неуклонно увеличивается, достигая 5% от всей популяции, 15,4% от всех больных ЛОР-стационаров и 15-20% - среди больных синуситами [3]. Рецидивы встречаются почти в 60%, особенно у пациентов с аспириновой триадой [6].

В развитии полипозного риносинусита наряду с хроническими бактериальными и грибковыми воспалительными процессами важную роль играют нарушения аэродинамики и мукоцилиарного транспорта в полости носа [5]. Ведущая роль в возникновении и развитии воспалительного процесса в ОНП принадлежит боковой стенке носа, где располагаются их соустья и узкие ходы между структурами, формирующими эту стенку, – зоне остиомеатального комплекса (ОМК). Персистированию инфекции могут способствовать нарушение вентиляции и дренирования пазух, обусловленное врожденными или приобретенными аномалиями внутриносовых структур: деформацией носовой перегородки, гипертрофией носовых раковин, полипозным перерождением слизистой оболочки [3, 6].

Отсутствие патогномоничных симптомов определяет необходимость проведения точной диагностики ХПРС. Диагностические критерии ХПРС включают наличие двух или более симптомов: передние и/или задние сли-зисто-гнойные выделения; заложенность носа; лицевые боли или давление и снижение обоняния, которое сохраняется в течение 12 недель; наличие НП, подтвержденных при носовой эндоскопии; данные КТ с изменениями в слизистой остеомеатального комплекса и/или синусах [101, 102].

Несмотря на совершенствование протоколов медикаментозной терапии, основным направлением лечения ХПРС остается хирургическое вмешательство. На долю этой патологии приходится более 2/3 всех операций, выполняемых по поводу воспалительных заболеваний ОНП [1]. Однако даже безупречно выполненная операция не гарантирует прекращения рецидивов ХПРС. Как правило, такие пациенты подвергаются неоднократным хирургическим вмешательствам, а долгосрочное наблюдение за больными, оперированными по поводу ХПРС, позволяет констатировать рецидив полипоза носа в 85% случаев [12].

Важным условием повышения эффективности хирургического лечения ХПРС является обеспечение быстрого регресса послеоперационных воспалительных изменений и восстановление функциональной активности слизистой оболочки носа и околоносовкх пазух уже на ранних этапах послеоперационного периода [11]. Однако используемые в повседневной клинической практике методы послеоперационного ведения больных ХПРС не в полной мере отвечают многообразию патогенетических механизмов при этом заболевании.Выбор тактики хирургического лечения должен основываться на данныхвизуальной оценки и анализа результатов дополнительных методовверификации патологического процесса[4].

Современные хирургические методы преследуют следующие цели: восстановление свободного носового дыхания, полное удаление полипозной ткани, максимальное сохранение неизмененной слизистой оболочки. Впоследнее время в ринохирургии широко используется эндоскопическаятехника, позволяющая обеспечить максимальный функциональный эффект[8].Минимальная травматизация тканей, сосудов и нервных окончаний способствует быстрейшему восстановлению функции мерцательного эпителия пазух, а создаваемые широкие стойкие соустья пазух с носовыми ходами восстанавливают нормальную вентиляцию околоносовых пазух.

Целью исследования явилось эндоскопическая оценка полости носа у больных с хроническим полипознымриносинуситом.

Материал и методы исследования.Нами были обследованы 150 больных с ХПРС, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении 3 клиники Ташкентской медицинской академии с 2010 по 2016 года. Больные с сопутствующей бронхиальной астмой и спецефическими заболеваниями (аспирининдуцированная астма, синдром Картагенера, Янга и т.д.) в это исследование не включались. Все больные были подвергнуты всестороннему клинико-лабораторному исследованию, которое включало сбор анамнеза заболевания, риноэндоскопию и

компьютерно-томографическое исследование. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев из числа сотрудников Ташкентской медицинской академии.Риноэндоскопию проводили эндоскопом фирмы KarlStorz (Германия)0^0, 30^0 и 70^0.

Результаты исследования и их обсуждения.

Основными жалобами, предъявляемыми больными, являлись затруднение носового дыхания (92,5%), выделения из носа (78,4%), чихание (56%), нарушение обоняния (52,2%). Часто больные отмечали головные боли (78,4%), больше в лобной области.На компьютерных томограммаху всех пациентов выявлены различные комбинации вовлеченных в патологический процесс ОНП. У 10 больных (8%) выявлены поражения фронтальных, верхнечелюстных и этмоидальных пазух, у 8 (6,4%) – поражение верхнечелюстных, этмоидальных и основных пазух, у 43(34,4%) – поражение верхнечелюстных и этмоидальных пазух, а у 8 (6,4%) – поражение всех ОНП. У 34 больных (27,2%) обнаружено изолированное поражение этмоидальных пазух, а у 21 (16,8%) – верхнечелюстных пазух.

Эндоскопически носовые полипы выглядели как гладкие, блестящие, сероватые образования слизистой оболочки, достаточно подвижные, не спаянные с окружающими тканями, существенно уменьшающие просвет носовой полости, не кровоточащие при контакте с зондом.

Результаты эндоскопического исследования показали, что у 85 больных с ХПРС определялось искривление носовой перегородки, у 21 больного – шипы носовой перегородки, у 26 – дополнительное отверстие задней фонтанеллы, у 22 – гипертрофия крючковидного отростка, у 28 – клетки Оноди, у 12 – клетки Галлера, у 95 – гипертрофия заднего конца нижней носовой раковины, у 15 - отсутствие нижней носовой раковины, у 8 – перфорация носовой перегородки, у 36 – булла средней носовой раковины, у 27 больных - гипертрофия решетчатой буллы, у 5 - отсутствие средней носовой раковины, у 24 – синехии и у 36 - отсутствие медиальной стенки верхнечелюстных пазухвследствии их разрушения патологическим процессом.

Кроме вышеуказанного, у 94 больных в полости носа определялась патологическое отделяемое, у 101 больного - гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа.

При эндоскопическом исследовании можно было отличить разные формы хронического полипозного риносинусита. Например, у 90 (60,0%) больных хроническим «эозинофильным» полипозным риносинуситом (хроническим рецидивирующим полипозным риносинуситом) при эндоскопии носа определяются «сероватые» прозрачные полипы со слизистыми выделениями в полости носа. Эти виды полипов чаще обнаруживались в обеих сторонах полости носа. При эндоскопии носа у 60 (40,0%) больных хроническим «нейтрофильным» полипозным риносинуситом (хроническим гнойно-полипозным риносинуситом) носовые полипы определяются как «фиброзные-плотные» полипы, обычно односторонние. Часто обнаруживаются гнойные выделения с присутствием хронического гнойного риносинусита (62,7%).

Полипозные разрастания слизистой оболочки обнаружены у всех пациентов, причем у 39 больных они полностью обтурировали носовые ходы, у 47 полипы выходили за пределы среднего носового хода, у 41 находились в среднем носовом ходе.

Тщательно осмотреть структуры остиомеатального комплекса удалось не у всех пациентов. У 128 (85,3%) больных с ХПРС визуализировались все структуры остиомеатального комплекса, но у 22(14,7%) пациентовестественное соустье верхнечелюстной пазухи было блокировано гипертрофированным крючковидным отростком, причем хроническое воспаление в области крючковидного отростка возникло из-за гребня носовой перегородки.

Патология средней носовой раковины, в том числе патологически изогнутая средняя носовая раковина обнаружена у 2 больных, буллезная гипертрофия средней носовой раковины – у 4.

У двух пациентов обнаружена гигантская “bullaethmoidalis”, которая блокировала соустье верхнечелюстной пазухи, в ее полости обнаружены гной, полипы – хронический очаг инфекции, который провоцировал рецидив после оперированного гайморита. Характерно, что у всех этих больных доминирующей жалобой было затруднение носового дыхания на одноименной стороне.

Данные эндоскопического исследования позволяют не только определить расположение полипа, но и визуально тщательно удалить полипозные разрастания.

Таким образом, следует **вывод,** что эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух дает большие возможности для диагностики и лечения ХПРС, помогая выявить нераспознанные и незамеченные во время прошлых операций очаги инфекции, а также выяснить причину неудач ранее проведенных оперативных вмешательств и корригировать их хирургически и с

помощь медикаментозной терапии.

Библиографический список:

1. ПискуновГ. З., ЧучуеваН. Г.. Эндоскопическая риносинусохирургия - современное состояние вопроса, неудачи, будущее / Российская ринология . — 2000 . — N 4 . — С. 4-7 . — ISSN 0869-5474 .

2. Лиханова М.А. МингалевН. В. , Лебедева Р.Н. Клинико-лабораторные особенности течения полипозного риносинусита в сочетании с хламидийной инфекцией / Рос. оториноларингология. Приложение № 3. 2008. - С. 238. - 242.

3. Магомедов М.М., Владимирова Е.Б. Хирургические подходы в лечении больных хроническим гнойно-гиперпластическим синуситом // Вестн. оторинолар. 2002. № 1. С. 50–52.

4. Мухина О.Г. Выбор метода санации околоносовых пазух при полипозных и полипозно-кистозных полисинуситах. Автореферат дисс. на соис. уч. ст. канд. мед. наук/. Нижний Новгород, 2012.

5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С.Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. М: Коллекция “Совершенно секретно”, 2003.

6. Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно_томографическая диагностика новообразований глотки,челюстно_лицевой области и гортани. 2-е изд. СПб.: ЭЛБИ_СПб., 2006.

7. Староха А. В., Кологривова Е. К. , Плешко Р.И.Клеточный состав назального лаважа при полипозном риносинусите/Рос. оториноларингология. 2008. - №2. - С. 42 - 43.

8. Bhattacharyya N. Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis. Laryngoscope. 2006;116

9. Fokkens W., Lund V., Mullol J. EP3OS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology. 2007Jun;45(2):97-101.

10. Hauptman G., Ryan M.W. The effect of salinesolutions on nasal patency and mucociliary clearance in rhinosinusitis patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Nov; 137(5):815-21.

11. Tong Y.F. Observation of maxillary mucosa restoration after the endoscopic sinus surgery operation of chronic sinusitis and nasal polyps.Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 2004.

Абдуллаева Нигора Нусратовна
доцент, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Ишмухамедов Зиёвуддин Мухиддинович
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: oshernazarov@mail.ru
Хуснидинов Равшанбек Ортикалиевич
студент медико-педагогического факультета, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Abdullaeva Nigora Nusratovna
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Ishmuhamedov Ziyovuddin Mukhiddinovich
Tashkent City Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: oshernazarov@mail.ru
Husniddinov Ravshanbek Ortikalievich
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

УДК 611.831.819+616-007.271-08

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

MODERN VIEW OF PROBLEM OF TREATMENT OF CHRONIC CICATRIAL STENOSIS OF LARYNX

Аннотация: Стеноз гортани – это патологический процесс, связанный с замещением нормальных структур стенки дыхательной трубки грубой рубцовой тканью, которая суживает просвет дыхательного пути [1, 3, 8].

В последние годы отмечается явная тенденция к увеличению числа больных со стойкими формами хронических стенозов гортани. Это обусловлено ростом травматизма (бытового, транспортного), увеличением числа больных, с так называемой, медицинской травмой, полученной в результате лечения новообразований, диффузно-токсического зоба, лечебно-диагностических эндоскопий, а также реанимационных мероприятий [А.Б. Пономарев, Х.Ш.Давудов 2009; Марк Ремакль 2014]. В связи с этим, возрастает необходимость медицинской реабилитации больных со стойкими деформациями гортани.

Abstract: Stenosis of the larynx is a pathological process associated with replacement of the normal structures of the wall of the respiratory tube with coarse scar tissue that narrows the lumen of the respiratory tract [1, 3, 8].

In recent years, there has been a clear trend towards an increase in the number of patients with persistent forms of chronic laryngeal stenosis. This is due to the increase in injuries (domestic, transport), an increase in the number of patients, with so-called medical trauma, obtained as a result of treatment of tumors, diffuse-toxic goiter, medical-diagnostic endoscopy, and resuscitation (A. Ponomarev, H.Sh.Davudov 2009; Mark Remacle 2014]. In connection with this, the need for medical rehabilitation of patients with persistent deformities of the larynx increases.

Ключевые слова: хронический рубцовый стеноз гортани, этиология, хирургическое вмешательство, гормональная терапия, лечение.

Key words: chronic cicatricial stenosis of the larynx, etiology, surgical intervention, hormonal therapy, treatment.

Рубцовые стенозы гортани возникают в наиболее узких частях, особенно на уровне голосовых складок и в подскладочном пространстве, и чаще всего у детей. В основном стенозы являются следствием пролиферативных процессов, в результате которых соединительная ткань преобразуется в фиброзную, обладающую склонностью в процессе развития к сокращению волокон и стягиванию окружающих анатомических образований [2, 5, 9].

Если альтеративный процесс касается хрящей гортани, то происходит их деформация и «заваливание» в ее просвет с образованием особенно прочных и массивных рубцов [3, 6, 13].

При более легких формах рубцевания гортани на уровне голосовых складок происходит их обездвиживание, а в случае поражения суставов гортани возникает анкилоз, при этом дыхательная функция может оставаться в удовлетворительном состоянии, но зато резко страдает голосообразование [12].

После стихания воспалительного процесса (изъязвления, грануляции, специфические гранулемы) на месте воспаления развиваются репаративные процессы, обусловленные появлением фибробластов, с образованием плотной рубцовой ткани. Выраженность этих процессов находится в прямой зависимости от глубины поражения органа. Особенно значимые стенозы возникают после перенесенного хондроперихондрита гортани [4, 9].

В некоторых случаях хронические воспалительные процессы в гортани могут обусловливать развитие рубцовых стенозов без предшествующего изъязвления. Типичным примером является склерома, инфильтраты которой локализуются в основном в подскладочном пространстве. В редких случаях может возникать тотальный стеноз с образованием каллезной «пробки», полностью занимающей просвет гортани и начальный отдел трахеи [1, 2, 5, 8].

Постинтубационные нарушения гортани и трахеи способствуют патологическим изменениям слизистой оболочки дыхательной трубки, динамика которых тесно коррелирует с длительностью интубации. В течение первых 5-ти суток наиболее характерным является развитие полиморфно-клеточной инфильтрации слизистой оболочки, отек и расслоение перихондрия. К 10-м суткам появляются признаки некроза слизистой оболочки и имеют место деструкция хряща и хондролизис. Через 10 суток морфологическая картина характеризуется отсутствием слизистой оболочки у перихондрия, отмечаются секвестрация нежизнеспособного хряща и деструкция всех слоев мембранозной стенки трахеи [8, 14].

Реконструктивно-восстановительное лечение патологии гортани – один из труднейших разделов хирургии. Это связано с особенностями локализации дыхательного пути, его кровообращения и взаимоотношений с прилежащими к нему органами [11].

Среди хирургов до сих пор не существует единой точки зрения на тактику и выбор лечения этой патологии. Многочисленные публикации [4, 6, 7, 8, 10, 12] свидетельствуют о том, что далеко не закончен поиск и совершенствование методов консервативной терапии, выбора способа операции, профилактики сужения данной анатомической области.

В решении поставленных задач одну из ведущих ролей играет визуализация патологического очага, точная оценка стриктуры, ее локализации, протяженности, формы, состояния дыхательной трубки до поражения, в зоне патологии и после сужения, а также периферических тканей, объемное представление патологии [1, 3, 6, 9].

В связи с этим, нами было поставлена **цель** изучить и сравнить наиболее известные методы лечения больных с хроническими рубцовыми стенозами гортани.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали данные 25 публикаций в отечественных и зарубежных журналах, посвященных различным методам лечения больных с хроническими рубцовыми стенозами гортани.

Результаты исследования и обсуждение.Лечение рубцовых стенозов гортани и трахеи – одна из самых трудных задач в оториноларингологии. Это обусловлено высокой склонностью тканей гортани к образованию рубцов, даже при самых щадящих реконструктивных оперативных вмешательствах. В определенной степени возникновение данной патологии может быть предотвращено или уменьшено назначением кортикостероидов, своевременным купированием местных воспалительно-некротических процессов как вульгарной, так и специфической природы, эффективным лечением генерализованных инфекционных заболеваний, проявляющихся поражением гортани [5].

В лечении стриктурных изменений можно выделить несколько основных исторических этапов. Первые попытки лечения рубцового стеноза трахеи относятся к концу XIX века. Так, C. J. Bond в марте 1891 года сообщил об успешном лечении стеноза верхних дыхательных путей при помощи оригинальной металлической Т-образной трубки [10].

В первой половине XX века основными причинами стенотических изменений гортани и трахеи были инфекционные заболевания (скарлатина, дифтерия, корь, тиф и др.). Лечением данной патологии занимались отоларингологи. В России значительный вклад внес А. Ф. Иванов, который использовал различные трахеостомические трубки. В 40–60-х годах, когда изменилась этиология стеноза с появлением военной травмы, реконструктивные операции стали более оптимизированы и

вариабельны, что способствовало реабилитации 80,0–90,0 % пациентов [11].

Следующий период связан с внедрением в лечебную практику ИВЛ, которая изменила локализацию стенозов. Тогда в клиническую практику вошла циркулярная резекция трахеи, особенно ее грудной части, с анастомозом по типу «конец в конец». С тех пор данной проблемой стали заниматься торакальные хирурги – О. М. Авилова, М. И. Перельман, Б. В. Петровский и др.

Дальнейшее развитие лечение рубцовых изменений трахеи получило в конце 70-х годов с появлением новых технологий. Прогресс торакальной хирургии связан с внедрением оптико-волоконной эндоскопической техники, инжекционной и высокочастотной вентиляции легких, а также способов удаления рубцовых тканей из просвета дыхательной трубки [7].

М. Б. Скворцов и соавт., анализируя данные отечественных и зарубежных исследователей, сделали вывод о том, что единая обоснованная концепция диагностики и хирургической коррекции данной патологии на сегодняшний день отсутствует [14].

Достаточно долго хирурги пользовались классификацией И. М. Розенфельда (1954), которая основывалась на патогенетических и патологоанатомических факторах. Также существовали систематики, предложенные Н. А. Паутовым (1951), Ф. М. Хитровым (1963), М. И. Перельманом (1970). Последняя классификация сейчас более используема: I степень – сужение просвета до 1/3 диаметра, II степень – сужение просвета от 1/3 до 2/3 диаметра, III степень – сужение просвета более 2/3 диаметра [6].

Оптимизация подходов к лечению рубцовых стенозов трахеи остается сложной междисциплинарной проблемой торакальных хирургов, ЛОР-врачей, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов [1, 4, 8, 9, 13].

По мере совершенствования лазерной техники существенно расширились возможности эндоскопического лечения РСТ. Современные методы эндоскопического лечения предусматривают использование для реканализации электро- и аргонно-плазменной коагуляции, криодеструкции, лазерной фотодеструкции, бужирование тубусом бронхоскопа и пневмодилатацию. Механические методы реканализации нередко приводят к травме мягких тканей и хрящевых полуколец в зоне стриктуры с возникновением кровотечения или перфорации стенки трахеи, обеспечивают лишь временный эффект и требуют длительного эндостентирования [97, 98].

Современные лазеры с передачей излучения по кварцевому световоду позволяют выполнять вмешательство с использованием гибких эндоскопов и отличаются благоприятными процессами репарации [2]. Лазерная вапоризация рубцово-грануляционных тканей можетбыть, как временной мерой восстановления просвета трахеи или бронхов при нарастании дыхательной недостаточности, так и окончательным методом лечения РСТ [2, 5, 12].

Хирургические методы, в которых предпочтение отдается циркулярной резекции стенотического участка, также разнообразны. При невозможности выполнить циркулярную резекцию трахеи операцией выбора является длительное этапное реконструктивно-восстановительное лечение с применением стентов различных конструкций [1, 3, 6, 9, 13].

Клинические и патоморфологические проявления стриктуры гортани и трахеи достаточно полно описаны в отечественной и зарубежной литературе. Основное внимание, как правило, уделяется патогномоничным рентгенологическим и эндоскопическим признакам при выраженных изменениях. Диагностика сужения дыхательной трубки для современной хирургии возможна лишь с применением высокотехнологичных методов лучевой диагностики [5, 6, 13, 14].

Несмотря на большое количество литературных данных, обобщающие клинические и экспериментальные наблюдения, точная изометрия стриктуры дыхательных путей не выработана. Диагностические мероприятия, достаточно полно описанные в отечественной и зарубежной литературе, требуют вычислительного дополнения на основании результатов МСКТ.

Для своевременной диагностики и адекватного лечения пациентов с поражением всех отделов дыхательной трубки наибольшее значение имеют четкие изометрические параметры, недостаточно известные широкому кругу практикующих врачей (лучевых диагностов, педиатров, хирургов). Диагностика в математическом аспекте возможна лишь с применением высокотехнологичных лучевых методов. В литературе представлены лишь общие особенности патологии по данным МСКТ, эндоскопии, рентгенологических исследований.

На сегодняшний день не разработаны четкие описательные картины МСКТ. Не существует единого алгоритма расчетов параметров стеноза, отвечающего потребностям торакальных хирургов. Несмотря на большое количество работ по данной тематике, в них отражены лишь отдельные

аспекты применения МСКТ в диагностике стенозов дыхательной трубки. Нуждаются в уточнении критерии, определяющие выбор хирургической тактики.

Заключение: Таким образом, учитывая данные, необходимо показать потенциал визуализации стенозов гортани и трахеи в диагностике степени и протяженности стриктуры, в определении тактики лечения данной патологии, являющейся высокоинформативным методом, который значительно расширяет возможности визуализации с объективной изометрией стенозированного сегмента дыхательного пути.

Библиографический список:

1. Лайко А А. Интубация и трахеостомия / А.А. Лайко, Д.И. Заболотный, А. Л. Косаковский.- Киев, 2007. 150 с.
2. Паршин В. Д. Реконструктивная хирургия и микрохирургия рубцовых стенозов трахеи / В.Д. Паршин, Н.О. Милованов, Е. И. Трофимов. М., 2007. - 127 с.
3. Пелишенко Т.Г. Применение холодноплазменного хирургического метода в оториноларингологии / Т. Г. Пелщенко, В. В. Вишняков, К. Е. Клименко // Вестн. оториноларингологии. 2009. - № 3. - С. 25 - 27.
4. Тришкин Д. В. Постинтубационнаая болезнь трахеи (патогенез, диагностика, эндоскопическое и хирургическое лечение, профилактика) : автореф. дис. . канд. мед. наук / Д. В. Тришкин. Пермь, 2007. - 38 с.
5. Трубушкина Е. М. Постреанимационные стенозы гортани и трахеи. Диагностика, лечение и профилактика: автореф. дис. . канд. мед. наук / Трубушкина, Е. М. Москва, 2011. - 34 с.
6. Antonio D’Andrilli, Federico Venuta, Erino Angelo Rendina. Subglottic tracheal stenosis// J Thorac Dis. 2016 Mar; 8(Suppl 2): S140–S147.
7. D'Andrilli A., Rendina E.A., Venuta F. Tracheal surgery. Monaldi Arch Chest Dis 2010;73:105-15.
8. Ilias Karapantzos, Chrysa Karapantzou, Paul Zarogoulidis, Kosmas Tsakiridis, Charalampos Charalampidis. Benign tracheal stenosis a case report and up to date management// Ann Transl Med. 2016 Nov; 4(22): 451.
9. Joel D. Cooper. Surgery of the airway: historic notes// J Thorac Dis. 2016 Mar; 8(Suppl 2): S113–S120.
10. Kuruswamy Thurai Prasad, Sahajal Dhooria, Inderpaul Singh Sehgal, Ashutosh Nath Aggarwal, Ritesh Agarwal. Complete subglottic tracheal stenosis managed with rigid bronchoscopy and T-tube placement// Lung India. 2016 Nov-Dec; 33(6): 661–663.
11. Maria Lucia Madariaga, Henning A. Gaissert. Reresection for recurrent stenosis after primary tracheal repair// J Thorac Dis. 2016 Mar; 8(Suppl 2): S153–S159.
12. Melkane A.E., Matar N.E., Haddad A.C. et al. Management of postintubation tracheal stenosis: appropriate indications make outcome differences. Respiration 2010;79:395-401.
13. Morcillo A., Wins R., Gómez-Caro A. et al. Single-staged laryngotracheal reconstruction for idiopathic tracheal stenosis. Ann Thorac Surg 2013;95:433-9;
14. Vinod T. Kandakure, Swati Mishra, Vaibhav J. Lahane. Management of Post-traumatic Laryngotracheal Stenosis: Our Experience// Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Sep; 67(3): 255–260.

Матмуротова Садокат Отабоевна
Старший преподователь кафедры “ПВБ, внутренних и кожвенерологическик заболеваний” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Matmuratova Sadokat
Senior teacher Urganch branch of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic Uzbekistan

Юсупова Умида Улугбековна
ассистент кафедры “Госпитальной и поликлинической педиатрии” Ургенчского филлиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Yusupova Umida
assistant Urganch branch of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic Uzbekistan

УДК 612.015.38

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

SOME INDICATOR OF LABORATORY DATA OF METABOLIC SYMDROME

Аннотация: В последние годы пристальное внимание многих ученых в медицинской области привлекает довольно широко распространенная болезнь современности - метаболический синдром (МС). Метаболический синдром с каждым годом омолаживается и охватывает новых рубеж. МС остается актуальной и до конца не изученной проблемой.

Annotation: In recent years, the close attention of many scientists in the metabolic field is being attracted by the rather widespread desease ofb the present – metabolic syndrome.

Ключевые слова: гены, метаболический синдром, мутация, полигенность.

Key words : genes, metabolic syndrome, mutation, polygenes

Распространённость его в общей популяции составляет от 15 до 26 %, причём число людей из группы риска непрерывно растёт [1]. Необходимо подчеркнуть, что большинство пациентов с МС - это популяция людей активного трудоспособного возраста, наиболее продуктивная и значимая для общество. Кроме того, за последние два десятилетия частота МС увеличена среди лиц молодого населения. Исследования показывают, что характер наследования МС является полигенным т. е. может быть связан с мутациями многих генов. Так, корейские ученые с целью изучения роли гаплотипов липопротеинов (ЛПЛ) PvuII и HindII в развитии МС провели исследования 275 пациентов корейской национальности. Результаты исследования показали у носителей имутантых аллелей P1H2/ P2H1 генов Pvu II и Hind III отмечается признаки повышенного риска развития МС [7].

Известно, что SNPs полиморфизм липидов в сайтах микро-РНК влияет на регулирование генов-мишеней и болезней человека. Но до сих пор мало что известно о взаимосвязи этих полиморфизмов с МС. С целью определения этой взаимосвязи, китайские учение провели исследовании 1040 пациентов, результаты которого показали прямую корреляционную связь выявленных полиморфизмов rs5750146; rs11724758 и FABP2 3’UTR с метаболическим синдромом. Эти данные указывают, на то, что указанные три полиморфизма микро РНК могут повышать риск развития МС у китайского населения Хан [4].

Индийские ученые изучили ассоциацию общего полиморфизма гена HSD11B1 с метаболическим синдромом и его компонентов. В исследование было включено 205 субъектов, в том числе 105 диагностированных с МС и 100 условно здоровых лиц ученые выявили значимую связь между полиморфизмом гена HSD11B1 (rs 12086634) и возникновением МС ($p<0,0001$) [5].

На сегодня имеются данные, что рецептор гена (VDR) витамин Д экспрессируется во многих тканях и модулирует экспрессию многих других генов. С целью определения связи МС с наличием полиморфизма VDR 2228570 C> T и VDR 1544410> G бразильские ученые у 243 пациентов провели перекростное исследование. Данные исследования свидетельствуют о том, что наличие полиморфизма VDR 2228570 C> T и VDR 1544410 > способствуют повышению риска развития МС [8].

Ассоциацию вариантов промоутера адипонектина с метаболическим синдромом изучили арабские ученые у 328 арабов, у которых были обнаружены полиморфизмы rs17300539 и rs266729.

Их связь с МСЧ была изучена посредством осуществления количественного генетического анализа. Результаты показали ассоциацию SNP rs266729 на ADIPOQ гена с развитием МС, что важно как утверждают авторы для предупреждения повышенной тенденции ожирения среди арабского населения [9]. Ghattas M.H., Mehenna E.T., Mesbah N, Abo-Elmatty D.M. провели изучение ассоциации полиморфизмов генов XbaI и PvuII рецептора эстрогена альфа с МС у 150 египетских женщин. Полученные результаты также указывают на связь полиморфизма гена XbaI рецептора эстерогена альфа с МС [6]. В последних исследованиях определено роль полиморфизма ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в развитии различных заболеваний. С целью определения роли полиморфизма гена АПФ в развитии МС Simsek S., Tekes S., Turkyilmas A Etal. у 101 пациента провели исследования по изучению их взаимосвязи, в результате которого пришли к выводу о необходимости дальнейших исследований пациентов в больших количествах различных этнических групп [3]. Связь полиморфизма HMGA1 с риском развития МС определили Chiefari E., Tanyolac S., Iiritano S., Etal. Их исследования показывают, что вариант полиморфизма rs 146052672 гена HMGA1 служит ранним маркеров развития МС, что очень важно для ранней его диагностики и проведения своевременного лечения [3]. Song K.H., Cha S., Yu S.G. оценили связь полиморфизма APOA5-1131T>Cc факторами риска развития МС у2901 лиц корейской популяции. Полиморфизм генотипа APOA5-1131T>C в значительной степени был связан с высоким уровнем липопротеинов высокой плотности (эффект = - 1,700мг/дл, p= 6,550-E07) и триглидсеридов (эффект = 0,056 мг / дл,p = 2,286E-19). Авторы заключили, что эти данные свидетельствует о роли полиморфизма APOA5-1131T>C в развитии МС [10]. DeLuis D. A., Aller R., Conde R., Izaola O., delaFuente B., Sagrado M. G. изучая полиморфизм гена FTO (rs9939609) установили, что он не связан с развитием МС [4].

Всестороннее исследование, проведённое Xu C., Bai R., Li Z., Zhu H., Lai M., Zhu Y. с целью выявления роли гено вадипонектина (ADIPOQ) и его рецепторов (ADIPOR1/R2) в развитии МС также не дало положительных результатов [10]. Их результаты показывают, об отсутствии связи изученных полиморфизов гена SCD1 с МС. Однако, авторы отмечают, что учитывая результаты исследований полученных у животных, роль полиморфизмов гена SCD1 требует дальнейшего изучения, в частности, в отношении редких его вариантов [2]. Китайские исследователи изучая роль полиморфизмов гена PTEN в повышении риска развития МС, не получили искомых результатов, и пришли к заключению о необходимости продолжения дальнейших исследований [10]. Данные о том, что лектино - подобный окисленный липопротеин низкой плотности рецептора-1 (LOX-1), кодируемого геном OLR, участвует в патогенезе атеросклероза, послужили основанием проведения исследований для итальянских ученых в сфере изучения взаимосвязи этого гене с МС. Исследователи оценили генетипировани OLR1 гена в выборочной группе из 55 пациентов с МС. Г енотипирование LOX-1 проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Положительная связь была обнаружена между генотипом IVS4-14 GG с нарушением метаболизма глюкозы, повышением уровня инсулина и перекисного окисления липидов у больных с МС [9, 10]. Таким образом, имеющийся в литературе сообщения об ассоциации МС с полиморфизмом некоторых генов выявленные этнические особенности к развитию МС подтверждают роль генетических факторов. Следует отметить, по-видимому, причины МС гетерогенны, и в основе генетической составляющей синдрома лежит сочетанный характер полиморфизма целого ряда генов. Более того, мутации генов неодинаково проявляют себя в различных популяциях в зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности их носителей. Вместе с этим роль генетических полиморфизмов в развитии МС, особенно у молодых людей, а также её связей с разнообразными гормонально - метаболическими нарушениями - компонентами изучаемого синдрома - остаётся малоизученной и, конечно же, нуждается в дальнейшем исследовании.

Библиографический список:

1. Бирюкова Е.В. Молекулярно-генетические, гормонально-метаболические и клиниче ские аспекты метаболического синдрома. Афтореферат диссертации на соискание ученой степени дмн - Москва, 2009.

2. Arregui M., Buijsse B., Stefan N., Corella D., Fisher E., diGiuseppe R., Coltell O., Knuppel S., Aleksandova K., Joost H.G., Boeing H., Weikert C., Heterogeneity of the Stearoyl-Co Adesaturase-1 (SCD1) gene and metabolic risk factorys in the EPIC-Postdamstudy. PLoSOne. 2012; (11): e48338.

3. Chiefari E., Tanyolac S., Iiritano S. et al. A polymorphism of HMGA1 is associated with increased risk of metabolic syndrome and related components. Sci Rep. 2013; 3:1491. doi: 10.1038/srep01491.

4. De Luis D.A., Aller R., Conde R., Izaola O., de la Fuente B., Sagrado M., Relation G. of the rs9939609 gene variant in FTO with metabolic syndrome in obese female patients. J Diabetes Complications. 2013 Jul-Aug: 27(4): 346-50. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2013.02.003. Epub 2013 Mar.

5. Gandhi K., Adhifari P., Basu A., Achappa B. Association Betweena ПВ-Hydroysteroid Dehydrogenase Type 1 Gene Polymorphism and Metabolic Sydrome in a South Population. MetabSyndrRelatDisord. 2013 Jul20. PMID: 23869418.

6. Ghattas M.H., Mehanna E.T., Mesbah N.M., Abo-Elmatty D.M. Association of esterogen receptor alpha gene polymorphisms with metabolic syndrome in Egyptian women. Metobolism.2013 Jul 25.pii: S0026-0495(13)00156-X. doi: 10.1016/j. Metobol. 2013. 05. 014.

7. Kim Y., Lee M., Lim Y., Jang Y., Park H., Lee Y. Thegene-dietinteraktion, LPLPvuII-and HindIIIandcarbahidrate, on the criteria of metobolis syndrome: KMSRI- Seoul Study. 2013 Sep; 209(9); 1115-21.

8. Schuch N.J.,Garsia V.C., Vivolo S.R., Martini L.A. Relationship between Vitamin D Reseptor gene-polymorphisms and the components of metabolic syndrome. Nutr J.2013 Jul 15;12:96.doi:10.1186/1475-2891-12-96.

9. Simsek S., Tekes S., Turkyilmaz A. et al.Angiotensin - Canvertin Enzyme Gene Insertion / Deletion Polymorphism with Metabolic syndrome in Turkish Patients. Endocrinol Invest. 2013 May 20.

10. Sohg K.H., Cha S.,Yu S.,Yu S.G.et al. Association of apolipoprotein A5 gene- 1131T>C polymorphism with the risq of metabolic syndrome in Korean subjects. Biomed Res Int.2013; 2013:585134. doi: 101155/2013/585134. Epub 2013 Jan 28.

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Шуклин Игорь Алексеевич
Shuklin Igor Alekseevich
студент 4 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск.
E-mail: httv96@mail.ru

Газизов Рафаэль Айдарович
Gazizov Rafael Aidarovich
студент 4 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск.
E-mail: httv96@mail.ru

УДК 616.346.2-002

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Аннотация: представленный материал содержит данные об особенностях течения острого аппендицита у детей с приведением конкретного клинического примера. Так же затронута информация о диагностике и пути лечения заболевания.

Abstract: the presented material contains data on the features of the course of acute appendicitis in children with a specific clinical example. Information about the diagnosis and treatment of the disease is also affected.

Ключевые слова: острый аппендицит, ребенок, клинический пример.

Key words: acute appendicitis, child, clinical example.

Введение: Острый аппендицит – острое неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) требующее экстренной операции. Данная патология у детей возникает в любом возрасте, даже у новорожденных.

Цель исследования: изучить проявления заболевания в детском возрасте и выяснить перспективность научной деятельности в рамках представленной выше тематики.

Материалы и методы исследования: источникам получения данных послужили – литературные материалы и история болезни хирургического отделения ГКБ №6 г. Ижевск.

Результаты исследования: в ходе деятельности было выяснено, что пик заболеваемости наблюдается среди детей в возрасте 4-12 лет. Приступ боли возникает постепенно. Ребёнок жалуется на ноюще-тянущие боли в животе. Часто приступу боли предшествует запор. Локализация боли неопределенная, иррадиирует в пупок. Позже боль перемещается в правую подвздошную область и приобретает приступообразный характер. В начале заболевания боль сильная, затем, из-за гибели внутристеночных нервных окончаний, постепенно стихает. Повторно боль усиливается после деструкции отростка и переходе гнойно-воспалительного процесса на брюшину (двуфазность течения болевого синдрома). У детей старше трех лет из анамнеза заболевания возможно выявление симптома Кохера-Волковича. Характерно положение больного: сидя, нагнувшись вперед или лежа на правом боку с подтянутыми ногами к животу. Дети вялы, апатичны, у новорожденных может быть повышенная раздражительность. Больные жалуются на присутствие чувства тошноты, отказываются от еды. Как правило, наблюдается однократная рвота. Черты лица заостряются, у новорожденных западает родничок - симптомы интоксикации (перитонита). Язык сухой и обложен, возможны катаральные явления в верхних дыхательных путях. При пальпации живота отмечается напряжение

мышц в правой подвздошной области, положительный симптом Филатова - усиление боли в животе при пальпации правой подвздошной области. Кроме этого, при пальпации живота обнаруживаются симптом «подтягивания ножки» (при пальпации правой подвздошной области ребенок из-за боли подтягивает правую ногу к животу) и симптом «отталкивающей ручки» (ребенок отталкивает руку врача). При развитии перитонита выявляется симптом Дрехтера (врач одной рукой держат стопу ребенка, а другой перкутируют пятку) - ребенок, защищаясь от боли, подносит обе руки к нижним отделам живота. Надавливание на брюшную стенку вдоль гребня подвздошной кости вне зоны слепой кишки приводит к возникновению в животе у ребѐнка боли (симптома Трояна-Хомича) - признак вовлечения в воспалительный процесс париетальной брюшины.

В анализах чаще всего (90 %) обнаруживают лейкоцитоз более 10 х 109/л, у 75 % больных лейкоцитоз достигает значения 12 х 109/л и более. Кроме того, у 90 % больных лейкоцитоз сопровождается сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при этом у 2/3 больных обнаруживают более 75 % нейтрофилов. В анализе мочи у 25 % больных обнаруживают незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов, что обусловлено распространением воспаления на стенку мочеточника (при ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении отростка) или мочевого пузыря (при тазовом аппендиците). В ряде случаев целесообразно прибегать к лучевым методам диагностики (обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, КТ).

При остром аппендиците выполняется аппендэктомия – удаление червеобразного отростка через открытый разрез в правой подвздошной области или путем лапароскопии. При аппендиците, осложненном разлитым перитонитом, производится срединная лапаротомия для обеспечения тщательной ревизии, санации и дренирования брюшной полости. В постоперационном периоде проводится антибиотикотерапия.

Острый аппендицит распространен среди всех возрастных групп населения. Около 10% жителей высокоразвитых стран сталкиваются с этой патологией. С возрастом риск возникновения воспаления значительно снижается. Если при рождении он составляет 15%, то после 50 лет – 2%. Наибольшее количество больных имеет возраст до 30 лет. Чаще всего воспаление происходит в возрасте от 15 до 20 лет. У детей острый аппендицит наиболее часто встречается в возрасте от 4 до 12 лет. В случае несвоевременного обращения за медицинской помощью возможны такие осложнения, как появление инфильтрата, абсцессов, перитонита и пилефлебита.

Клинический пример:

В хирургическое отделение ГКБ №6 доставлен в экстренном порядке пациент 12 лет с диагнозом: основной – «Острый аппендицит». Осложнения: «Местный гнойный перитонит» Пациент предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области, рвоту, жидкий стул, повышение температуры тела.

Из анамнеза: проявление симптомов протекало медленно, 03.04.17 утором появилась боль в области пупка, интенсивность её усилилась к вечеру. 04.04.17 днём боль переместилась в правую подвздошную область и стала нестерпимой, появилась тошнота, понос, повысилась температура тела до 38 С.

Общий осмотр: состояние средней степени тяжести. Сознание затуманенное. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Дыхание поверхностное, учащённое с частотой 37\ минуту, ЧСС 180 уд\мин.

Объективное исследование: пациент лежит на правом боку подтянутыми к животу ногами. Живот вздут, напряжён, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы: Краснобаева, Дрехтера, «отталкивания руки врача» положительные. Симптомы раздражения брюшины проявляются местно (в правой подвздошной области). Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Перистальтика выслушивается. Печёночная тупость сохранена. Пальпируемых образований в брюшной полости не обнаружено.

Дополнительные методы исследования:

1)По УЗИ: в правой подвздошной области изоэхогенная, слегка не однородной структуры образование 4*5,5 см с отграниченным скоплением жидкости 5,8*4 см.

2)Из анализов: Полный анализ крови -лейкоцитоз 19,6 *10\9л, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ-20мм\час;

2) БХ анализ крови- С-РБ(1 мг\л), фибриноген(16 мкмоль\л);

3)Полный анализ мочи - олигоурия;

После постановки диагноза был направлен на оперативное лечение.

Проведено оперативное и медикаментозное лечение. Оперативное лечение: под

эндотрахеальным нарокзом лапаротомия по Волковичу-Дьяконову в правой подвздошной области. В брюшной полости много гнойного экссудата (до 280 мл). Отросток расположен антецекально. Брыжейка аппендикса значительно утолщена, с наложением фибрина. Отросток длиной 8 см, утолщен, гиперемирован, покрыт фибрином, вокруг отростка и в малом тазу - гной. Проведена ревизия и санация брюшной полости. Произведена аппендектомия, установлены дренажы , рана ушита и наложена аспетическая повязка. В постоперационном периоде проведена антибактериальная терапия: Цефтриаксон 1,0 х 2р в\м, дезинтаксикационная терапия-р.р. Рингера30 - 60 мл капельно .

На данный момент пациент предъявляет жалобы на умеренные боли в послеоперационной ране, общую слабость. Стул был, газы отходят. Диурез в норме. Общее состояние удовлетворительное. АД 110\70 мм.рт.ст. ЧСС 70 уд\мин, ЧДД 18 в мин. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в области полсеоперационной раны. Рана сухая, по дренажу из брюшной полости 80 мл серозного отделяемого. 07.05.17 дренажы извлечены. В настоящее время больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Таким образом, острый аппендицит у детей является предметом особенного наблюдения и перспективным направлением для научного изучения.

Библиографический список :

1.Острый аппендицит: Учеб. пособие / И.В. Михин, А.Е. Бубликов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013.– 44с.

2.Острый аппендицит. Учебное пособие / составители: С.Н.Стяжкина, В.А.Ситников, М.Н.Климентов – Ижевск, 2008,- 72 с.

3. Кузин М.И: Хирургические болезни, Москва : Медицина, 2005.

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Шуклин Игорь Алексеевич
Shuklin Igor Alekseevich
студент 4 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск.
E-mail: httv96@mail.ru

УДК 616.346.2-002.1

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

ACUTE APPENDICITIS IN THE ELDERLY

Аннотация: в статье излагается течения и лечения острого аппендицита у пожилых людей. В ней представлены краткие выдержки из литературы по данному вопросу и описан клинический случай. Информация, входящая в состав работы, базируется, в том числе и на данных полученных в результате ознакомления с историями болезни пациентов.

Abstract: the article describes the course and treatment of acute appendicitis in the elderly. On this subject the article presents excerpts from literatures and describes the clinical case. Information that is part of the work is also based on data obtained as a result of familiarization with the patient's medical history.

Ключевые слова: аппендицит, пожилые, клинический случай, возраст.

Key words: appendicitis, elderly, clinical case, age.

Введение: острый аппендицит – заболевание червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) требующее экстренной операции. У возрастных пациентов данная патология протекает с атипичным течением, стёртой симптоматикой, малой реактивностью.

Цель исследования: изучить проявления заболевания в пожилом возрасте и выяснить перспективность научной деятельности в рамках выбранного направления.

Материалы и методы исследования: источникам получения данных послужили – литературные материалы и история болезни хирургического отделения ГКБ №6 г. Ижевск.

Результаты исследования: в процессе работы было обнаружено что, количество случаев острого аппендицита у пожилых людей уменьшается с возрастом пациентов. Чаще острый аппендицит возникает у пожилых женщин, что может быть обусловлено опущением внутренних органов (спланхноптоз). У пожилых людей и стариков острый аппендицит развивается редко. Это обусловлено облитерацией червеобразного отростка и атрофией фолликулов. Эти изменения не столько влияют на частоту развития острого аппендицита, сколько изменяют клиническое течение воспалительного процесса, который протекает чаще бессимптомно. По адаптационно-регуляторной теории старения наблюдается закономерное ослабление реактивности организма и сигнализации периферических рецепторов вследствие угнетения энергетических процессов в нервных клетках при старении. Ответная реакция ЦНС будет также ослаблена, замедлена, а нередко и извращена.

Особенности клиники. Общее состояние пожилых пациентов и стариков долгое время остается относительно удовлетворительным. При поступлении в стационар они, как правило, предъявляют жалобы на боль в животе, тошноту, рвоту, витальные функции при этом компенсированы. Изменение характеристик пульса не служит определяющим диагностическим критерием, так как больше зависит от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выражение лица, походка и положение тела теряют свою диагностическую ценность у стариков, так как связаны скорее с возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями, чем с развитием острого аппендицита. Тошнота отмечена у 50-70%, многократная рвота - у 50% больных. Чем чаще рвота, тем вероятнее деструктивная форма воспаления. Считается, что изнурительная рвота без предшествующей тошноты - признак перитонита у пожилых и стариков. У этой категории пациентов отмечена слабая температурная реакция на

гнойные осложнения из-за низкой реактивности организма, но при этом почти в 70% случаев сохранена разница между подмышечной и ректальной температурой. Сухость языка - частый, но не патогномоничный для дифференциальной диагностики симптом, так как в тканях стареющего организма находится меньше воды, чем необходимо в норме, из-за чего обезвоживание при любом воспалении наступает быстрее и более выражено.

Боль в животе остается постоянным симптомом острого аппендицита у пожилых людей, однако чаще она носит разлитой характер, а локализация боли в правой подвздошной области занимает небольшой промежуток времени из-за снижения рефлексов брюшины и быстрого развития перитонита (процесс воспаления прогрессирует, а его проявления запаздывают; патоморфологические изменения намного опережают клинические проявления). Описан также симптом биполярности боли при остром аппендиците у лиц пожилого возраста: наслоение боли из сопутствующего очага хронического воспаления на боль, обусловленную воспалением аппендикса.

Напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдается при простом аппендиците у 15-57%, а при деструктивном аппендиците - у 63-84% больных. Это обусловлено дряблостью кожи, избытком подкожной жировой клетчатки, ослаблением рефлексов, общим истощением организма. Мышечное напряжение лучше определить при проведении скользящей пальпации обеими руками симметричных участков брюшной стенки. Из классических симптомов острого аппендицита чаще положительны симптомы Ровзинга и Воскресенского. Симптомы острого аппендицита легче выявить, если предварительно объяснить больному сущность исследования, тогда он сосредотачивает свое внимание на ощущениях, которые может при этом испытать. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен при остром аппендиците у лиц пожилого возраста в 50-75% случаев. Операцию необходимо проводить под общим обезболиванием. Оперативный доступ и непосредственно аппендэктомия выполняются по общим требованиям. Однако при инфильтрации стенки слепой кишки перитонизацию культи червеобразного отростка легче проводить отдельными серо-серозными узловыми или П-образными швами - это менее опасно, чем выполнять перитонизацию кисетным швом.

В анализах чаще всего (90 %) обнаруживают лейкоцитоз более 10 х 109/л, у 75 % больных лейкоцитоз достигает значения 12 х 109/л и более. Кроме того, у 90 % больных лейкоцитоз сопровождается сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при этом у 2/3 больных обнаруживают более 75 % нейтрофилов. В анализе мочи у 25 % больных обнаруживают незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов, что обусловлено распространением воспаления на стенку мочеточника (при ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении отростка) или мочевого пузыря (при тазовом аппендиците). В ряде случаев целесообразно прибегать к лучевым методам диагностики (обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, КТ).

Клинический пример:

В скорую помощь ГКБ №6 г. Ижевск обратился мужчина 75 лет с жалобами на постоянную боль в правой подвздошной области, слабость, потерю аппетита, сухость во рту.

Из анамнеза: боль появилась внезапно 01.03.17 утром, интенсивность боли усилилась к вечеру, была однократная рвота, запор и метеоризм. 02.03.17 днём боль стала стихать, появилось чувство облегчения, однако повысилась температура тела до 37.9. Стула не было. Для снижения температуры принимал аспирин, эффекта не наступило. 02.03.17 вечером сам обратился в отделение скорой помощи.

Общий осмотр: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Дыхание везикулярное, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 23\мин, ЧСС 100 уд\мин. Тоны сердца приглушены.

Объективное исследование: живот немного вздут, не напряжён, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы: Ровзинга и Воскресенского положительные. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Перистальтика выслушивается. Печёночная тупость сохранена. Пальпируемых образований в брюшной полости нет.

Дополнительные методы исследования:

1)По УЗИ: аппендикс- переднезадний размер 12мм; местами нарушена слоистость стенки; при ЦДК кровоток в стенке и жировой клетчатке нарушен. Перистальтика отростка не определяется. В правой подвздошной области изоэхогенная не однородной структуры образование 5х3 см с отграниченным скоплением жидкости.

2)Из анализов крови -лейкоцитоз 10*10\9л; СОЭ16мм\час; С-РБ(2 мг\л); фибриноген (17

мкмоль\л).

После постановки диагноза был направлена на оперативное лечение.

Оперативное лечение: под СМА лапаротомия по Волковичу-Дьяконову в правой подвздошной области. В брюшной полости гнойный экссудата(до 200 мл). Отросток расположен мезоцекально. Брыжейка аппендикса значительно утолщена, с наложением фибрина. Отросток длиной 14 см, покрыт фибрином, с участками чёрного некроза, вокруг отростка и в малом тазу - гной. Брыжейка отростка поэтапно перевязана и пересечена. Аппендикулярный отросток перевязан у основания кетгутом. На купол слепой кишки наложены П-образные швы. Отросток отсечён, его культя погружена в купол слепой кишки П-образными швами. Правая подвздошная ямка и малый таз промыты физиологическим раствором до чистых вод. В полости малого таза оставлен дренаж. Малый таз промыт раствором диоксидина. Рана послойно ушита и наложена спиртовая асептическая повязка. Швы сняты на 10-е сутки после опреации. В постоперационном периоде проведена антибактериальная терапия: Цефтриаксон в\в на физиологическом растворе, дезинтоксикационная терапия: р-р Рингера 250 мл внутривенно. При болях Кеторол 2мл в\м Из рекомендаций : ношение бандажа в течение одного месяца.

После проведённого лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Таким образом, острый аппендицит у пожилых является актуальной темой требующей для себя особенного внимания.

Библиографический список:

1) Острый аппендицит. Учебное пособие / составители: С.Н.Стяжкина, В.А.Ситников, М.Н.Климентов – Ижевск, 2008,- 72 с.

2) Острый аппендицит: Учеб. пособие / И.В. Михин, А.Е. Бубликов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013.– 44с.

3) Абакумов М.М. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах.- ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Стяжкина Светлана Николаевна
Доктор медицинских наук, профессор
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск
Санников Павел Германович
Доцент, кандидат медицинских наук
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск
Кожевников Игорь Геннадьевич
Врач-онкоуролог
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск
Абрамович Арман Арамович
Ординатор 2 года
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск
Миннегалиева Алсу Расимовна
Студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск
Галлямов Эльмар Вадимович
Студент 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия”
Россия, г. Ижевск

Styazhkina Svetlana Nikolaevna
Doctor of Medical Sciences, Professor,
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk
Sannikov Pavel Germanovich
Associate professor, Candidate of Medical Sciences
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk
Kozhevnikov Igor Gennadievich
Doctor onco-urologist
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk
Abramovich Arman Aramovich
A second-year resident
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk
Minnegalieva Alsu Rasimovna
4-year student of the Faculty of Medicine,
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk
Gallyamov Elmar Vadimovich
4-year student of the Faculty of Medicine,
FGBOU VE “Izhevsk State Medical Academy”
Russia, Izhevsk

УДК 618.15

ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ НА БАЗЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1РКБ ГОРОДА ИЖЕВСКА В ПЕРИОД С 2008 ПО 2017Г.

BLADDER-VAGINAL FISTULAS ON THE BASIS OF THE UROLOGICAL DEPARTMENT OF THE 1RKB OF THE CITY OF IZHEVSK IN THE PERIOD FROM 2008 TO 2017.

Аннотация. В статье проводится анализ исследования пузырно-влагалищных свищей на базе урологического отделения 1РКБ с 2008 по 2017 г. в городе Ижевск.

Abstract. The article analyzes the study of vesico-vaginal fistula on the basis of urological Department 1 of RKB from 2008 to 2017 in Izhevsk.

Ключевые слова: пузырно-влагалищные свищи, непроизвольное выделение мочи, трансвагинальный доступ, чреспузырный доступ.

Keywords: vesico-vaginal fistula, involuntary release of urine, transvaginal access, through access to the bladder.

Введение. Пузырно-влагалищные свищи остаются серьезной проблемой урогинекологии, имеющей огромное медико-социальное значение. За последние 30–40 лет значительно уменьшилось количество «акушерских» свищей, но увеличилась доля травматических «гинекологических» и постлучевых свищей. Это обусловлено тем, что гистерэктомия, выполняемая по поводу доброкачественной и онкологической патологии матки и придатков, остается одной из наиболее распространенных «больших» гинекологических операций во всем мире.

Распространенность пузырно-влагалищных свищей составляет 0,3-2% и существенно отличается в разных странах. 9 из 10 случаев заболевания являются ятрогенными осложнениями, возникают после патологических родов или оперативных вмешательств на органах малого таза.

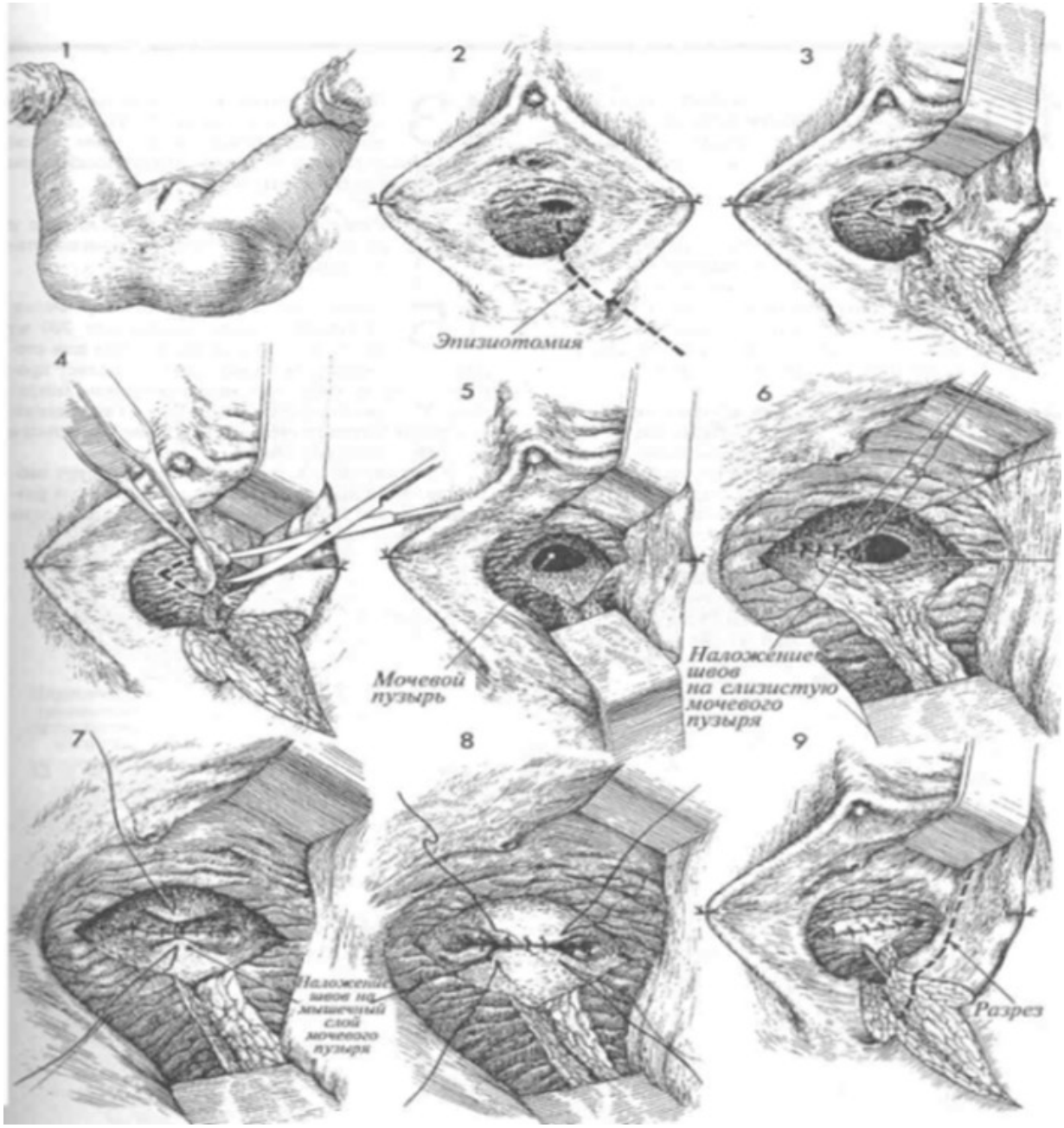
Главной причиной возникновения пузырно-влагалищных свищей на сегодняшний день являются: акушерско-гинекологические оперативные вмешательства.

Основной жалобой больных является непроизвольное выделение мочи из влагалища.

Наиболее важной и эффективной составляющей в лечении пузырно-влагалищных свищей является хирургическая операция. Существуют 3 метода оперативных вмешательств: 1) трансвагинальный доступ; 2) чреспузырный доступ; 3) лапаротомия. Учитывая высокую распространенность пузырно-влагалищных свищей неизбежное попадание таких пациентов в хирургическое отделение становится очевидной актуальностью проблемы хирургического лечения и ведения пациентов с данной патологией. По этой причине предлагаем рассмотреть следующий случай.

Основной раздел.

В урологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска с 2008 по 2017г. поступило 43 пациента с жалобами на непроизвольное выделение мочи из влагалища, обильные менструации либо на их отсутствие. Самой молодой пациентке 22 года, самой старшей-59. Средний возраст больных составил 40 лет. Частота возникновения пузырно-влагалищных свищей в период с 2008 по 2017 год не прогрессировала. Пик обращения пациентов выпал на 2016 год. В ходе исследования были выявлены следующие причины, привлекшие к данному заболеванию: основная причина-экстерпация матки, которая составила 80%, следующей причиной явилась гистерэктомия по поводу рака шейки матки-11,6% и заключительной оказалась лучевая терапия-8,4%. Средний промежуток времени проявления пузырно-влагалищных свищей после оперативных вмешательств составил 3 месяца. Из 43 пациентов было выявлено 5 случаев рецидива. В ходе исследования выявили следующее количество операций, выполненных на базе урологического отделения 1РКБ: 58% составила операция через трансвагинальный доступ, лапаротомический доступ-29% и чреспузырный доступ-13%. Следовательно, наиболее частой операцией является через трансвагинальный доступ, схема которого представлена ниже:



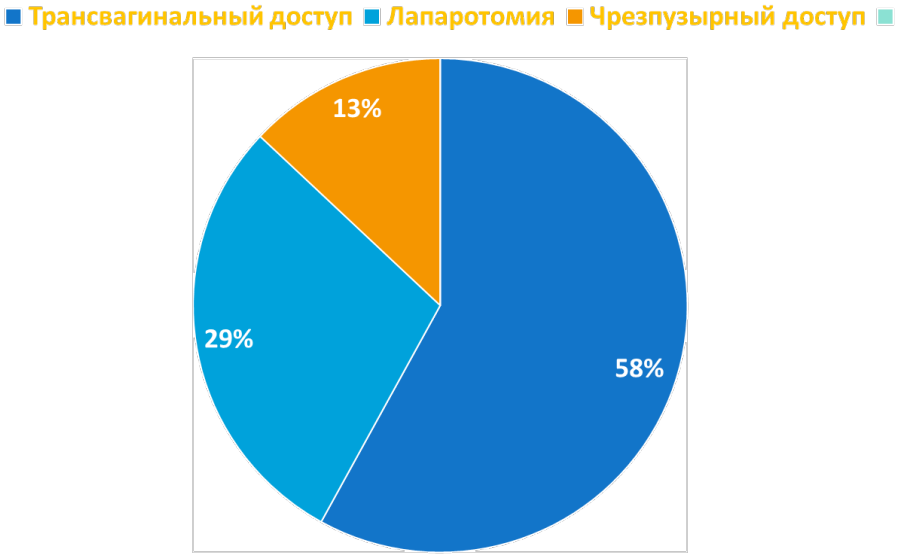


Рис. 1. Количество операций, выполняемых по поводу пузырно-влагалищных свищей на базе урологического отделения 1РКБ с 2008 по 2017 г. (%)

В ходе исследований, выявлены следующие причины, привлекшие к данному заболеванию(%)

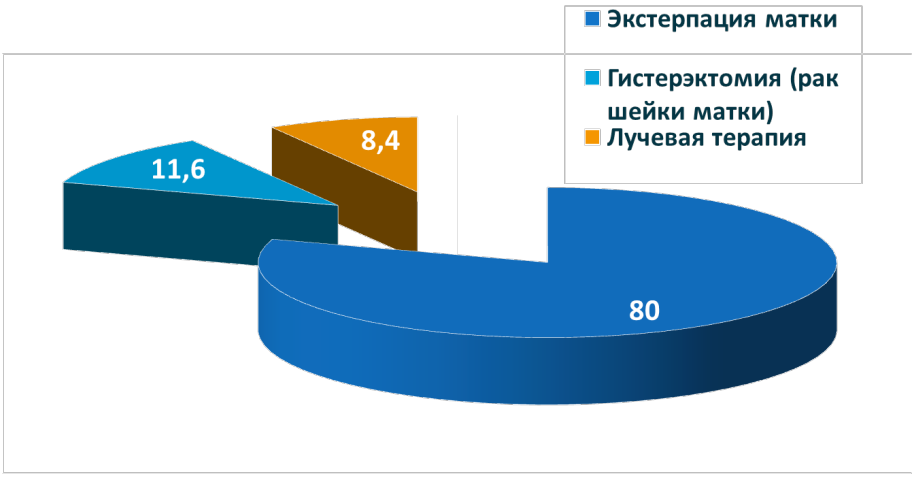


Рис 2. причины, привлекшие к данному заболеванию

Профилактика.

Риск повторного образования свища после оперативного лечения удается снизить за счет правильной предоперационной подготовки и соблюдения техники вмешательства. Наиболее высокая частота рецидивирования — от 15% до 70% — наблюдается при постлучевых пузырно-влагалищных фистульных ходах. При травматических свищах эффективность фистулопластики достигает 92-96%. Планирование беременности после операции допускается не ранее чем спустя 1,5-2 года с родоразрешением методом кесарева сечения. В целях профилактики расстройства рекомендованы регулярные осмотры у гинеколога для раннего выявления заболеваний, требующих хирургического лечения, своевременная постановка на учет для снижения риска осложнений в родах, бережное ведение родов, технически точное выполнение гинекологических, урологических операций.

Заключение.

Таким образом, проанализировав наши данные, проблема пузырно-влагалищных свищей не теряет актуальности по настоящее время и требует разработки по трем направлениям: 1) усовершенствование и оптимизация методов хирургического лечения; 2) профилактика повреждения мочевого пузыря в ходе гинекологических и акушерских операций; 3)Усовершенствование базовых знаний топографической анатомии органов малого таза у врачей-гинекологов.

Библиографический список.

1. Кузин М.И. Хирургические болезни: учебник/4-е издание, перераб. И доп.-М.ГЭОТАР-Медиа,2014.
2. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Ошибки и осложнения в урогинекологии.-М.:ГОЭТАР-Медиа,2017.
3. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство.//М., ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Прудников Александр Русланович
Prudnikov Alexander
магистр медицинских наук, аспирант кафедры внутренних болезней
Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь
E-mail: prudnikov92@yandex.ru

УДК 616-07

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ (ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ, БЕДРЕННЫХ И ПОДКОЛЕННЫХ) АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

THE PREVALENCE OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF THE CORONARY AND PERIPHERAL (COMMON ILIAC, FEMORAL AND POPLITEAL) ARTERIES IN PATIENTS WITH STABLE COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE

Аннотация. В статье представлены данные о распространённости атеросклеротического поражения артерий коронарной и некоронарной локализации среди пациентов со стабильным течением ИБС. Использованы различные методы диагностики для выявления атеросклероза: артериография, УЗИ сосудов, иммунологические показатели. Изменения некоторых показателей в иммунном статусе, наличие утолщения КИМ в общих подвздошных артериях, а также наличие бляшек в артериях свидетельствует о достаточно медленном прогрессировании атеросклероза, но данная ситуация требует периодического мониторинга.

Abstract. The article are presented data on the prevalence of coronary and non-coronary arteries atherosclerotic lesions in patients with stable coronary artery disease. Various diagnostic methods were used to detect atherosclerosis: arteriography, vascular ultrasound, and immunological parameters. Changes in some parameters in the immune status, the presence of thickening of CIM in the common iliac arteries, as well as the presence of plaques in the arteries indicate a rather slow progression of atherosclerosis, but this condition requires of periodic monitoring.

Ключевые слова: атеросклероз, ИБС, коронарные артерии.

Key words: atherosclerosis, coronary artery disease, coronary artery.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает оставаться важной социальной проблемой, вызывая ограничение в жизнедеятельности человека, снижая его трудоспособность, что часто приводит к инвалидности и относительно раннему летальному исходу. [1, 2].

Основной причиной развития ИБС служит атеросклероз коронарных сосудов и других сосудистых регионов. На сегодняшний момент атеросклероз рассматривается как длительное, вялотекущее хроническое воспаление сосудистой стенки с периодами стабильного течения и обострения процесса.

Среди методов диагностики ИБС самыми широко распространёнными остаются два – артериография и УЗИ сосудов. На сегодняшний момент для диагностики ИБС активно изучается активность различных компонентов системы иммунитета. [3, 4].

Цель. Оценить распространенность атеросклероза коронарной и некоронарной локализации у пациентов со стабильным течением ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 43 пациентов мужского пола с диагнозом стабильная стенокардия напряжения 2 ФК (ССН) средний возраст 56,8±9,45 лет. Набор пациентов с изучаемым диагнозом осуществлялся в кардиологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница», а практически здоровых лиц в УЗ «Клиника УО «ВГМУ»» с предварительным согласием на исследование. Иммунологическое обследование включало исследование клеточного иммунитета и определение субпопуляциокного состава лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD21, CD25), выявление иммуноглобулинов (IgA, lgM, IgG) и определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Дуплексное сканирование периферических артерий выполнялось согласно Российским рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей на аппарате Vivid 3 Expert. За утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) была принята величина более 1 мм [5].

Результаты. Гемодинамические характеристики периферических артерий в группе пациентов со ССН отображены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты исследования периферических артерий в изучаемой группе

Артерия	PSV, м/сек	EDV, м/сек	RI	S/D	D,мм	КИМ, мм	Наличие бляшки	Степень стеноза,%
a. iliaca communis dextra	82,62 ± 38,54	19,15 ± 16,20	0,83 ± 0,34	5,27 ± 2,03	9,64 ± 1,96	1,11 ± 0,39	11 (25,6%)	35,1 ± 4,90
a. iliaca communis sinistra	85,69 ± 32,65	18,77 ± 9,85	0,77 ± 0,12	5,15 ± 1,60	9,27 ± 2,01	1,02 ± 0,36	13 (30,2%)	34,22 ± 11,23
a. femoralis dextra	78,99 ± 33,55	21,70 ± 13,45	0,73 ± 0,11	4,20 ± 1,67	6,46 ± 1,29	0,68 ± 0,19	6 (13,9%)	26,16 ± 10,97
a. femoralis sinistra	91,63 ± 37,36	20,94 ± 18,87	0,75 ± 0,14	5,28 ± 2,35	6,51 ± 0,92	0,67 ± 0,14	6 (13,9%)	37,75 ± 22,53
a. poplitea dextra	54,12 ± 15,41	18,08 ± 5,53	0,64 ± 0,08	3,01 ± 0,87	6,05 ± 1,34	0,74 ± 0,23	9 (20,9%)	29,4 ± 12,61
a. poplitea sinistra	55,67 ± 15,11	17,76 ± 5,32	0,65 ± 0,12	3,36 ± 1,60	6,08 ± 1,29	0,73 ± 0,18	13 (13,9%)	33,55 ± 10,95

Примечание: PSV – пиковая систолическая скорость, EDV – пиковая диастолическая скорость, RI – индекс резистивности, S/D – систоло-диастолическое соотношение, D - диаметр

Данные, представленные в таблице говорят об отсутствии патологической гемодинамики в периферических артериях. Наибольшее количество бляшек наблюдается в левой общей подвздошной артерии, однако эта цифра не достигает и 40% от исследуемых пациентов, что говорит о незначительной пораженности данного сосуда. Выявленные бляшки гемодинамически значимы (т.к. уменьшают просвет сосудов в среднем на 20% и более), но не являются стенозирующими, т.к. патологически не изменяют характеристики кровотока в них. Наряду с наличием бляшек, наблюдается утолщение КИМ в общих подвздошных артериях, что свидетельствует о непрерывности продолжения поражения изучаемых сосудов.

Все выявленные бляшки в периферических артериях были гетерогенными по структуре, их характеристика отображена в таблице 2.

Таблица 2. Структура бляшек, выявленных в периферических артериях

Артерия (количество бляшек)	Гиперэхо-генность	Гипоэ-хоген-ность	Кальци-фикация	Концен-трическая	Полу-концен-трическая	Неконцентрическая	Пролонги-рованная	Множественная
a. iliaca communis dextra (n=11)	9 (81,2%)	2 (18,8%)	2 (18,8%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	6 (54,6%)
a. iliaca communis sinistra (n=13)	13 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (100,0%)	1 (7,7%)	2 (15,5%)
a. femoralis dextra (n=6)	3 (50,0%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0 (0,0%)	3 (50,0%)
a. femoralis sinistra (n=6)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)	1 (16,7%)	3 (50,0%)
a. poplitea dextra (n=9)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	8 (89,9%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)
a. poplitea sinistra (n=13)	11 (84,6%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	1 (7,6%)	12 (92,3%)	5 (38,4%)	1 (7,6%)

По результатам таблицы можно сделать заключение об относительно стабильном течении атеросклеротического процесса у изучаемых пациентов, т.к. большинство выявленных бляшек были гиперэхогенными (более 50%), т.е. со стабильной покрышкой и были неконцентрическими (более 70%) и непролонгированными (более 60%), т.е. значимо не стенозировали просвет и не увеличивали площадь поражения артерий.

Полученные результаты проведения коронарографии приведены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты проведения коронарографии у изучаемой группы

Артерия/ степень стеноза	Передняя межжелудочковая артерия	Огибающая артерия	Правая коронарная артерия
Без патологии	22 (51,1%)	29 (67,5%)	33 (76,7%)
Стеноз до 75%	2 (4,65%)	4 (9,3%)	1 (2,3%)
Стеноз более 75%	10 (23,3%)	5 (11,6%)	7 (16,3)
Окклюзия	9 (20,9%)	6 (13,9%)	2 (4,65%)

По представленным данным можно констатировать преобладание отсутствия значимых изменений в коронарных артериях. Основной артерией пораженной более других являлась передняя межжелудочковая артерия (примерно в 50% случаев).

При выявлении значимого стенозирования сосудов и учитывая клиническую симптоматику, а также данные биохимических анализов, пациентам изучаемой группы проводилось стентирование коронарных артерий (таблица 4).

Таблица 4. Количество стентов, установленных в коронарных артериях изучаемым пациентам

Количество стентов	Количество пациентов
0 стентов	16 (37,2%)
1 стент	14 (32,5%)
2 стента	5 (11,6%)
3 стента	4 (9,3%)

Данные таблицы свидетельствуют о незначительной распространенности атеросклеротического поражения коронарных артерий, только у примерно 20 % пациентов наблюдалась многососудистая патология, требующая инвазивного вмешательства.

Результаты определения иммунного статуса представлены в таблице 5.

Таблица 5. Иммунный статус изучаемой группы

Компоненты	Группа ССН	Референсные значения	p
Т-лимфоциты активные,%	27,5±4,7	27,8±3,4	>0,05
Т-лимфоциты общие, %	45,6±5,4	62,3±4,6	0,01
Т-хелперы, %	28,8±5,1	42±6,7	0,01
Т-супрессоры, %	17,1±4,1	21,3±3,4	0,067
Иммунорегуляторный индекс	1,94±0,34	1,7±0,23	0,087
В-лимфоциты, %	17,4±4,37	20,3±4,5	>0,05
IgA, г/л	2,19±0,35	2,67±1,35	>0,05
IgM, г/л	1,22±0,7	1,45±0,87	>0,05
IgG, г/л	10,75±2,21	12,45±5,78	>0,05
Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), ед.	73,8±22,8	34±13,5	<0,05
Фагоцитарный индекс,%	79,4±14,21	85,6±5,4	>0,05
Фагоцитарное число,%	9,96±3,73	10,6±3,44	>0,05

По представленным данным мы можем наблюдать увеличенное количество иммунных комплексов, которые вовремя из кровотока не удаляются и, оседая на поверхности сосудов, вызывают развитие сосудистого воспаления, а также способствуют образованию новых атеросклеротических бляшек и росту уже имеющихся. Сниженное же количество Т-лимфоцитов (особенно Т-хелперов) только укоряет данный процесс.

Таким образом, стабильность ИБС на данном этапе относительно временная и требует периодического мониторинга для недопущения острых сердечно-сосудистых событий.

Выводы. 1. Полученные результаты говорят об относительно стабильном течении атеросклероза у изучаемой группы пациентов, выявленные бляшки значимо не изменяют гемодинамические характеристики кровотока и не стенозируют просвет сосудов.

2. Значимые изменения в коронарных артериях отмечены менее чем у 50% пациентов, а в периферических артериях менее чем у 31 % пациентов.

3. Изменения некоторых показателей в иммунном статусе (ЦИК, Т-хелперов и др.) у изучаемых пациентов и наличие утолщения КИМ в общих подвздошных артериях свидетельствует о достаточно медленном прогрессировании атеросклероза, но требует периодического мониторинга.

Библиографический список:

1. Макдеев Р.М., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И. Роль психоэмоциональных расстройств в развитии и течении ишемической болезни сердца (обзор) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. –2004.–№6.–С. 44–46.

2. Маркеры воспаления и долгосрочный прогноз у больных с острым коронарным синдромом и стабильной формой ишемической болезни сердца / Е. Г.Пономарь [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – № 6. – С. 10–15.

3. Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование: руководство / Савченко А.П. и др. – М. : ГЭОТАР Медиа, 2010. – 448 с.

4. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / под ред. В. П. Куликова. – М.: СТРОМ, 2007. – 512 с.

5. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей [Электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: http://www.volgmed.ru/uploads/files/2013-3/17461-nacionalnye_rekomendacii_po_vedeniyu_pacientov_s_sosudistoj_arterialnoj_patologiej_rossijskij_soglasitelnyj_dokument_chast_3_brahiocefalnye_arterii_2012.pdf Дата доступа: 08.05.2018.

Пенева Станислава Павлова
кандидат медицинских наук , доцент кафедры сестринского дела
Медицинский университет, г. Варна, Болгария
Peneva Stanislava Pavlova
PhD, Associate Professor, Department of nursing care
Medical University, Varna, Bulgaria

Вълканова Мария Атанасова
кандидат юридических наук, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения,
Медицинский университет, г. Варна, Болгария
Valkanova Maria Atanasova
PhD, Associate Professor, Department of social medicine and health care organisation,
Medical University, Varna, Bulgaria

Вълков Веселин Добрев
кандидат медицинских наук, врач, Медицинский университет, г. Варна, Болгария,
Университетская больница им. Св. Марины, г. Варна, Болгария,
Valkov Veselin Dobrev
PhD, MD, Medical University, Varna, Bulgaria, Faculty of Medicine
First Clinic of Cardiology, UMHAT “St. Marina”, Varna, Bulgaria

Георгиева Анна Петрова
кандидат наук(менеджмента сестринского дела), ассистент кафедры сестринского дела
Медицинский университет, г. Варна, Болгария
Georgieva Anna Petrova
PhD, Assistant Professor, Department of nursing care,
Medical University, Varna, Bulgaria

Димитрова Мариана Николова
кандидат наук(менеджмента сестринского дела), ассистент кафедры сестринского дела
Медицинский университет, г. Варна, Болгария
Dimitrova Mariana Nikolova
PhD, Assistant Professor, Department of nursing care,
Medical University, Varna, Bulgaria

УДК 378.147:61

КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ - НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

CRITICAL THINKING - NECESSARY PART IN MEDICAL EDUCATION

Аннотация: Современные студенты, обучающиеся в медицинских вузах, получают солидные знания по лечению и уходу за пациентами. Знание основано на современной теории и практике. В настоящее время возникает вопрос о том, как учиться, используя оптимальные образовательные методы, ведущие к высокой мотивации для обучения, а также к повышению профессиональной адаптации студентов. Различные образовательные подходы направлены на то, чтобы обучать будущих специалистов решению рутинных и нестандартных проблем. Это достигается развитием критического мышления в клинических ситуациях. Это особый тип мышления, в основе каторого стоят способности и готовности к объективной переоценке, основанной на доказательствах. Процесс критического мышления стимулируется путем интеграции основных знаний, опыта и клинических рассуждений в профессиональную практику.

Abstract: Modern students educated in medical universities acquire solid knowledge on the treatment

of and care for patients. The knowledge is based on modern theory and practice. Nowadays, the question is posed of how to study, by using optimal educational methods leading to high motivation for studying, but also to the enhancement of students' professional adaptation.Different educational approaches are aimed at teaching future specialists to cope with routine and non-routine problems. That is achieved by the development of critical thinking in clinical situations. It is a specific type of thinking based on the ability and readiness for objective reassessment, based on evidence.The process of critical thinking is stimulated by means of integrating main knowledge, experience and clinical reasoning supporting professional practice.

Ключевые слова: критическое мышление, медицинское образование, студенты

Keywords: critical thinking, medical education, students

Background:

Medical education is aimed at meeting the needs of society. It poses the question of how to study, by using optimal methods of teaching and high motivation for studying, but also the enhancement of students' professional adaptation. Practical training of students at medical universities is aimed at acquiring and development of clinical thinking. Clinical thinking is related to the disease. Since each patient is a personality, medical professionals, using exact sciences, have to implement healing procedures to restore patients' health, and act in compliance with each patient's personality needs [2,3,4].

Nowadays, students educated at medical universities acquire not only knowledge on the treatment for and care for patients based on modern theory and practice; they also have to acquire additional knowledge which will be helpful in their future professional practice. Such knowledge includes interaction with working teams, acquiring knowledge for differentiating among information obtained, case solving, skills for adequate behavior in specific situations, etc. Education is aimed at having students obtain skills for interaction with patients based on ethical codes. Included also is solving of problem tasks related to their future professional activity, on the basis of clinical decisions [6, 7, 8, 9, 13].

Review Results

Different educational approaches are aimed at creating a generation of medical specialists who can cope with systematic, routine problems which they come across in the interdisciplinary environment [5, 12]. Thus the decisions taken regarding the care for patients are systematized and substantiated.

In the course of the education, students enhance their cognitive activity, using their knowledge to solve clinical problems aimed at the development of critical thinking [5]. On its basis, the solution of an existing problem is implemented. A specific peculiarity of critical thinking is the solving of a clinical problematic situation whose result is checked immediately, without using reference literature and other references or consultations. In the activity of medical specialists, a close connection is implemented between theoretical and practical thinking. The following types of tasks for practical thinking can be differentiated [3]:

- Didactic tasks which reveal the signs of the problematic situation and the reasons which have led to it;
- Prognostic tasks in which an optimal way has to be selected for the solving of the problematic situation.

According to S.L. Rubinstein, practical thinking requires "sharpened keenness of observation and attention towards the individual private cases, it involves the skill to use in the solving of the task in a specific case that peculiar and singular solution for the given problematic situation which does not fully and entirely fit in the theoretical generalization: it requires the quick transition from reasoning to actions and vice versa" [3, p.140].

Despite the efforts for enhancing the effectiveness and quality of the education leading to a high level of theoretical and practical knowledge and skills, in their professional activity medical specialists come up against non-standard, emergency situations necessitating the taking of quick decisions. These decisions are taken in a state of stress, which necessitates the development of critical thinking from the very start of the education.

The lack of critical thinking skills is a prerequisite for making mistakes which lead to unfortunate incidents.

Thinking is part of the overall psychic activity of people. It is a psychic function by means of which analysis and synthesis of phenomena are performed, their complicated interactions and regularities in their development are revealed. The qualities of thinking include the following: sequence, flexibility, independence, depth, speed. The development of these qualities is a prolonged process passing through studying and training [1].

Themain characteristics of thinking are the following [1]:

- *Complex determination*. A person's ability to think while observing, use experience acquired so far. Simultaneous perception of new things and using the information gathered so far.
- *Summarization.* A person's ability to think and reason by means of generalizations and generalized ideas.
- *Abstractness.*A person's ability to get rid of secondary and insignificant signs of phenomena. Ability to direct the thought towards the essence.
- *Indirectness.*A person's ability to use some signs by means of which he or she can reach conclusions regarding the essence of a phenomenon.
- *Selectivity*– with respect to the objects of the reasoning

The types of thinking operations include [1]:

1. *Analysis:* separation of the whole into parts which are investigated;
2. *Synthesis:* combining the parts into a whole;
3. *Comparison:* it assists for the revealing of differences by means of juxtaposition;
4. *Generalization:*attaining the general and essential signs;
5. *Abstraction:*separation of inessential signs and generalization of essential ones.

Thinking as a process is a complicated subjective action. It is immediately connected to values, norms, ideals, traditions etc.A person's experiences, needs, predispositions can influence thinking processes [1].

The concept of critical thinking has a long history.The earliest documentation of critical thinking has been discovered in Socrates's teaching. He revealed the fact that it is important to ask profound questions which penetrate and provoke thinking, before actions are undertaken. Socrates revealed the importance of the searching for evidence, the careful investigation of reasoning, analyzing the main notions, and tracing the consequences. Nowadays his interrogation method is known as "Socratic Questioning", and it is the most popular strategy in teaching for the development of critical thinking. Socrates pointed out that when questions are asked, there is the need for thinking in a logical sequence.By means of the questions asked, non-rational thinking or the lack of knowledge are revealed.Socrates pointed out that the possession of knowledge is not sufficient for the solving of a specific problem; it is also necessary to possess a skill for interpretation based on evidence [16].

The term "critical thinking" started to be used in the mid 20th century.In 1987, at the VIII International Conference on Critical Thinking and Educational Reform, Michael Scriven and Richard Paulpresented the discussion of questions on critical thinking [16].

Critical thinking is discussed by some authors as an ability and readiness for the objective reassessment based on evidence. That is a type of thinking which searches for shortcomings in arguments and juxtaposes assertions when there is lack of evidence. Critical thinking requires a creative and constructive approach, generation of possible solutions, assessment of the consequences, and application of the knowledge in a new situation [14].

Critical thinking can be discussed as a specific thinking process combining the entirety and fullness of medical knowledge [15]. It is a professional and creative decision related to the diagnosis, prognosis and treatment of the patient, on the basis of the knowledge, experience and intuition of medical specialists. It starts in the first meeting with the patient, and continues throughout the treatment process [17,18].

Critical thinkingis a process of reasoning and analyzing. It is the ability to interpret arguments, evidence, or the available information, in a logical manner.Critical thinking is the ability for effective solving of complicated problematic questions. By means of it, all sides of the problems are discussed, and a decision for action is taken.

Critical thinking can be discussed as having two components:

1) a set of skills for generation and processing of information

2) a skill based on reasoning which directs the behavior into a specific direction [16].

Medical specialists use the skills for critical thinking when they employ interdisciplinary knowledge, and in that manner they accomplish overall care for patients.

According to some authors, critical thinking passes through a series of cognitive steps, such as [14]:

1. Collection of different information, such as oral and written information, past experience, observation, reasoning, etc.;
2. Posing of clearly defined questions and problems;
3. Assessment of the information obtained;
4. Using non-typical ideas which are interpreted effectively;

5. Attaining well substantiated conclusions and solutions;
6. Assessment of all assumptions, and analysis of the consequences;
7. Establishment of effective communication with the members of the team in the generation of solutions.

Educational strategies for aiding the processes of critical thinking arebased on effective education and monitoring of studying.

The need is demonstrated for the creation of training situations in which students have the opportunity to check their ideas and solutions. Active studying enables students to speak, listen, reason on the problems that are offered. Active studying strategies are based on the implementation of individual activities or work in small groups [14].

The method of "working in a small group" [2,3,10,11] is widely used for the acquisition of a larger volume of knowledge in the course of education. The idea of the method is based on working in a small group of students who actively search for a solution to a problem posed. In this method of education, the whole group of students is divided into small subgroups (made up of 3-4 persons); the members of each group jointly search for a solution to the problem posed, on the basis of mutual aid. After the group has taken its decision, its spokesperson reports the result in front of the remaining members of the training group. This method of training makes students more active and places them in a situation of mutual aid and trust, it develops ethical behavior and a skill for decision making. The process of critical thinking is stimulated by means of integrating the main knowledge, experience and clinical reasoning which support professional practice.

Conclusion:

The growing paradigm of clinical thinking and knowledge is that it is a social and dialogue one, not monologue or individual. In its turn, clinical thinking is determined as a skill for adequate actions in each situation, to obtain the most favorable result possible. In some cases it can be influenced also by the medical specialist's specific psychological peculiarities. Fatigue, stress, emotional state are factors that could impact the adoption of one decision or another one.

References:

1. Balkanska, P. Introduction into Psychology, Bulvest 2000 Publ., Sofia 2005
2. Milcheva, Hr.Ethical and Deontological Aspects of Education, Stara Zagora, Kota Publ., 2007.
3. Mitova, M., Ts. Vodenicharov, Pedagogical Problems of Medical Education (Medical Pedagogy), Grafik Consult, Sofia, 1998.
4. Mladenova, S. (2015). Methodology of Practical Training in Specialties within the Health Care Professional Department, Sofia.
5. Muhina, S. A., I. I. Tarnovskaya, Theoretical Basis of Nursing Care. Medical University Publishing Center – Pleven, 2006.
6. Regulation No. 1 regarding professional activities which nurses, midwives, associated medical specialists and health care assistants can implement after prescription and independently. (2011) - http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?categoryid=3279&lang=bgBG&pageid=391 – 15.09.2017.
7. Regulation regarding the unified state requirements for the acquisition of higher education in the specialties within the Health Care Professional Department for the awarding of educational and qualification degrees of "professional bachelor in ...". In effect since the 2008 - 2009 academic year. Adopted by a decree of the Council of Ministers No. 238 dated 26.09.2008. Published in State Gazette, issue 87 dated 7 October 2008. - 7http://lex.bg/bg/laws/ldoc/2135601053 - 18.10.2017.
8. Manual on Assessment for the Regulation of the Educational Process in Universities - mark_method_handbook – 26.09.2017 Nisheva, V. (2002). Medical Pedagogy, Pleven.
9. National Strategy for Life Long Learning for the period 2014 – 2020 -http://www.government.bg/cgi bin/ecms/vis/vis.pl?s=001&p=0228&n=5504&g -16.09.2017.
10. Nisheva, V., E.Dimitrova. (2006). Methodology of Training in Practice at the Medical College, Pleven.
11. Popov, T., Zh. Hristov, P. Balkanska, L. Chakarova, B. Tornyova, M. Aleksandrova, G. Petrova, S. Mladenova, N. Petrova, Medical Pedagogy, Student's Book for students from the Public Health Faculty, Sofia, EKS-PRES Publ., 2010.
12. PopovaS., L. Georgieva. Professions in Health Care, Steno Publ., Varna, 2011. 52. Popova, S. Health and Social Profile of a Doctor and a Nurse in Hospital Treatment. Steno Publ., Varna, 2012.

13. Strategy of Health Education. European Strategy for the Education of Nurses and Midwives. Copenhagen, 1996.
14. Zayapragassarazan Z, V. Menon, S. Kar, G. Batmanabane. Understanding Critical Thinking to Create Better Doctors. Journal of advances in medical education and research. Volume 1 No.3 April-Dec 2016. 9-13.
15. http://bg.medicine-guidebook.com/vnutrennie-bolezni_718_2klinicheskoe-myishlenie.html.
16. http://www.criticalthinking.org
17. https://medconfer.com;
18. https://nursejournal.org/community/the-value-of-critical-thinking-in-nursing/

Юрина Алёна Олеговна
студентка 4 курса стоматологического факультета

Yurina A.O.
4th year student of the faculty of dentistry
Razumovsky SSMU
Department of pediatric dentistry and orthodontics
E-mail.: iurinalex.97@yandex.ru.

Научные руководители: асс. Венатовская Н.В., асс. к.м.н. Петрова А.П.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

УДК 616.314.163

СРАВНЕНИЕ МЕТОДИК ДЕЗИНФЕКЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

COMPARISON OF METHODS OF STERILIZATION OF ROOT CANALS

Аннотация: В этой статье рассматриваются и сравниваются методики дезинфекции корневых каналов: их положительные и отрицательные свойства, показания и противопоказания, а так же качество каждого из этих методов. На основе полученных данных выявлен наиболее эффективный и оптимальный метод.

Summary. This article discusses and compares the methods of sterilization of root canals: their positive and negative properties, indications and contraindications, as well as the quality of each of these methods. On the basis of the obtained data revealed the most efficient and optimal method.

Ключевые слова: стерилизация корневых каналов, внутриканальные медикаменты, пульпэктомия, пульпотомия.

Key words: sterilization of root canals, intracanal medicaments, pulpectomy, pulpotomy.

Актуальность. Чаще всего воспалительный процесс в периодонте возникает вследствие поступления инфекционно-токсического содержимого корневых каналов. Именно поэтому успех эндодонтического лечения зависит от качества санации системы корневого канала.

Цель: выявить наиболее качественный метод дезинфекции системы корневых каналов.

Задачи:

1) изучить анатомию и гистологию зуба, особенности строения корневых каналов;

2) изучить методы дезинфекции системы корневых каналов;

3) провести сравнительную оценку методик и выявить положительные и отрицательные свойства каждой из них;

4) по данным исследования определить наиболее качественный метод дезинфекции системы корневых каналов.

Материалы и методы. Проведен анализ научных статей, диссертационных работ, научной литературы, проведение анкетирования среди врачей-стоматологов.

Результаты и обсуждения. Эндодонтия - одна из наиболее развивающихся областей современной стоматологии: совершенствуются материалы, инструменты, разрабатываются новые методы лечения. Но, несмотря на это, эндодонтическое лечение не всегда бывает эффективным и часто приводит к повторному развитию хронического воспаления [1,11,18,22].

Для того, чтобы разобраться в данной теме, вспомним, что такое зуб и каково его анатомическое и гистологическое строение. Анатомически в каждом зубе различают три части: коронку (анатомическая и клиническая), шейку и корень. Гистологически твердые ткани зуба состоят из эмали, дентина и цемента. Полость зуба заполнена рыхлой соединительной тканью – пульпой - в которой различают коронковую и корневую части, богатые сосудами и нервами. Дентин – основная твердая часть зуба, окружающая полость зуба и его корневые каналы. Состоит из коллагенового остова, пропитанного минеральными солями, органических веществ, воды и жира. Различают:

1) плащевой - поверхностная, прилегающая к эмалево-дентинному соединению зона, состоящая из радиально расположенных волокон;

2) околопульпарный - зона, прилегающая к полости зуба, представлена тангенциальными волокнами.

Эмаль – твёрдая ткань зуба, покрывающая снаружи дентин коронки. Она состоит из эмалевых призм, спиралевидно извивающихся от дентина к поверхности эмали. Призмы состоят из кристаллов гидроксилапатита и склеены межпризменным веществом. Цемент – плотная ткань, покрывающая снаружи дентин корня зуба. Различают 2 вида: первичный (бесклеточный) и вторичный, имеющий большое количество цементных клеток-цементоцитов [13,14,15]. Инструментальная обработка поднутрений практически невозможна, поэтому для эффективной очистки поднутрений от остатков тканей пульпы и детрита необходим хемомеханический способ обработки.

Знания анатомии и гистологии зуба врачу необходимы для правильного выполнения своей работы. Ведь в корневых каналах могут присутствовать различные ответвления: дельтовидные ответвления, анастомозы, боковые ответвления на уровне середины корня. Эндодонтическими инструментами врач-стоматолог обработать их не сможет [4,6,10,17]. Именно поэтому и применяется дезинфекция корневых каналов[7,9,12].

Основные методы дезинфекции корневых каналов:

- ирригация;
- лазерная стерилизация корневых каналов;
- ирригация с активацией ультразвуком.

Ирригация – промывание корневого канала. В основном этот этап объединяют с инструментальной обработкой: поочередно используя инструмент и ирригант, либо одновременно - тем самым увеличивая эффективность манипуляции. Главная задача ирригации – вымывание дентинных опилок, которые остаются после работы инструментом. На сегодняшний день существует широкий спектр таких антисептических средств: некоторые способны растворять органику в системе канала, другие – минералы. Рассмотрим наиболее часто применяемые.

1. *Гипохлорит натрия*. Применяется при инструментальной обработке для вымывания дентинных опилок из корневых каналов перед сменой эндодонтического инструмента на другой размер [16].

Положительные свойства:

- дезинфицирующее средство;
- оказывает антисептическое действие;
- способен растворять органическое содержимое корневых каналов: некротические ткани, гной, продукты распада или обрывки экстирпированной пульпы;
- дешевизна.

Отрицательные свойства:

- через 30 секунд нахождения в канале перестает оказывать антимикробное действие, из-за чего промывания следует проводить большими объемами жидкости.

2. *Перекись водорода*. Во многих источниках рассказывается про применение этого препарата в качестве раствора для промывания корневых каналов поочередно с гипохлоритом натрия и объясняется выраженным эффектом пенообразования при смешении данных веществ, что способствует механическому вымыванию тканевых остатков и микроорганизмов из канала [2,5,19]. Однако, большинство других авторов говорят об обратном и отрицают эффективность этого препарата [3,8,21].

3. *Хлоргексидин биглюконат 2%*. Используется для обработки корневых каналов зубов при лечении пульпитов и периодонтитов.

Положительные качества:

- не снижает адгезию пломбировочного материала к тканям зуба;
- обладает антисептическим действием.

Отрицательные свойства:

- при попадании на слизистую оболочку вызывает ожог;

может вызывать преходящее изменение окраски твердых тканей зуба при длительном применении.

Сравнение препаратов для дезинфекции корневых каналов

Табл. 1

Название препарата	Действующее вещество и механизм действия	Концентрация	Положительные свойства	Недостатки
Перекись водорода	Атомарный кислород способствует механической очистке канала, обладает бактерицидным и кровоостанавливающим свойствами	3 %	Бактерицидное и кровоостанавливающее действие	Не обладает протеолитическим действием Выделение атомарного кислорода способствует инфицированию периапекальных тканей. Легко выходит за апекс, вызывая в последующем постоперационные боли
Гипохлорит натрия	Хлорноватистая кислота действует путем окисления сульфгидрильных групп бактериальных белковых систем, нарушая метаболизм микробной клетки, вызывая растворение пульпы	1 – 5,25 %	Рекомендуется большинством стандартов Растворение тканей пульпы во всей сложной системе корневого канала (Коэн, 2002)	Не удаляет смазанный слой. Обладает раздражающим действием. Несовместим с некоторыми веществами. Особенности хранения
Хлоргексидин	Бактерицидное действие	2%	Эффективен в отношении микроорганизмов биопленки	Не растворяет органические ткани, необходимо применение с другими антисептиками. Несовместим с некоторыми веществами

Лазерная дезинфекция корневых каналов.

Из-за сложной морфологии системы корневых каналов обычно невозможно тщательно очистить искривленный канал только при помощи ручных или вращающихся инструментов. В этих целях также было предложено применение лазера. Результаты исследований показали, что при помощи лазера можно добиться антимикробного эффекта, сравнимого с традиционными методами, например орошением гипохлорита натрия [20]. Однако существуют и противопоказания для лазерной терапии:

- тяжело протекающие заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертоническая болезнь III стадии, гипотония;
- выраженная и тяжелая степень эмфиземы легких;
- туберкулез;
- злокачественные опухоли;
- доброкачественные опухоли при локализации в области головы и шеи;
- тяжелая степень сахарного диабета в некомпенсированном состоянии;
- заболевания крови;
- состояние после инфаркта миокарда в течение 6 мес.

Известны и другие недостатки, связанные с прямым воздействием лазерного излучения. Во-первых, смазанный слой, дентинные опилки и микроорганизмы удаляются неполностью, поскольку луч лазера направлен вдоль оси канала, а не на его стенки, что практически исключает их облучение. Исходя из этого, лазер может использоваться как дополнительный метод, а не основной. Во-вторых, до сих пор не доказана полная безопасность этой процедуры, так как направленное по оси канала излучение может выйти за пределы верхушки зуба и повредить ткани.

Основные правила улучшения ирригации и дезинфекции:

- равномерное коническое расширение корневого канала, позволяющее создать пространство для эффективного действия ирригационных растворов;
- использование специального инструментария для обработки (иглы, ершики);
- грамотная работа в корневом канале (погружать эндодонтическую иглу на глубину короче рабочей длины на 3-4 мм, производить погружающие движения в корневом канале, соответствующий размер иглы, позволяющий ей свободно перемещаться);
- подогрев раствора и ультразвуковая активация ирригирующих растворов в канале.

Активация ультразвуком

Способствует «глубокой» дезинфекции. Уникальные особенности ультразвука, такие как кавитация, микростриминг и выделение тепла, делают возможным проникновение ирригантов глубоко в структуру корневого дентина и микроканальцы [2, 3]. Ультразвуковой эндофайл, колеблющийся с высокой частотой, эффективно транспортирует ирригант до апикальной части канала, средства дезинфекции равномерно распределяются в корневом канале и нагреваются, что в свою очередь усиливает очищающие свойства ирригационного раствора, а также способствует разрыхлению опилок и уменьшает образование смазанного слоя.

Особенности ультразвуковой ирригации. Наибольший эффект достигается при свободном размещении ультразвуковой насадки в корневом канале. При ограничении движений инструмента стенками корневого канала эффект гасится. Во время процедуры «озвучивания» необходимо часто менять раствор. При его помутнении ирригация с активацией продолжается до тех пор, пока реагенты не станут прозрачными.

Сравнение методов дезинфекции корневых каналов

Табл. 2

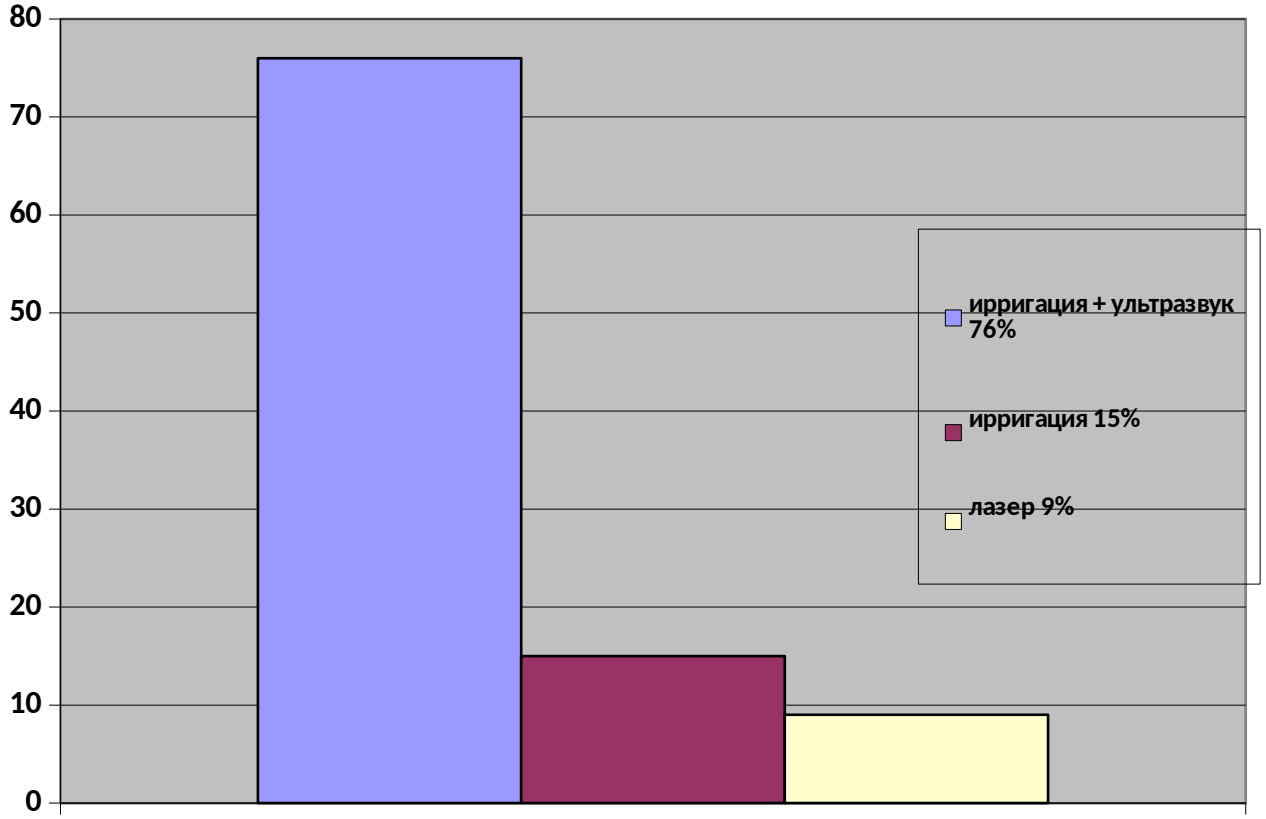
Метод дезинфекции	Положительные свойства	Отрицательные свойства
Ирригация	1. Очистка канала от опилок 2. Растворение органического и неорганического содержимого корневого канала 3. Доступ в различные ответвления корневого канала	1. Невозможна полная стерилизация канала
Лазерная дезинфекция	1. Антимикробный эффект 2. Доступ в труднодоступные изветвления корневых каналов	1. Дентинные опилки и микроорганизмы удаляются неполностью 2. Возможен выход за пределы верхушки зуба 3. Повреждение тканей
Активация ультразвуком	1.Активирует действие ирригантов 2.Кавитация, микростриминг и выделение тепла, делают возможным проникновение ирригантов глубоко в структуру корневого дентина и микроканальцы	1. Возможен выход за пределы верхушки зуба

Применение обычных дезинфицирующих средств в процессе ирригации является довольно эффективным способом относительно планктонных форм микроорганизмов, но в случаях с микроорганизмами в области анатомических ответвлений – данный подход не обеспечивает ожидаемых клинических результатов, поэтому для их эффективной очистки от остатков тканей пульпы необходим именно ирригационный способ обработки с применением ультразвуковой активации. Сравнительная оценка изученных систем дезинфекции корневых каналов показала, что наиболее качественно обрабатывают препараты: гипохлорит натрия, хлоргексидин.

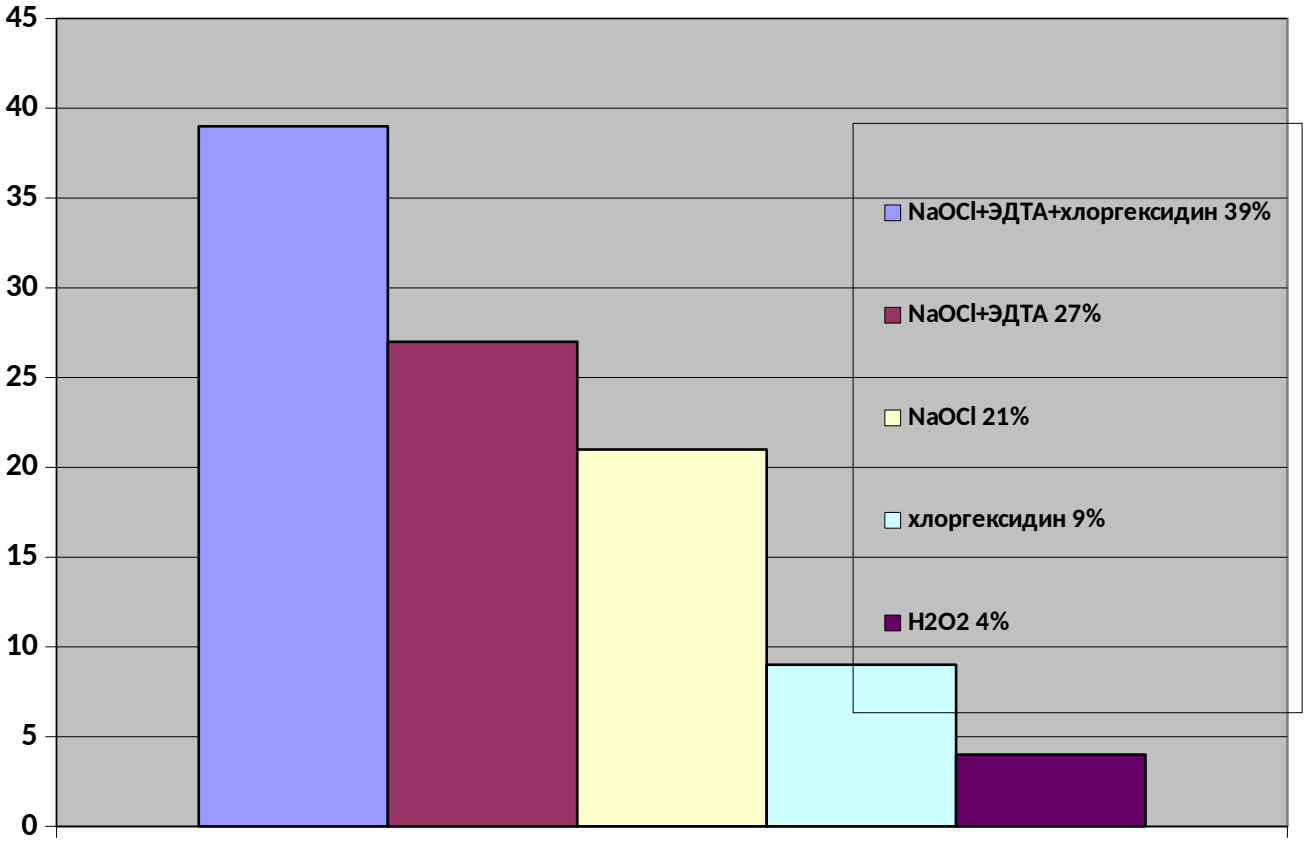
Анкетирование.

В ходе исследования данной темы было проведено анкетирование нескольких стоматологических клиник г. Саратова. Исходя из него, получены следующие результаты:

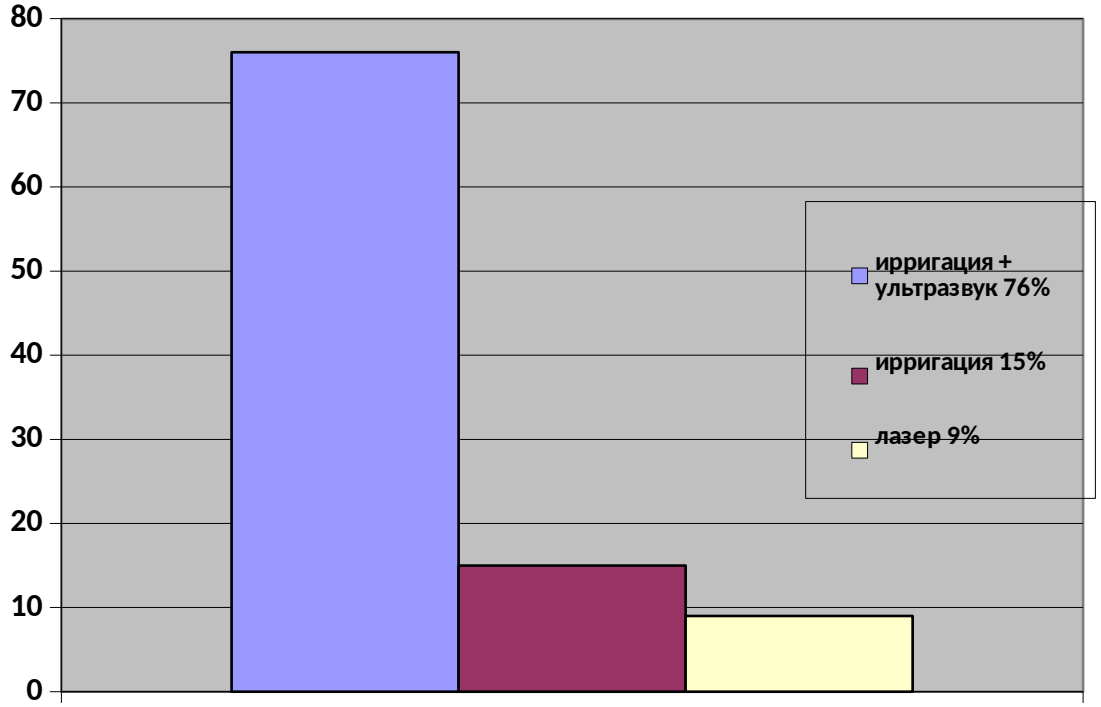
1. Какие методы дезинфекции корневых каналов Вы используете?



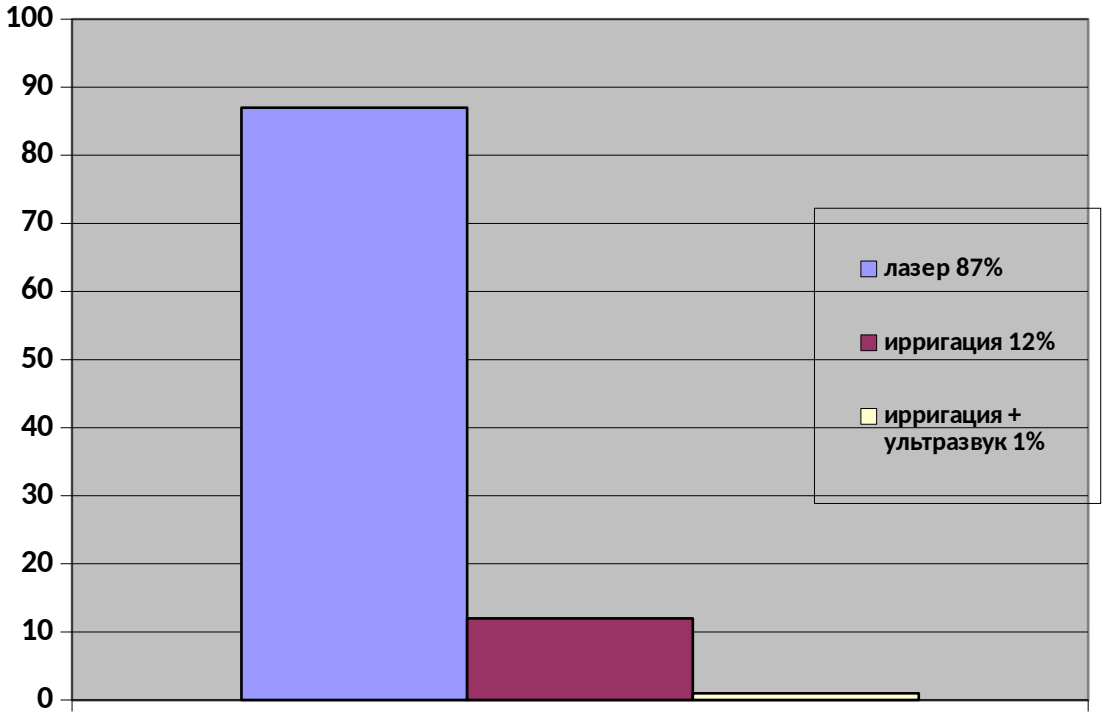
2. При химической дезинфекции корневых каналов Вы используете?



3. Какие методы дезинфекции Вы считаете наиболее эффективными?



4. Какие методы дезинфекции Вы считаете наиболее неэффективными?



По данным анкетирования видно, что большинство врачей-стоматологов используют ирригационный метод в сочетании с активацией ультразвуком и считают его наиболее эффективным.

Выводы:

1. Анатомически в каждом зубе различают три части: коронку, шейку и корень. Гистологически твердые ткани зуба состоят из эмали, дентина и цемента. Строение корневых каналов осложнено ответвлениями: дельтовидные ответвления, анастомозы, боковые ответвления на уровне середины корня.

2. Основные методы дезинфекции корневых каналов:

- ирригация;
- лазерная стерилизация корневых каналов;
- активация ультразвуком.

3. Было выявлено, что из-за особенностей строения корневых каналов инструментальная

обработка поднутрений практически невозможна и необходимо сочетать ее с различными препаратами. Среди основных методов дезинфекции наиболее подходящим является ирригационный метод с применением активации ультразвуком, так как особенности ультразвука, такие как кавитация, микростриминг и выделение тепла, делают возможным проникновение ирригантов глубоко в структуру корневого дентина и микроканальцы.

4. Именно у этой системы, в отличие от других, наименьшее количество отрицательных факторов действия, а поочередное использование препаратов гипохлорит натрия, ЭДТА, хлоргексидин делает ее еще более качественной. Исходя из всего этого, можно сделать вывод о том, что такой способ является самым эффективным.

Библиографический список:

1. Барер Г.М., Завьялова В.А., Овчинникова И.А., Маслий В.Г. Полная пародонтологическая программа пьезон: особенности клинического применения. Клиническая стоматология, 2003.-N 4.- С. 34-36.

2. Бир Р., Бауман М., Ким С. Атлас по стоматологии. Эндодонтология. Thieme/Медпресс: М.2004.-364с.

3. Бризано Б. Препарирование корневого канала. Клин. стоматология. 1988. - № 4. – С. 4-10.

4. Бургонский В. Г., Бургонский В.В., Куцевляк С.В. Борьба с перекрестной инфекцией во время стоматологического приема: Практическое пособие. – К.: Издательский дом «Ин Юре», 2000. – 72 С.

5. Бьюкенен Д.С. Обработка и чистка каналов. Новости Dentsply.-2003.-8.-с.34-41.

6. Терапевтическая стоматология Текст.: национальное руководство / Л. А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский. Москва.: Геотар-мед, 2009.-912 с.

7. Воспаление пульпы зуба Текст.: терапевтическая стоматология: национальное руководство / Иванова, Е.В. М. : Гэотар - мед., 2009.-С. 392-414.

8. Иоффе Е. Практическая эндодонтия. Краткие методические указания. American Dental Academy: Санкт-Петербург, 1994. – 18 с.

9. Применение эндодонтической системы 4001 аппарата Пьезон Мастер 400 и гипохлорита натрия при подготовке корневого канала и обтурации Текст. / И.М. Макеева, А.Б. Пименов, Н.С. Жохова // Институт стоматологии. - 2003. - № 3. - С. 25.

10. Причины неудачного эндодонтического лечения Текст. / JI.А. Мамедова, М.Н. Подойникова // Новое в стоматологии. -2005. -№ 1.-С. 4- 19.

11. Митронин А.В., Робустова Т.Г., Максимовский Ю.М. и др. Клинико-иммунологическая характеристика деструктивных форм хронического периодонтита // Российский стоматологический журнал.- 2006.- № 1.- С. 29-34.

12. Болезни периапикальных тканей зубов. Периодонтит Текст.: Терапевтическая стоматология. Национальное руководство / А.В. Митронин. М.: Гэотар - мед, 2009. - С. 415 - 462.

13. Стоматология, Н.Н. Бажанов; Учеб. для студ. мед. ин-тов. - Москва : Медицина, 1970. - 400 с., ил.

14. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса. - Изд.2-е, испр. и доп. - СПб: СпецЛит, 2001 – 670 с.

15. Терапевтическая стоматология. Боровский Е.В., Грошиков М.И., Патрикеев В.К., Барышева Ю.Д., Лемцкая Д.И. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982.- 560 с., ил.

16. Dakin H. D.— British med. Journal.— 1915.— vol. 2.— p. 318–320.

17. Ingle J.I. // Endodontics. Fifth edition. McGraw-Hill. - 2002. - 963p.

18. Farge P. Nahas P., Bonin P. In vitro study of a ND: YAP laser in endodontic retreatment / J. Endod. 1998. - Vol. 24. - P. - 359-363.

19. Grossman LI, Oliet S, Del Rio CE Endodontic Practice. 11 edition. Varghes: Bombey.- 1988.- 360p.

20. Hardee, J.J., Godwin, U., Benedetto, R. and McConnell, T.J. 1995. Major histocompatibility complex class IIA gene polymorphism in the striped bass. Immunogenetics 41: 229-238.

21. Harty's endodontics in clinical practice. Ed. Pitt Ford TR 4th ed. Wright. 1996. – 281 p.

22. Lima K.C., Fava L.R., Siquera J.F. Susceptibilities of Enterococus faecalis biofilms to some antimicrobial medications // J. Endod. 2001. - Vol. 27. - P. 616 -619.

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna
Д.м.н. профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «ИГМА», E-mail: kafedra-ozz@mail.ru;

Митрофанова Людмила Витальевна
Mitrofanova Ludmila Vitalevna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» E-mail: Ludmila.v94@mail.ru;

Даутова Алия Айнуровна
Dautova Aliya Ainurovna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» E-mail: dautova.alya2016@yandex.ru

УДК 616-002.8

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИЖЕВСКОММ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ЗАВОДЕ В 1944 ГОДУ

THE PREVALENCE OF FUNGAL DISEASES IN THE IZHEVSK METALLURGICAL PLANT IN 1944-1945

Аннотация: Грибковые заболевания относятся к инфекционным болезням и широко распространены на всех континентах. Заболевание сохраняет в течении многих веков существования человечества. В данной статье представлена информация о распространенности грибка стопы в Ижевском металлургическом заводе в 1944 году.

Annotation: Fungal diseases are related to infectious diseases and are widespread on all continents. The disease retains for many centuries the existence of mankind. This article provides information on the prevalence of foot fungus in the Izhevsk Metallurgical Plant in 1944.

Ключевые слова: история, Удмуртия, великая отечественная война, грибковые заболевания, грибок стопы

Keywords: history, Udmurtia, the Great Patriotic War, fungal diseases, foot fungus

Ведение

В условиях великой отечественной войны в тылу наблюдалось увеличение нагрузки рабочих на заводах, увеличивалось количество женщин и подростков работающих на тяжелом производстве. Вследствие вышеперечисленного ухудшались условия труда, и состояние их здоровья. При проведении исследования обращалось внимание на факторы, влияющие на развитие грибковых заболеваний и на наиболее частые проявления клиники заболевания.

Цель исследования:

Выявить факторы развития грибковой инфекции у рабочих ижевского металлургического завода в 1944 году, определить наиболее частые клинические проявления заболевания, распределение микозов по возрасту и полу.

Материалы и методы исследования:

Чтобы уточнить факторы развития грибковой инфекции и ее клинику были исследованы архивные материалы Государственного Центрального Архива Удмуртской Республики. В качестве документа изучен архив больницы ижевского металлургического завода за 1944 год.

Результаты исследования:

Грибковые болезни (микозы) распространены во всех странах мира и актуальны во все времена. [1, 2]. Заражение микозами происходит при тесном контакте с больным человеком, через предметы обихода, при несоблюдении правил гигиены, от больных животных, а развитию заболевания способствуют вирулентность возбудителя, нарушения обмена веществ, гиповитаминоз, эндокринные расстройства, иммунодефицит, гипергидроз, микротравмы и др [2, 3] Грибы начали свое существование на нашей планете задолго до появления человека и до сих пор эволюционируют, формируя со временем устойчивость к лекарствам.

В рамках исследования изучен архив больницы ижевского металлургического завода за 1944 год. Наиболее высокая концентрация кожных заболеваний в ижевском металлургическом заводе

наблюдалась в горячих цехах. [4] Из 22 двух рабочих этого цеха 14 имели кожные заболевания, самой часто поражаемой областью являлись стопы, что составляет 63,3%. Причиной этих заболеваний можно считать высокую температуру в помещении и использование в качестве обуви валенок, несвоевременной гигиене. В совокупности эти факторы ведут к усиленному потоотделению кожи стоп, созданию благоприятной среды для развития микроорганизмов, в частности грибковой инфекции.

Основными жалобами являлись: зуд, покраснение, шелушение пальцев стоп, мацерация кожи стоп. 7 из 14 (50%) рабочих жаловавшихся на зуд признались, что не следят за своевременной гигиеной стоп. При осмотре у 4 (28,6 %) рабочих выявлено покраснение пальцев стоп. У трех (21,4%) рабочих, кроме зуда были жалобы на опрелости, в архивных данных указано, что они носили тесную обувь. 10 из 14 рабочих (71,4%) указали, что надевали чужую обувь на рабочем месте. У 1 (7,1 %) рабочего при осмотре выявлено уплотнение ногтевой пластины и ее пожелтение, они так же являются симптомами грибка [5]

Не менее важным условием является общее самочувствие и частота заболеваемости других органов и систем рабочих. Так было замечено, вследствие перепадов температур в рабочем помещении и на улице, особенно зимой, трудящиеся завода часто болели простудными заболеваниями и заболеваниями системы дыхания. Как известно, вследствие снижения иммунитета заражение грибками происходит легче. 19 из 22 рабочих цеха (86,4 %) имели частые простудные заболевания. Из них микозы имели 11 рабочих (57,9 %). Хроническими заболеваниями дыхательной системы страдали 7 рабочих (31,8 %) Проблемы с грибковым поражением кожи из них были у 6 человек (85,7 %).

Немалое значение для распространения микозов имеют жилищно-бытовые и условия и материальное положение. Из 22 рабочих цеха были удовлетворены условиями жизни 8 человек (36,4 %) Соответственно 14 человек (63,6) не были удовлетворены материальным положением и жилищно-бытовыми условиями. Процент заболевания микозами в зависимости от удовлетворенности условиями жизни был следующий: среди давших положительный ответ наблюдались 4 человека с микозами (50 %), и 8 человек с неудовлетворительными условиями (57,1%)

В ходе изучения архивных материалов было замечено, что грибок распространялся и на других частях тела рабочих. Это межпальцевые промежутки рук, подмышечная область, паховые складки, межъягодичные складки. Данные осложнения появлялись вследствие несоблюдения гигиены ног и остальных частей тела и сохранения длительного повышения влажности под одеждой рабочих.

В статистике архивных документов указано, что распространение на другие части тела было у 7 рабочих из 14 страдающих грибковым поражением кожи стоп, что составляет 50%. Микозы межпальцевых промежутков наблюдались у 2х рабочих из 7 (28,6 %). Этому способствовало длительное ношение перчаток в помещении с повышенной температурой в сочетании с недостаточной гигиеной стоп и рук. Так же в цехе были частые обмены перчатками между рабочими. Микозы подмышечной области наблюдались у 1го рабочего (14,3 %). У двоих рабочих было распространение микоза в паховой области (28,6 %), у одного в области межъягодичных складок (14,3 %). Так же у одного рабочего было сочетание поражения паховой и межъягодичнной областей, что составило так же 14,3 %. 13 человек из 14 опрошенных (85,3 %) указали, что заболевание началось с поражения ног, и только у одного рабочего первое поражение грибком было на руках (14,3 %).

В архивных данных имеются данные опроса рабочих с грибковыми поражении о наличии данного заболевания у членов семьи. У 5 из 14 заболевших грибковыми заболеваниями поражены члены семьи. Из них 4 случая грибка стоп (80 %), и 1 случай поражения паховой области (20 %).

Было изучено так же распространение грибковой инфекции по возрасту. Из 22 рабочих цеха было следующее распределение по возрасту:

15-17 лет – 4 рабочих

18-40 лет – 9 рабочих

41-65 лет – 9 рабочих.

Из них грибковые заболевания наблюдались в возрасте от 15 до 17 лет у 1 человека (7,1 %). В возрасте от 18 до 40 лет у 5 рабочих (35,7 %). В возрасте от 41 года до 65 лет у 8 человек, что составляет 57,1 %.

Так же была замечена более широкая распространенность грибка среди мужчин.

В 1944 году в цехе работало 14 мужчин и 8 женщин. Среди 14 заразившихся грибковой

инфекцией было следующее распределение: 10 человек, что составило 71,4 % от общего количества мужчин в цехе и 4 женщины (50% от общего числа женщин в цехе).

Вредные привычки среди рабочих цеха имели 9 мужчин. Женщины наличие вредных привычек отрицали. Из 10 мужчин страдающих микозами 7 человек имели вредные привычки (70%) [5]

Выводы:

Главным фактором развития грибковой инфекции в ижевском металлургическом заводе в 1944 году является высокая температура в рабочем помещении и использование теплой рабочей обуви и несоблюдение гигиены стоп. Немаловажное значение имеет снижение иммунитета, у часто болеющих людей наблюдался высокий процент микозов(57,9 %). Наиболее частая жалоба пациентов при данном заболевании – зуд, наблюдался у 50% рабочих с грибковым заболеванием стоп. Самый частый процент встречаемости микозов наблюдался у людей в возрасте от 41 года до 65 лет у 8 человек (57,1 %). Так же была замечена более широкая распространенность грибка среди мужского пола - 10 человек, что составило 71,4 % от общего количества мужчин в цехе.

Обсуждение:

Грибковые заболевания не теряют актуальность во все времена существования человечества. Их распространению среди людей главным образом способствуют несоблюдение гигиены, повышенная потливость, снижение иммунитета. Исключая вышеуказанные пункты в своей жизни можно избежать заражения микозами.

Библиографический список:

1. Айзятулов Р.Ф. Грибковые заболевания кожи (лекции) // Журн. дерматовенерол. и косметол. им. Н.А. Торсуева.— 2001.— № 1.— С. 35—49

2. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей в 4 т. — Москва: Медицина, 1995.— Т. 1.— 576 с

3. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: Руководство для врачей.— М.: ООО «Биномпресс», 2003.— 440 с.

4. Материалы Государственного Центрального Архива Удмуртской Республики. Архив больницы ижевского металлургического завода за 1944 год. 21-23 с

5. Горская Е.И. Скрытые формы микозов стоп: диагностика и лечение. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2013 – т.1. 46-52 с.

Епанешникова Татьяна Петровна
Yepaneshnikova Tatyana Petrovna
студентка Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.

Плетенева Лариса Дмитриевна
Pleteneva Larisa Dmitrievna
студентка Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск

Шубин Лев Леонидович
Shubin Lev Leonidovich
К.м.н., доцент кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.

Савельев Владимир Никифорович
Savelyev Vladimir Nikiforovich
Д.м.н., профессор кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.

УДК 614.2

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР ЗА 1978 ГОД

THE RESULTS OF THE WORK OF INSTITUTIONS OF HEALTH OF THE UDMURT AUTONOMOUS SOVIET SOCIALIST REPUBLIC IN 1978

Аннотация: на основе архивных данных представлены некоторые итоги развития здравоохранения Удмуртской Автономной Советской Социалистической Республики (УАССР) в 1978 году.

Abstract: On the basis of archival data some results of development of health care of the Udmurt Autonomous Soviet Socialist Republic (UASSR) in 1978 are presented.

Ключевые слова: Удмуртская АССР, здравоохранение, план развития, медицинские работники, коечный фонд, лечебные учреждения

Key words: Udmurt Autonomous Soviet Socialist Republic, health care, development plan, medical workers, hospital stock, medical institution

В конце 70-х гг. прошлого столетия в амбулаторно-поликлинической помощи в медицинском обслуживании населения Удмуртской республики, особое внимание было уделено развитию и совершенствованию участковой службы, укомплектованию ее квалифицированными врачами. В 1978 году проведено разукрупнение территориальных участков: число терапевтических участков увеличилось на 23, педиатрических – на 12. В результате этого численность населения на терапевтическом участке составляла в среднем 2,5 – вместо 3 тысяч в 1977 году, а детей – 900, вместо 1000. Для работы на участках было направлено 64 врача, в 1977 году – 36. Тем не менее, укомплектованность участков оставалась недостаточной, в ряде из них работали совместители [1, с.6-7]. Число должностей в городских ЛПУ увеличилось на 587, в психоневрологических учреждениях на 59, в сельских - на 183. В городских санэпидстанциях в городе на 42, а в сельских на 47. Таким образом, количество должностей по бюджетным учреждениям увеличилось на 918 единиц и составило 35340. Число физических лиц по бюджетным учреждениям по сравнению с 1977 годом, в котором насчитывалось 26581, увеличилось до 27140 единиц [2, с.32-35].

Большое значение придавалось расширению работы по диспансеризации населения. Ежегодно 60-70% населения осматривалось с целью выявления различных заболеваний.

Активное проведение профилактических и оздоровительных мероприятий позволило

улучшить показатели заболеваемости в республике. Так в 1,8 раза снизилась заболеваемость острыми кишечными инфекциями, в том числе: дизентерией в 2,5 раза, брюшным тифом - 1,7 раза, инфекционным гепатитом – на 5%, геморрагической лихорадкой – 2,3 раза, на 12% сальмонеллезом. Не зарегистрированы случаи заболевания столбняком и полиомиелитом [1, с.15].

Противотуберкулезные мероприятия: обследовано свыше 60% населения республики. Проводилась работа по развитию перспективных противотуберкулезных учреждений и ликвидации маломощных, что позволило снизить заболеваемость активными формами туберкулеза в сравнении с 1977 годом на 8,5%, уменьшить контингенты больных, состоящих на учете на 7% и бациллоносителей на 9%.

Что касается злокачественных новообразований, в 1978 большая часть населения Удмуртии ежегодно подвергалась профилактическим осмотрам на злокачественные новообразования с применением цитологического метода исследования. Благодаря этому на ранних стадиях выявлялись опухоли женской половой сферы, а в Дебесском районе, где было обеспечено 100% охват цитологическим исследованием, указанное заболевание в отчетном году не было зарегистрировано [1, с.17]. Своевременная диагностика и лечение позволили 58% больным, страдающим злокачественными новообразованиями продлить жизнь на 5 и более лет, а при некоторых локализациях и формах выздоровление достигало 90-100%.

Несмотря на проводимые мероприятия, отмечался значительный рост венерической заболеваемости. Так, инфицирование сифилисом выросло на 29% и составило 22 на 100000 населения. Отмечено снижение заболеваемости гонореей на 3,6%. Наибольшее число страдающих венерическими заболеваниями встречалось среди лиц, относящихся к категории бродяг, алкоголиков.

Эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий в 1978 году зависела также от полноты и качества обеспечения учреждений лекарственными средствами. Улучшился контакт в работе аптек и больниц. Некоторые участковые врачи города Ижевска при посещении больного на дому сразу же обеспечивали его необходимыми препаратами. Однако существовал ряд недостатков, для решения которых и улучшения медикаментозного обеспечения больных был необходим еще более тесный контакт в работе аптечных и лечебных учреждений республики.

Особое внимание для улучшения организации медицинской помощи населению уделялось обеспечению ЛПУ современной аппаратурой, оборудованием и автотранспортом. Лечебные учреждения приобрели такие новейшие аппараты как кардиокомплекс-2, электронный интегратор, аппараты для проведения операций на головном мозге «Термохолод», «Тонус», физиоаппараты «Поток», «Лада» и другие.

Качество обслуживания ЛПУ санитарным транспортом улучшилось. Возрос автопарк на 85 машин. Полнее стали удовлетворяться запросы лечебных учреждений в санитарных автомобилях, уменьшилось число нареканий на плохую работу санитарного транспорта.

По строительству объектов здравоохранения в 1978 году план выполнен на 123%, т.е. при плане в 6,5 млн. рублей освоено по капитальным вложениям более 8 млн. рублей. В эксплуатацию введено больниц на 690 коек, поликлиник на 1400 посещений, в том числе: лечебный корпус на 120 коек в с. Вавож, инфекционные корпуса на 40 коек в п. Игра и в с. Алнаши на 20 коек, в Ижевске кардиологический корпус на 510 коек, две женские консультации [1, л. 18]. Все это приблизило базу лечебных учреждений к существующим санитарным нормам. Аптечная сеть в городах увеличилась в 1978 году до 571 единицы по сравнению с 1977 годом, в котором было 552 единицы, в сельской местности 802 единицы по сравнению с 765 единицами в 1977 году [2, с.54].

Таким образом по состоянию на 1 января 1979 года в республике было развернуто 16120 коек, обеспеченность больничными койками составила 108 на 10 тыс. населения, против 106 в 1977 году, но это ниже по сравнению с Российской Федерацией, где обеспеченность - 125 коек [1, с.19]. Несмотря на перевыполнение плана в целом неудовлетворительно осваивались средства на строительство 1000-коечной больницы в г. Ижевске, лечебного корпуса на 120 коек в г. Сарапуле, больниц в Камбарке, с. Селты.

Забота о здоровье женщин и детей по-прежнему оставалась важнейшей государственной задачей. В 1978 году в детских больницах открыто 5 палат интенсивной терапии, подготовлены врачи, начало функционировать отделение реанимации в 4 детской больнице г. Ижевска. В результате проведения дополнительных организационных мероприятий по охране здоровья детей добились улучшения основных показателей здоровья детского населения в Шарканском, Кезском районах республики. В Кезском районе детская смертность снизилась с 41 на 1000 родившихся в 1977 году до

13, в Шарканском - с 25 до 17.

Как известно, охрана здоровья ребенка начинается еще в дородовом периоде и зависит от качества проведения диспансеризации беременных женщин. Так, качественное диспансерное наблюдение в г. Воткинске позволило снизить частоту осложнений в родах при сердечно-сосудистой патологии. В Балезинском и Юкаменском районах в 1978 году не выявлено случаев гнойно-септических заболеваний у новорожденных и матерей, как результат проведения большой профилактической работы.

Было произведено улучшение материально-технической базы центральных районных больниц. Расширились возможности диагностики и лечения больных на уровне современных достижений медицинской науки. Обеспеченность сельских жителей койками была приближена к соответствующим показателям городского населения.

Для укрепления материально-технической базы сельской службы здоровья явилось кооперирование, объединение сил и средств мелких предприятий, совхозов. В 1978 году на средства колхозов и совхозов построено 13 медпунктов и 1 врачебная амбулатория в селе Люк Завьяловского района. Тем не менее ряд участковых больниц и медпунктов находились в неудовлетворительном состоянии, в типовых помещениях размещалось только 3% медпунктов.

Дальнейшее развитие получила шефская помощь сельским учреждениям здравоохранения со стороны городских ЛПУ. В течение 1978 года им была оказана организационно-методическая, консультативная и материальная помощь. В то же время руководители ряда шефствующих ЛПУ недостаточно серьезно подошли к оказанию помощи, не наладили должного контакта с подшефными учреждениями и не оказали им действенной практической помощи. Так, недостатки в деятельности Камбарской ЦРБ свидетельствовали, в том числе, и о недостаточной помощи со стороны Ижевской городской больницы №3. От добросовестного труда каждого медика на селе и деловой связи их с городскими коллегами, в определенной степени, зависят итоги успешного выполнения сельскими работниками производственных планов.

Что касается цехово – территориального участкового принципа обслуживания рабочих промышленных предприятий, то в этом году на данный вид перешли 10 из 25 медсанчастей. Это дало возможность улучшить преемственность в обслуживании больных по месту работы и жительства.

Большое внимание было уделено работе учреждений, отделений скорой медицинской помощи. В целом работа учреждений скорой медицинской помощи улучшилась. Но встречались еще факты невнимательного отношения со стороны диспетчеров, несвоевременное оказание медицинской помощи, повторялись диагностические и тактические ошибки врачей, приводящие к летальному исходу. Показатель своевременной доставки заболевших также не улучшился. Около 1/3 пациентов поступало через сутки от начала заболевания, что уменьшало вероятность успеха в лечении.

Происходило внедрение в деятельность учреждений здравоохранения автоматизированной системы управления.

Созданы крупные специализированные центры в стационарах независимо от их ведомственного подчинения. Так, в МСЧ строителей г. Ижевска были созданы геникологическое, терапевтические отделения, а больные других профилей госпитализировались в специализированные стационары лечебных учреждений Ижевского горздравотдела и республиканских больниц. В свою очередь МСЧ строителей госпитализировала больных не только строительных организаций, но и предприятий, обслуживаемых учреждениями г. Ижевска. В больнице железнодорожников было создано единое для г. Ижевска патологоанатомическое отделение и детское инфекционное отделение. Больница железнодорожников и МСЧ строителей являлись клинической базой для подготовки студентов мединститута. С открытием новых специализированных центров в республике население начало обслуживаться по территориальному принципу независимо от ведомственных принадлежностей. Совместная работа учреждений здравоохранения всех ведомств значительно повысила качество специализированной помощи населению всей республики, дала возможность более объективно анализировать состояние его здоровья.

В 1978 году принимались меры по дальнейшему обеспечению ЛПУ кадрами врачей, средних медицинских работников, повышению идейно-политического и профессионального уровня. В учреждениях здравоохранения всех ведомств трудилось 4534 врача и свыше 14 тысяч средних медицинских работников. Обеспеченность населения специалистами составила на 10 тыс. населения – 30,4, против 29,5 в 1977 году. Значительно повысился уровень профессиональной подготовки медицинских кадров - 26% специалистов имели квалификационную категорию. Усовершенствование

прошли 14% врачей и 9% средних медицинских работников. Стало больше уделяться внимания практическому обучению студентов медицинских училищ.

В Удмуртии в 1978 году была повышена эффективность оказания медицинской помощи населению благодаря реализации научных достижений в практике здравоохранения при взаимодействии коллективов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с сотрудниками Ижевского медицинского института. Для лечения неврологических больных более широко стали применяться иглорефлексотерапия, открыли электрофизиологические кабинеты оборудованные электроэнцефалографами, эхоэнцефалографами. Также в кабинете медицинской генетики стали использоваться новейшие методы выявления наследственной патологии с целью прогнозирования здорового потомства, в сосудистом отделении более широко стали проводиться операции на ветвях дуги аорты, впервые успешно выполнены операции при коарктации аорты, освоена селективная ангиография ветвей дуги аорты, разработана и внедрена новая методика комплексного лечения тромбофлебита. Кроме того, многие профессора института выезжали в сельские районы для оказания практической помощи.

Таким образом, в 1978 году в Удмуртии была усовершенствована участковая служба, возросло число квалифицированных специалистов, снижена заболеваемость с временной утратой работоспособности, уменьшены показатели детской и материнской смертности, во многих больницах увеличено количество коечных мест, появилась новая аппаратура и оборудование.

Библиографический список:

1. Материалы актива медицинских работников Удмуртской АССР 1979 года. Ф. 5034, Оп. 1, Д. 38. - 68 с.
2. Центральный государственный архив Удмуртской Республики Ф. Р-568, Оп. 1, Д. 2071.

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich
студент 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhayeva Valentina Nikolaevna
кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

УДК 61.616.2.24

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2016 гг.

PREVALENCE AND STRUCTURE OF DISEASES OF BREATH ORGANS IN OCTOBER REGION OF THE KURSK REGION FOR 2009-2016

Аннотация. Болезни органов дыхания занимают 6 место среди причин смертности населения в России. Основная доля патологии – это острые вирусные инфекции, бронхиты и пневмония. В результате проведенного исследования, получен вывод о том, что в Октябрьском районе Курской области заболеваемость органов дыхания заметно ниже, чем в стране и регионе.

Annotation. Diseases of the respiratory system occupy the 6th place among the causes of mortality in Russia. The major part of pathology is acute viral infections, bronchitis and pneumonia. As a result of the study, the conclusion was drawn that in the Oktyabrsky district of the Kursk region the incidence of respiratory organs is significantly lower than in the country and the region.

Ключевые слова: Болезни органов дыхания, население, Октябрьский район, Курская область, динамика, наблюдение.

Key words: Respiratory diseases, population, Oktyabrsky district, Kursk region, dynamics, observation.

Введение: Дыхание – биологический процесс, который сопровождается окислением органическим веществ и получением организмом энергии для совершения различных видов работ. Болезни органов дыхания отличаются разнообразием клинических и морфологических проявлений, что обусловлено структурой легочной ткани, возрастными особенностями и этиологическими факторами. Среди этиологических факторов выделяются: биологические патогенные возбудители (вирусы, бактерии, грибки, паразиты); химические и физические агенты; образ жизни; привычки. В развитии заболеваний дыхательной системы важная роль принадлежит наследственным факторам.

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции, как в общей структуре заболеваемости населения, так и среди причин летальных исходов. Ежегодно в стране умирают 41 тыс. человек от болезней органов дыхания. Основным контингентом заболевших является население трудоспособного возраста. В области профилактики и лечения тяжелых заболеваний (пневмония, астма и т.д.) имеются положительные перспективы для снижения уровня заболеваемости населения.

Цель исследования: изучение заболеваний органов дыхания населения Октябрьского района Курской области за 2009-2016 гг..

Материалы: отчеты Октябрьской больницы, медицинские карты взрослого населения, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Результаты исследования: Разделом медицины, изучающим заболевания органов дыхания, является пульмонология, что в переводе с латинского языка означает «учение о лёгких». В дыхательную систему входят не только органы дыхания, а также различные мышцы, грудная клетка, система кровообращения, поэтому спектр изучения данного раздела выходит за рамки патологий органов дыхания, исследуя другие системы, которые так или иначе связаны с дыхательной [2].

К органам, исследованием и лечением которых занимается пульмонология, кроме легких

относятся: сосудистые и нервные пучки корня легкого, лимфатические узлы, вилочковая железа, диафрагма и т.д. Основной функцией дыхательной системы является обеспечение газообмена в легких [3].

Основными заболеваниями органов дыхания являются бронхит, пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь, плеврит. В целом, существует четыре основные причины возникновения болезней органов дыхания:

1. Аллергическая – различные аллергены (например, пыль) вызывают бурную реакцию в организме на некоторые вещества и, в особенности, в дыхательной системе, чему следует возникновение некоторых заболеваний и патологий (бронхиальная астма).

2. Аутоимунная – в организме происходит сбой, в результате чего сам организм начинает вырабатывать так называемые антивещества, которые направлены против собственных клеток (саркодоиз).

3. Инфекционная – попадание в организм различных вирусов, грибковых спор, которые могут вызвать заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит).

4. Наследственный фактор – предрасположенность к заболеванию вследствии передачи по наследственной информации в ряду поколений. [1].

В Октябрьском районе Курской области отмечается благоприятная ситуация, в сравнении с городом Курском (административный центр) и в стране в целом (рисунок 1).

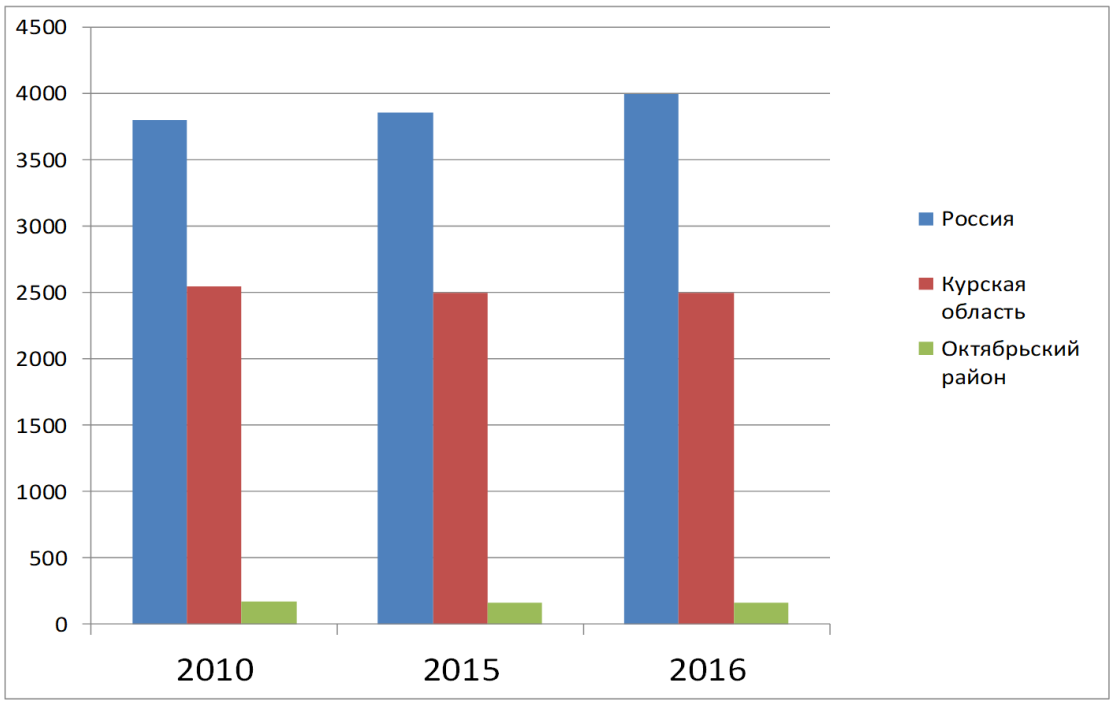


Рисунок 1. Заболеваемость органов дыхания населения (на 10 000 человек)

Причинами такой низкой заболеваемости населения в исследуемой области является преобладание сельской местности, экологическое состояние района. Помимо этого, преобладание аграрного хозяйства особенно в отдаленных населенных пунктах говорит о том, что промышленное производство и постиндустриальное ведение хозяйственной деятельности характеризуется низкой интенсивность. Вследствие чего заболеваемость органов дыхания населения заметно снижена на фоне страны и области.

У населения Октябрьского района чаще регистрируются случаи заболеваний нижних дыхательных путей, по сравнению с пневмонией и астмой (рис. 2). В 2013 году наблюдается увеличение заболеваемости пневмонией, что возможно обусловлено низкими температурами зимой и плохо отапливаемыми помещениями. В период с 2015 по 2016 год происходит увеличение заболеваемости астмой, что может быть обусловлено малым количеством осадков в целом за год и возрастанию запыленности воздуха аллергенами. В период с 2015 года по 2016 наблюдается резкое увеличение заболеваемости астмой. Возможно, это связано с тем, что население, перенесшее пневмонию в 2012-2013 года, прошло недостаточный курс лечения и реабилитации, что повлекло за собой осложнения в долгосрочной перспективе.

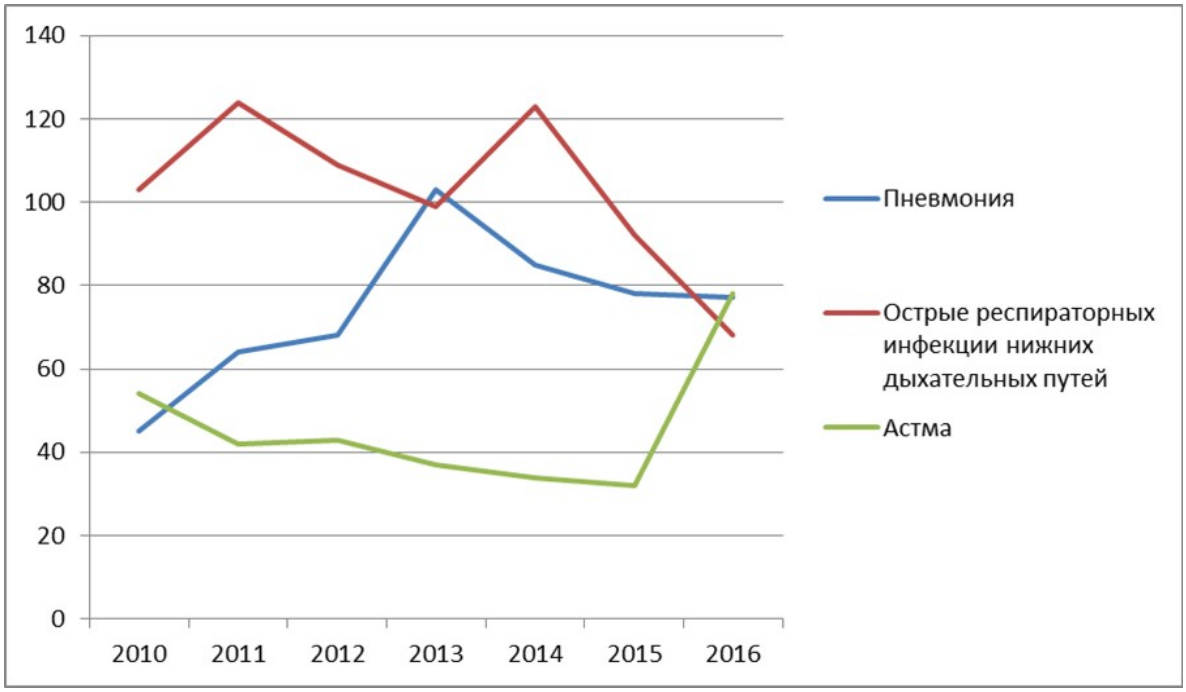


Рисунок 2. Динамика заболеваемости органов дыхания в Октябрьском районе

Изучено проявление данных патологии во всех возрастных категориях населения. В Октябрьском районе Курской области пневмонии более подвержено взрослое население. Это связано с тем, что люди трудоспособного возраста часто недооценивают обыкновенную простуду с незначительной температурой, и не обращаются за медицинской помощью в больницы, продолжают ходить на работу. В результате этого ОРВИ дает осложнения, зачастую в виде пневмонии. Этому способствует высокая заболеваемость пневмонией среди трудоспособного населения.

Изучая динамику заболеваемости нижних дыхательных путей населения Октябрьского района, отмечается большая подверженность детского населения. Зачастую лица трудоспособного и старше трудоспособного возраста реже обращаются за медицинской помощью, назначая себе лечение самостоятельно. Это приводит к осложнениям, зачастую в виде пневмонии, поэтому взрослое население по медицинским карточкам более подвержено пневмонии, нежели ОРВИ.

Тем не менее, прогноз заболеваемости органов дыхания населения Октябрьского района Курской области носит положительный характер. Наблюдается снижение общей заболеваемости за последние 6 лет. Показатель заболеваемости органов дыхания Курского региона и Октябрьского района относительно Российской Федерации ниже.

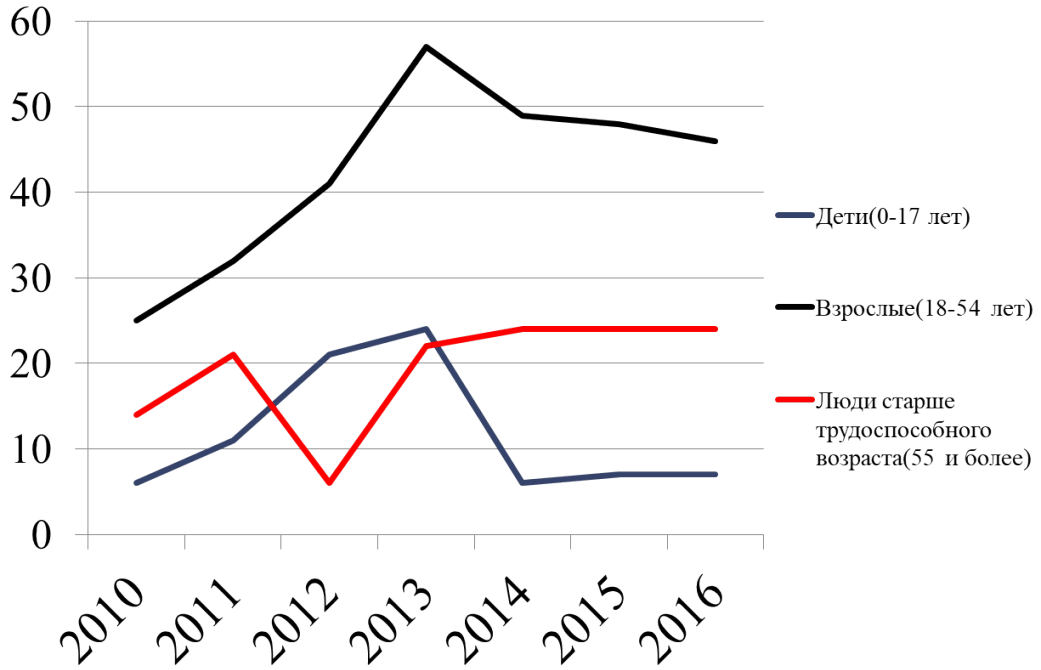


Рисунок 3. Динамика заболеваемости пневмонией населения в Октябрьском районе.

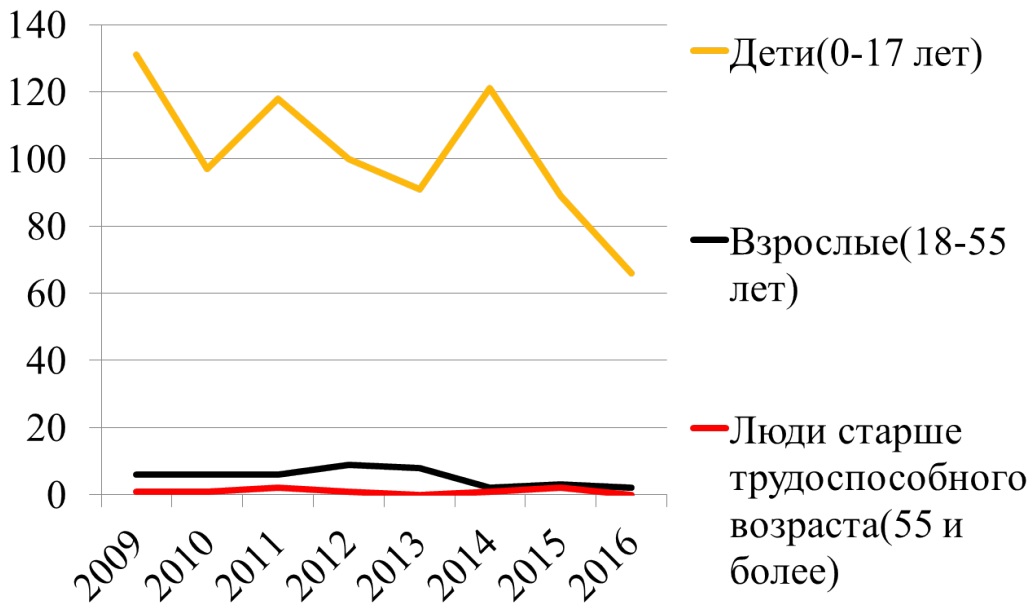


Рисунок 4. Динамика заболеваемости нижних дыхательных путей населения Октябрьского района.

Выводы: В Курской области наблюдается снижение общей заболеваемости за последние 6 лет. Показатель заболеваемости нашего региона и Октябрьского района относительно Российской Федерации ниже. Показатель заболеваемости населения органов дыхательной системы в Октябрьском районе снижается за последние 6 лет.

Библиографический список:

1.Киселенко Т.Е., Назина Ю.В., Могилева И.А. Болезни органов дыхания. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 288 с.

2.Чучалин А. Г. Белая книга пульмонологии. – М., 2000. – 47 с.

3.Novak, C. L. Identification of missed pulmonary nodules on low dose CT lung cancer screening studies using an automatic detection system / C.L. Novak, L. Carol, J. Qian // Medical Imaging. 2003. - №2. - P. 439-447.

Абдуллаева Нигора Нусратовна
доцент, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Исматов Хамидулла Хикматуллаевич
врач-ординатор, Вторая клиника Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Ишмухамедов Зиёвуддин Мухиддинович
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru

Abdullaeva Nigora Nusratovna
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Ismatov Hamidulla Xikmatovich
2nd Clinica Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Ishmuhamedov Ziyovuddin Mukhiddinovich
Tashkent City Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru

УДК 611.831.819+616-007.271-08

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИПРОСПАНА

IMPROVEMENT OF THE METHODS TREATMENT OF PATIENTS WITH CICATRICIAL STENOSIS OF LARYNX AND TRACHEA WITH USE OF DIPROSPAN

Аннотация: Обобщен опыт лечения 61 больного по поводу рубцового стеноза трахеи. Для улучшения результатов предложено включение в комплекс лечения дипроспана. Преимуществами предложенного способа лечения рубцового стеноза трахеи являются уменьшение выраженности хронического воспаления, уменьшение разрастания грануляционной ткани.

Abstract: The experience of treating 61 patients over the rumen of stenosis of the trachea was summarizes. To improve the results suggested inclusion complex diprospan treatment. The advantages of the proposed method of treatment of tracheal stenosis scarring are reduced severity of chronic inflammation, reducing the proliferation of granulation tissue.

Ключевые словы: рубцовый стеноз трахеи; лечение; дипроспан.

Key words: scar stenosis of the trachea; treatment; diprospan.

Стеноз трахеи – это патологический процесс, связанный с замещением нормальных структур стенки дыхательной трубки грубой рубцовой тканью, которая суживает просвет дыхательного пути [16, 54]. Пусковым механизмом заболевания является повреждение стенки трахеи с последующим развитием гнойно-некротического процесса. Наиболее часто травма имеет ятрогенный генез и происходит при проведении ИВЛ через интубационную или трахеостомическую трубку, либо становится результатом осложнений после трахеостомии [1].

Реконструктивно-восстановительное лечение патологии трахеи – один из труднейших разделов хирургии. Это связано с особенностями локализации дыхательного пути, его кровообращения и взаимоотношений с прилежащими к нему органами [2].

Среди хирургов до сих пор не существует единой точки зрения на тактику и выбор лечения этой патологии. Многочисленные публикации свидетельствуют о том, что далеко не закончен поиск и совершенствование методов консервативной терапии, выбора способа операции, профилактики сужения данной анатомической области. [3].

В решении поставленных задач одну из ведущих ролей играет визуализация патологического очага, точная оценка стриктуры, ее локализации, протяженности, формы, состояния дыхательной трубки до поражения, в зоне патологии и после сужения, а также периферических тканей, объемное представление патологии [4].

Рубцовые стенозы трахеи – одно из грозных осложнений неспецифических и специфических инфекционных заболеваний (абсцессы, флегмоны, туберкулоиды, волчанка и др.), а также травм (ранения, тупые травмы, ожоги).За последнее десятилетие в мире отмечается рост данной патологии в

связи с увеличением травматизма, расширением диагностических мероприятий в выявлении воспалительных заболеваний, ведущих к расширенным и более сложным, более длительным оперативным вмешательствам, предполагающим, соответственно, эндотрахеальный наркоз [5].

По данным В. Н. Фоломеева и А. И. Логунова, причиной стенозирования трахеи в 33,0 % случаев служила интубация и трахеостомия, в 22,0 % – струмэктомия, комбинированное лечение опухолей щитовидной железы и средостения, в 17,0 % – разнообразные травмы лица и передней поверхности шеи, в 13,0 % – опухоли, в 8,0 % – системные заболевания, в 5,0 % – инородные тела [6].

По мнению других авторов, постинтубационный стеноз гортани достигал 68,5 %, стеноз трахеи – 31,4 %, причем длительность ИВЛ имела достаточно большой временной разброс (от 3 до 86 дней) [85]. Наиболее подвержены постинтубационному стенозу трахеи дети первых трех лет жизни, где в 58,3 % случаев развивался гортанно-трахеальный стеноз, причем мальчики страдают в 3,1 раза чаще [7].

Самыми распространенными причинами возникновения рубцовых стенозов трахеи являются травмы и ранения, особенно когда повреждаются и смещаются хрящи гортани и их фрагменты, образующие ее скелет [8].

Посттравматические повреждения лицевого черепа составляют 34,0 % в структуре всех краниоцервикальных травм [28]. При этом стенозы наблюдаются у 93,0 % пациентов с острой травмой и у 7,0 % – в отдаленном периоде [9].

Хирургические вмешательства, осуществляемые в порядке оказания скорой помощи при асфиксии (трахеотомия, коникотомия и др.), могут приводить к выраженным стенозам трахеи, препятствующим деканюляции [10].

По литературным данным, 75,0 % стенозов трахеи возникают именно как следствие ургентных хирургических вмешательств на этих органах [198]. Причиной рубцевания могут быть повреждения, происходящие в момент интубации трахеи, если интубационная трубка находится в гортани и трахее дольше 24–48 часов [11].

Нередко сама трахеотомическая трубка, даже в том случае, если трахеотомия была сделана lege artis (по всем правилам искусства), может вызвать образование пролежней, изъязвлений, грануляций и особенно так называемой надканюлярной шпоры в результате давления трубки на переднюю стенку трахеи, которая, приближаясь к задней стенке, способствует сужению просвета [12].

В некоторых случаях в этой области образуются грануляции, полностью перекрывающие просвет трахеи над трахеотомической трубкой. Их возникновение нередко потенцируется недостаточно полноценным уходом за трахеостомой и канюлей, которую своевременно не заменяют и систематически не очищают. Использование удлиненной канюли может спровоцировать анкилоз перстнечерпаловидных суставов, а у детей – запаздывание развития гортани [13].

Другой, не менее частой причиной возникновения рубцовых стенозов трахеи являются хирургические вмешательства в этой области [14].

Наиболее распространенная операция – струмэктомия – может привести к развитию гортанно-трахеальнного стеноза. По данным ГКБ имени С. П. Боткина, у 160 пациентов наблюдалась данная патология, что составило 56,0 % от общего числа прооперированных [15].

Актуальность проблемы рубцового стеноза трахеи, а также длительное ухудшение качества жизни пациента после этапных реконструктивных операций побудило нас для улучшения результатов лечения больных, у которых установлена Т—образная трубка, применить в комплексе терапии гормональный препарат дипроспан.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Совершенствование методов лечения больных с рубцовым стенозом гортани и трахеи с использованием дипроспана

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находился 61 больной, которых распределили на три группы. У 12 больных (1—я группа) патологические изменения в трахее слабо выражены, представлены в виде грануляций, незначительно суживающих ее просвет. Больным проведено консервативное лечение с положительным исходом. У 54 больного наблюдали рубцовую деформацию и выраженный стеноз трахеи. Тактика ведения, длительность и результаты лечения этих больных различны. У 26 пациентов (2—я группа) выполнена резекция суженного участка трахеи, наложен первичный анастомоз. Возможность формирования анастомоза обеспечивала протяженность стеноза, которая составляла у этих больных 30—60 мм. У 28 пациентов (3—я группа) установлены Т—образные трубки, им

планировали кожную пластику. Больные этой группы распределены на две подгруппы. В первой подгруппе 16 больных лечили с применением стандартных методов, во второй подгруппе у 12 пациентов местно в комплексе лечения применяли гормональный препарат дипроспан. Дипроспан вводили однократно внутрислизисто в дозе 0,1 мл на 1 см2 грануляционной ткани.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность предложенного комплекса лечения оценивали визуально и по данным эндоскопического исследования. Отмечено уменьшение роста грануляционной ткани и, соответственно этому, рестеноз. Помимо этого, проведенные с интервалом курсы лазеротерапии способствовали ускорению восстановления утраченной каркасной функции трахеи, закрытию дефекта путем кожной пластики.

Из 14 пациентов первой подгруппы, которым проведено стандартное лечение, 2 вынуждены были пожизненно носить Т—образную трубку вследствие повреждения возвратных гортанных нервов до поступления под наше наблюдение. У 3 больных кожная пластика проведена в сроки от 21 до 23 мес, у 7 — от 32 до 36 мес, у 1 — через 48 мес, у 1 — через 72 мес. Из 12 пациентов второй подгруппы, которым проведено комплексное лечение, у 7 — кожная пластика осуществлена в сроки от 9 до 10 мес, у 5 — 12—14 мес.

Таким образом, включение в комплекс лечения дипроспана в сочетании с низкоинтенсивным лазерным излучением позволило значительно уменьшить период до выполнения повторных реконструктивных операций и их реабилитации. Преимуществами предложенного способа лечения рубцового стеноза трахеи являются уменьшение выраженности хронического воспаления и разрастания грануляционной ткани вследствие пролонгированного действия дипроспана и противовоспалительного действия низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения.

Библиографический список:

1. Кассиль В. Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких / В. Л. Кассиль, М. А. Выжигина, Г. С. Лескин. — М., 2004.

2. Морфологические изменения в трахее при постинтубационном рубцовом стенозе / М. К. Недзьведь, А. А. Татур, С. И. Леонович [и др.] // Мед. журн. Белорус. ГМУ. — Минск, 2008.

3. Постинтубационные осложнения при длительной ИВЛ / И. В. Серебренникова, А. Г. Короткевич, Е. В. Григорьев [и др.] // Политравма. — 2011. — № 2. — С. 48 — 52.

4. Паршин В. Д. Новое в диагностике и хирургии [Электронный ресурс] / В. Д. Паршин // Рос. науч. центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН, 2012. http://thoracic—surgery.com.ua/

5. Паршин В. Д. Хирургия рубцовых стенозов трахеи / В. Д. Паршин. — М., 2003.

6. Кирасирова Е. А. К вопросу о трахеостомии у больных, находящихся на ИВЛ / Е. А. Кирасирова. Е. Г. Ежова, Н. Н. Тарасенкова // Вестн. оториноларингологии. — 2004. — № 6. — С. 55 — 57.

7. Кулин И. В. Эффективность эндобронхиальной лазерной терапии в комплексном лечении / И. В. Кулин // Хирургия. — 2000. — № 12. — С. 55-60.

Попова Наталья Митрофановна
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Popova Natalya Mitrofanovna
Doctor of medical sciences, Professor, head of the department of public health and health care
Izhevsk State Medical Academy

Салихова Роксана Раилевна
студент 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Salikhova Roxana Railevna
student, Faculty of General Medicine
Izhevsk State Medical Academy

Хасаншин Ильдар Айратович
студент 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Hasanshin Ildar Ayratovich
student, Faculty of General Medicine
Izhevsk State Medical Academy

УДК 614.2

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СТУДЕНТАМИ

CHARACTERISTIC OF A HEALTHY LIFESTYLE, CONSUMPTION OF ALCOHOL, NARCOTIC SUBSTANCES BY STUDENTS

Аннотация. В статье представлен анализ состояния здоровья студентов города Ижевска за 2018 год. Рассмотрены новые подходы к основам здорового способа жизни студента. Особенно подчеркивается проблема распространенности вредных привычек и нездорового образа жизни среди студенческой молодежи.

Abstract. The analysis of the state of health of students of the city of Izhevsk for 2018 is presented in article. New approaches to bases of a healthy way of life of the student are considered. The problem of prevalence of addictions and an unhealthy way of life among student's youth is especially emphasized.

Ключевые слова: студенты, здоровье, алкоголь, наркотические вещества, Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск.

Keywords: students, health, alcohol, drugs, Izhevsk state medical Academy, Izhevsk.

Введение. Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы нашего общества – это не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала общества. Поэтому представлять сегодня, как формируется здоровье молодых людей, от каких факторов зависит и как на эти факторы воздействовать с целью получения позитивных результатов – чрезвычайно важная задача[2].

Студенты в период обучения в высшей школе испытывают воздействие целого комплекса факторов, негативно влияющих на состояние их физического, психического и репродуктивного здоровья. Среди этих факторов важную роль играет постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, информационный стресс, недостаточная материальная обеспеченность, необходимость совмещать учебу с работой, частые нарушение режима обучения, отдыха и питания[1]. Уже со школьной скамьи выявлена малая двигательная активность подростков, приводящая к снижению адаптивных способностей и двигательных качеств. Недостаточный объем физических нагрузок является фактором, снижающим физическое здоровье подростков[6].

Ухудшение социально-экономических условий жизни населения страны, увеличение

доступности алкоголя и наркотических веществ, нарастание социально-психологических проблем и ряд других факторов привели к увеличению потребления алкоголя и наркотических веществ, нарушению основ здорового образа и качества жизни среди молодежи. Исследованиями показано, что наличие вредных привычек у молодых людей и ведение нездорового образа жизни способствует возникновению и осложнению течения ряда заболеваний, которые впоследствии негативным образом могут отразиться на здоровье[5].

Цель исследования: выявить основные причины употребления алкоголя и наркотиков в студенческой среде.

Материалы и методы исследования: был разработан инструмент исследования (анкета) и проведен социологический опрос среди студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) и представителей других учебных заведений города Ижевска. Анонимный опрос проводился с помощью анкеты и интернет-тестирования, в котором приняли участие 309 студентов города Ижевска.

Полученные результаты: Возраст опрошенных студентов распределялся следующим образом: 21,2% приходился на возрастную категорию от 17 до 19 лет, 54,1% от 20 до 22 лет, и 24,7% от 23 и старше. Среди студентов было 19,0% мужчин и женщин 81,0%.

В анкетирование приняли участие студенты разных учебных заведений города Ижевск. Студентов из ИГМА было больше всех 93,8%, на втором месте студенты Удмуртский государственный университет (УдГУ) -4,1%, Ижевский государственный технический университет (ИжГТУ) - 0,7%, и 1,4% были студенты из других учебных заведений. Студенты ИГМА по факультетам распределились следующим образом: 68,1% приходился на лечебный факультет, 20,3% на педиатрический, 11,6% на стоматологический факультеты.

Студенты дали характеристику словосочетанию «здоровый образ жизни»- 15,1% выбрали вариант «полноценно питаться»; «не курить» и «не употреблять наркотики» выбрали 14,4%; «заниматься спортом» - 13,7%; «не употреблять алкоголь» - 8,9%; вариант «все перечисленное» выбрали 87,7% (рис.1).

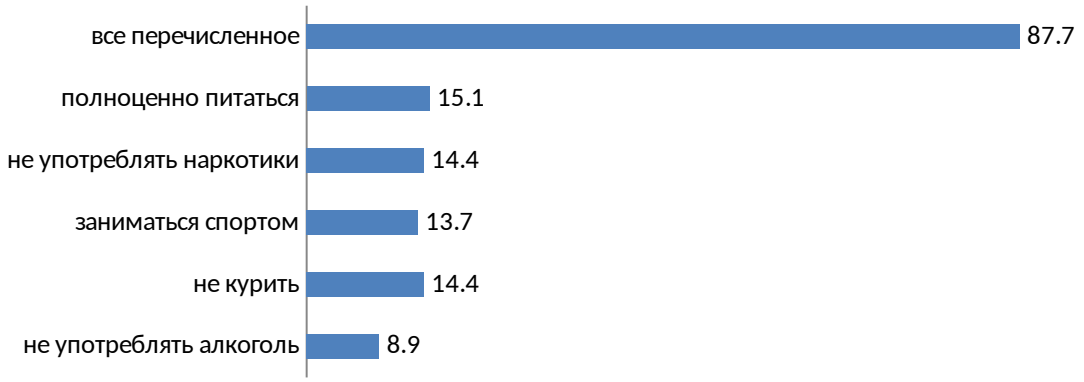


Рис.1. **Что такое, на Ваш взгляд, «здоровый образ жизни»?**

На вопрос «Считаете ли Вы необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни?», «да» ответили 43,8%; «частично» придерживаться принципов здорового образа жизни 47,9%; 5,5% опрошенных эта проблема их не волнует; и 2,7% не придерживаются принципов здорового образа жизни (рис. 2).

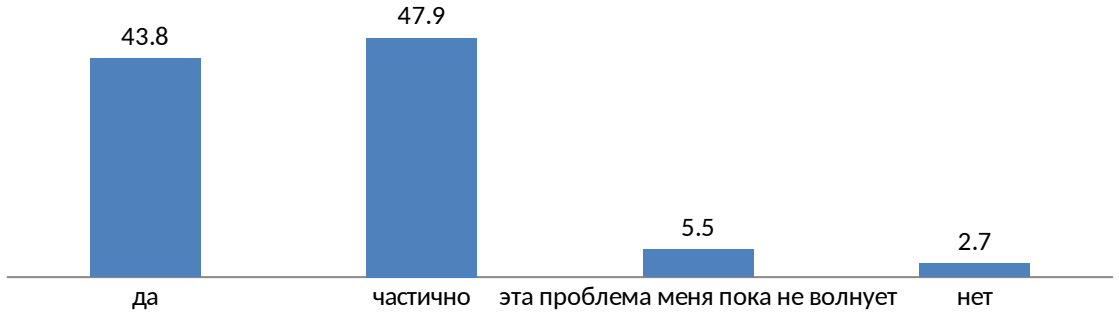


Рис. 2. **Считаете ли Вы необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни?**

58,9% опрошенных студентов оценивают уровень собственного здоровья на «хорошо», то есть 10,3% довольны состоянием своего здоровья и 48,6% скорее довольны, чем не довольны, а 36,3%

опрошенных не довольны состоянием своего здоровья, и 4,8% затруднились оценить о состоянии своего здоровья (рис. 3).

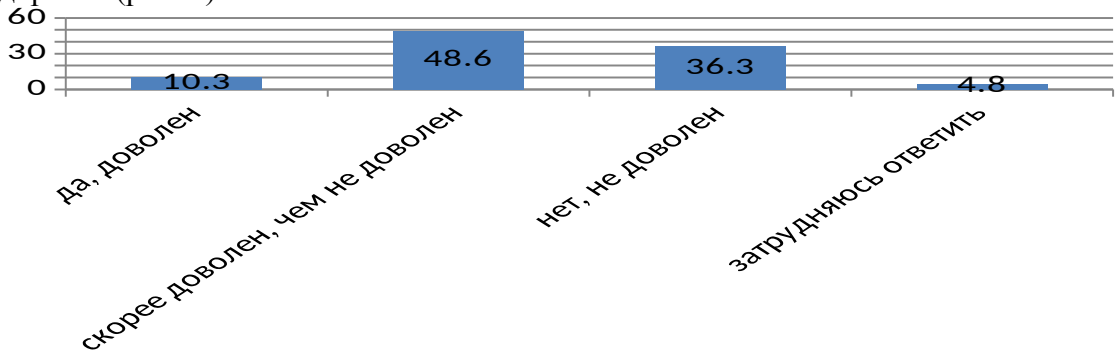


Рис. 3. **Довольны ли Вы состоянием своего здоровья?**

Студенты города Ижевска испытывают стресс, 39,7 % из них несколько раз в неделю; 26,7 % ежедневно; 21,2 % бывают достаточно редко в состоянии стресса; 11,6 % испытывают стресс несколько раз в день; и лишь 0,7 % никогда не находятся в состоянии стресса (рис. 4).

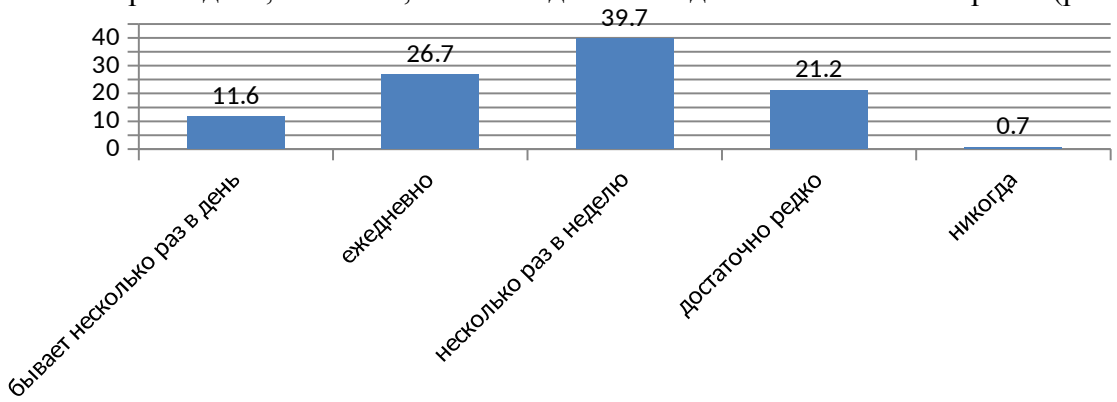


Рис. 4. **Частота нахождения в состоянии стресса студентами?**

В наше время стало модно заниматься активными видами спорта, и 58,3% студентов не отстают от моды, поддерживают свое здоровье, занимаясь спортом, из них 12,3% занимаются регулярно спортом, а 29,4%,к сожалению, совсем не занимаются спортом.

На вопрос «Употребляете ли Вы спиртные напитки?» чуть более половины (67,8%) респондентов ответили что, употребляют. Почему же студенты начали употреблять алкоголь? Результаты получись такие, в основном спиртные напитки начинали пить за компанию, что составило 43,9% и 2,4% из-за проблем в семье (рис. 5).

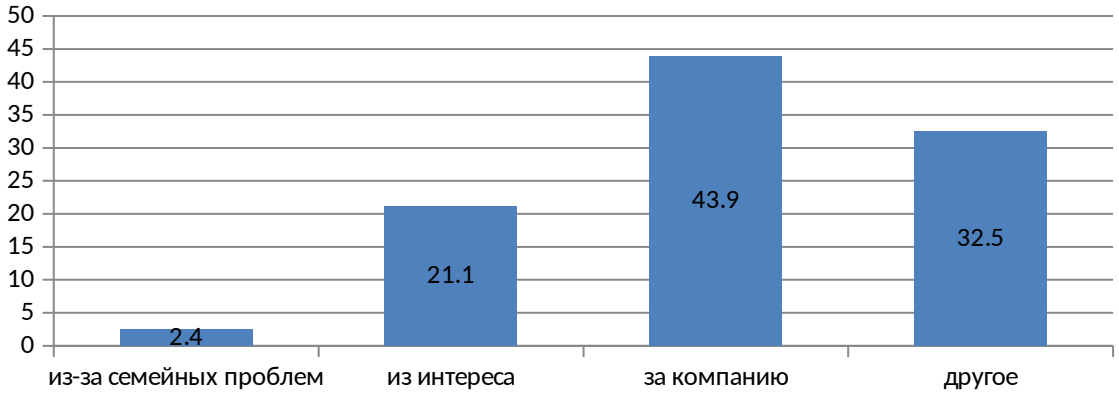


Рис. 5. **Причина употребления алкоголя студентами (в %).**

Самом частой причиной употребления алкоголя является «праздничное застолье» и «приглашение друзей что-то отметить» составило 54,8% и 53,4%, а стрессовая ситуация 34,2%, по 21,2% это варианты «просто хорошее настроение» и «желание выпить», а так же «без причины» 22,6%, 8,2% хотят быть как все (рис. 6).

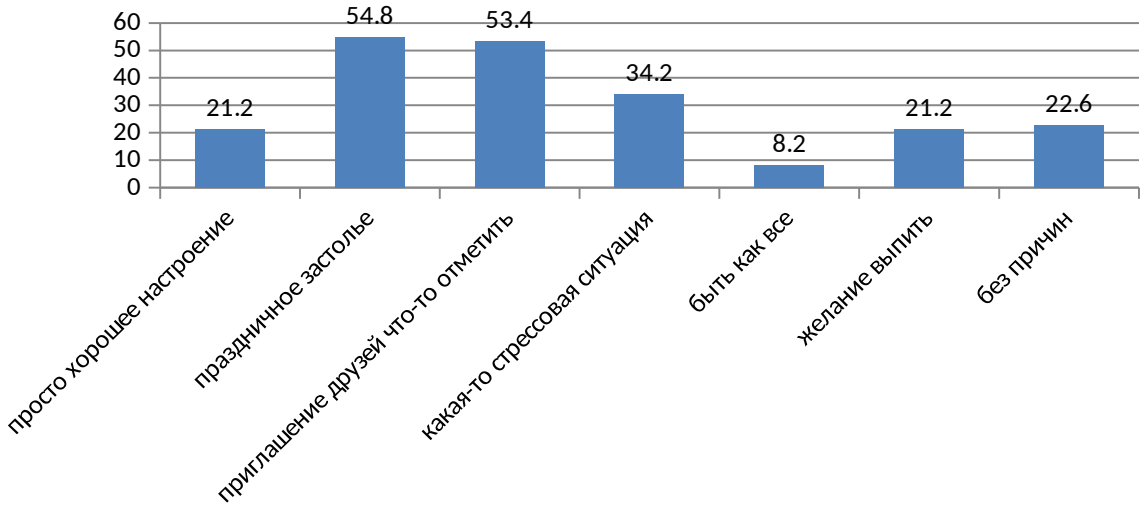


Рис. 6. **Причина употребления студентами алкоголя (на 100 опрошенных).**

Как показало анкетирование, алкоголь не вызывает привыкания у студентов. На вопрос «Были ли Вы когда-нибудь сильно пьяным?», 56,0% студентов ответили, что такого состояния не испытывали. Мы выяснили, что 71,8% респондентов свои неудачи не решают с помощью алкоголя, 22,5% нечасто решают свои проблемы с помощью алкоголя, а 2,1% решают свои неудачи таким способом (рис.7).

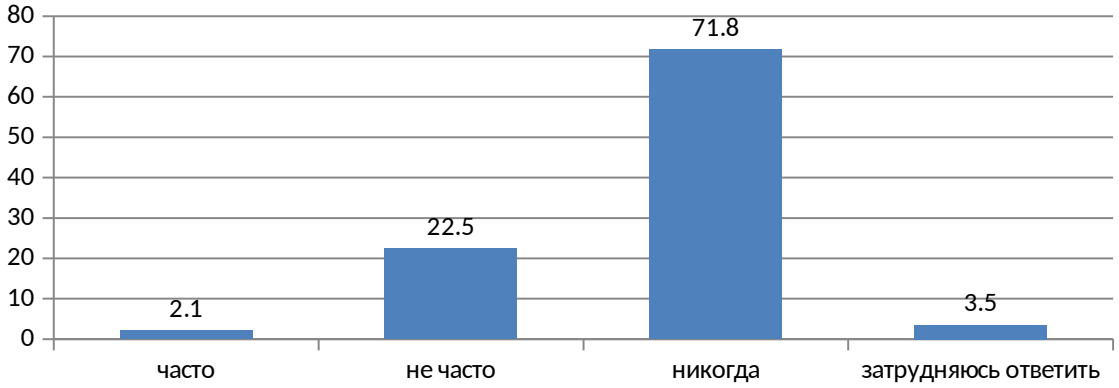


Рис. 7. **Частота употребления алкоголя студентами.**

Мы предположили, что широкий доступ дешевых алкогольных напитков может являться одной из причин злоупотребления спиртными напитками среди студентов, и это подтвердилось результатами анкетирования, 65,8% подтвердили наши слова, 21,2% эту проблему не связывают с злоупотреблением спиртных напитков. Другой причиной злоупотребления алкоголем мы посчитали, что являются жизненные неудачи, в этом случае наши предположения не подтвердились, 75,3% «не запивают» свои неудачи.

«Характеристика алкогольных напитков употребляемых студентами», 55,4% предпочитают вино, 31,4% предпочитают крепкие напитки, и 24,8%- пиво (рис.8).

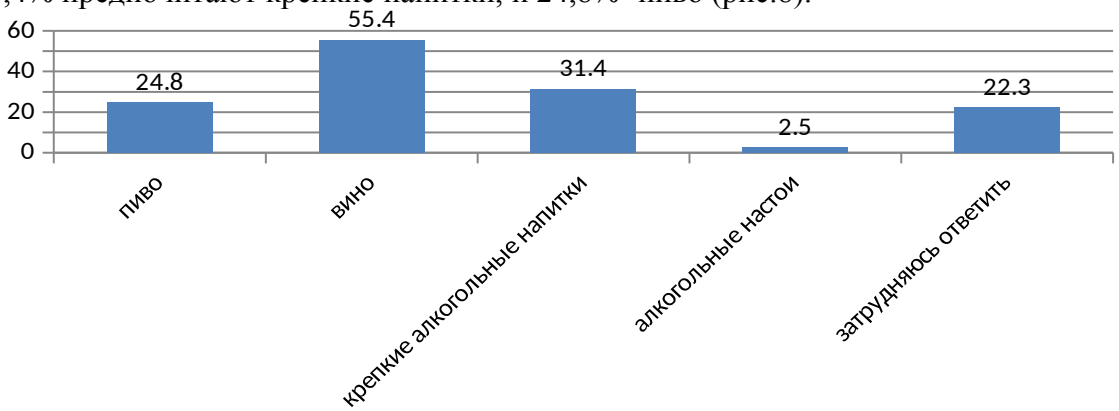


Рис. 8. **Характеристика алкогольных напитков употребляемых студентами.**

Нам стало интересно, пробовали ли студенты наркотические вещества? 78,1% опрошенных студентов города Ижевска не пробовали наркотические вещества, 14,4% пробовали, 7,5% пробовали и периодически употребляют (рис.10).

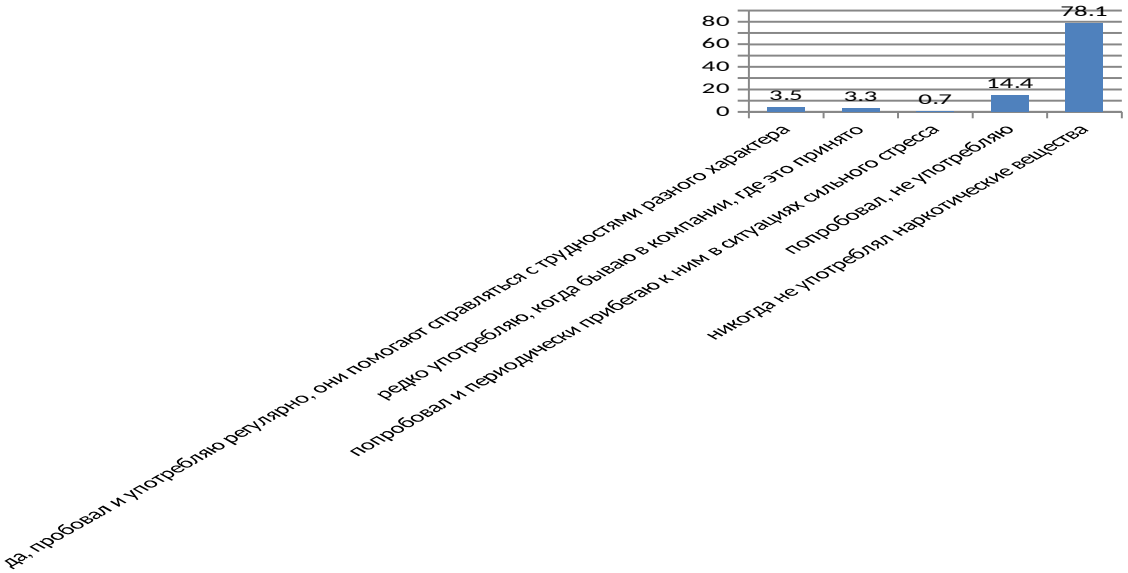


Рис. 10. **Характеристика употребления наркотиков, токсических веществ студентами.**

На вопрос, откуда студенты города Ижевска узнали о наркотических веществах, 65,2% узнали из средств массовой информации, 58,3% и 59,8% из учебного материала и различного рода публикаций, 33,3% от друзей и знакомых (рис.11). Мы поинтересовались, если бы опрошенные имели друзей или знакомы с употребляющими наркотики, то, как бы они поступили в данной ситуации: 67,1% помогли бы излечиться от этой зависимости, а 20,5% продолжали бы дружить, не обращая на это внимание, 7,5% прекратили бы отношение с этим человеком.

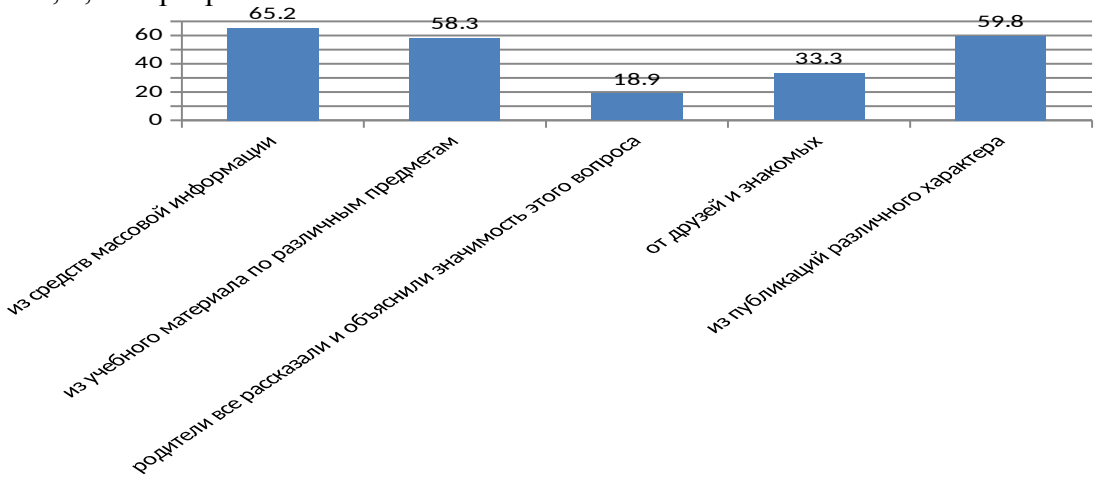


Рис. 11. **Источники информации о наркотиках и наркотических веществах (на 100 опрошенных).**

На вопрос, «Знаете ли Вы, какую уголовную ответственность несет употребление и распространение наркотических средств?», 80,0% ответили, что знают, а 20,0% не знают.

Один из вопросов был оценить степень влияния на организм алкоголя и наркотических веществ по 10-ти бальной шкале. По мнению студентов, алкоголь не оказывает такое сильное действие, как наркотические вещества. Это показали результаты исследования, алкоголь оказывает, по мнению студентов значительное влияние на организм студента (от 5 до 10 баллов) (рис.14). А вот наркотические вещества, по мнению респондентов, оказывают более сильное влияние 9-10 баллов (рис.15).

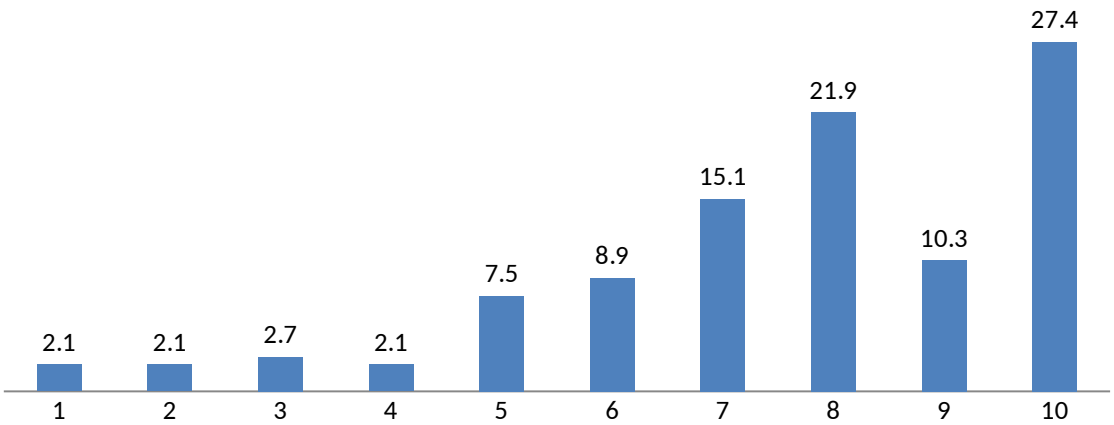


Рис. 14. **Оцените степень негативного влияния на организм студента алкоголя (в баллах).**

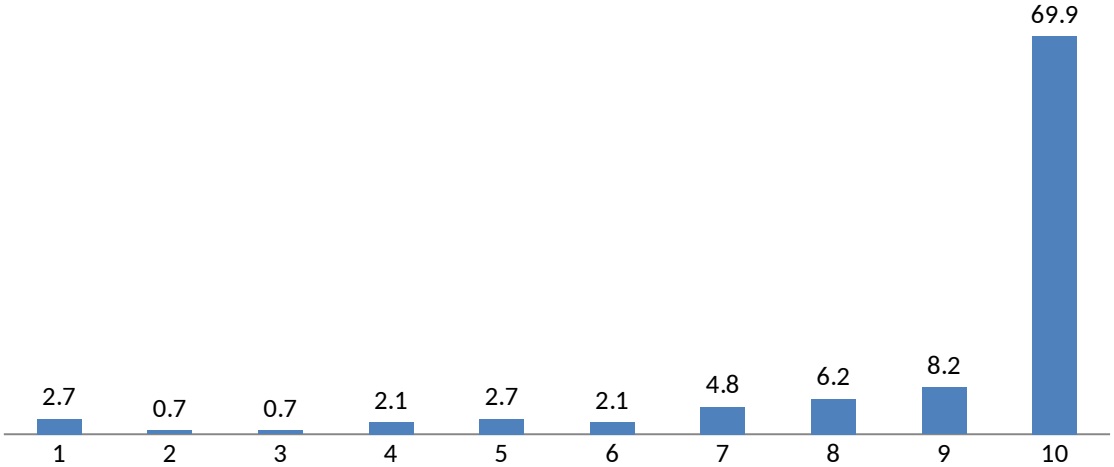


Рис. 15. **Оцените степень негативное влияния на организм студента наркотических веществ (в баллах).**

Заключение. В ходе исследования было выявлено необходимость создания в высших образовательных учреждениях системы профилактических мероприятий, основанных на работе с факторами риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, и усилении защитных мероприятий, комплексных профилактических программ с учетом ценностей здоровья. Состояние здорового образа жизни студентов отражает традиционный стиль индивидуального или группового поведения, общения, организации жизнедеятельности, закрепленных в виде образцов до уровня. Результаты анкетирования это подтверждают, так как студенты употребляют алкоголь, ориентируясь на общественное мнение. Надо сказать, что большинство студентов правильно оценивают негативное влияние употребление алкоголя и наркотиков на здоровье человека.

Библиографический список:

1. Артюхов И.П., Манухин Е.А., Каскаева Д.С. Динамическое исследование состояния здоровья студентов КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого за период 2011-2013 гг. // Совреннные исследования социальных проблем (электронный журнал) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/dinamicheskoe-issledovanie-sostoyaniya-zdorovya-studentov-krasgmu-im-prof-v-f-voyno-yasenetskogo-za-period-2011-2013-g

2. Журавлева И.В. Здоровье студентов: социологический анализ // Институт социологии РАН. – М., 2012. – 252 с.

3. Молчанова Л. Ф., Попов А. В. Профилактика наркотизма среди студенческой молодежи: Информационное письмо. – Ижевск: Изд-во ООО «Мединфорсервис», 2007. – 41 с.

5. Попов А. В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинских вузов: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.33. / Алексей Владимирович Попов; ГОУ ВПО РГМУ Росздрав. – М., 2008. – 25с.

6. Попова Н.М. Комплексная характеристика здоровья подростков (на модели Удмуртской Республики): автореф. дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук: 14.00.33. / Наталья Митрофановна Попова; ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава» - М., 2006. – 40 с.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018