

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

Кафедра педиатрии, детских инфекций и детской хирургии



Сборник по материалам
конференции студентов и
молодых ученых с
международным участием
**«Здоровье детей
Донбасса»**

Луганск – 2018

СОДЕРЖАНИЕ

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТАРШЕКЛАССНИКОВ КАК КОПИНГ-СТРАТЕГИЯ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ <i>Кардаш М.И., Овчинникова И.В</i>	6
АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» О ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Михайлец М.А., Орленко В.В, Демьяненко Е.В.</i>	9
АУТИЗМ И МИКРОБИОТА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ <i>Самоукина А.М., Кириченко В.В., Алексеева Ю.А., Денисова Е.В., Барашкова А.Б.</i>	11
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПЕРЕЖИВАНИЯ СТРЕССА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ <i>Роман И.С., Барышева Е.И.</i>	13
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ: ЭТНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Цатурян Л.Д., Смолякова В.В.</i>	15
ЗНАЧЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ВРЕДНЫХ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ДОНБАССА В МОРФОГЕНЕЗЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ <i>Гаврилов В.А., Сивоконь В.А., Амирханян А.Ю.</i>	18
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ <i>Кацова Г.Б., Павленко Е.Н., Малеева Н.П., Попова Л.В., Идиятуллина Д.Н.</i>	21
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ Г. ЛУГАНСКА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО <i>Понасенко В.В., Мосягина Н. А.</i>	24
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Пивнева А. М., Рыжкина Е. И., Зубалова В. П., Носов Г. А., Сафонова И. А., Денисенко А.О.</i>	26

ИСХОДЫ РОДОВ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА <i>Трофименкова Т.Ю., Лисовская Т.В.</i>	28
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ <i>Жук С.В., Погорелова И.А., Сичанова Е.В.</i>	29
К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Носов Г.А., Рыжкина Е.И., Сафонова И.А., Денисенко А.О., Пивнева А.М.</i>	32
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЙ НОВОРОЖДЁННЫХ <i>Березкина И. А., Диденко О. Н., Кобзарь В.</i>	34
КОРРЕКЦИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ГАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Оглух А.А., Бычков Д.В.</i>	36
НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ <i>Аветисян С.К., Игитян Т.А.</i>	37
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ДЕЙСТВИЮ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА. <i>Самойлов А.В., Демьяненко Е.В.</i>	40
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДОШКОЛЬНИКОВ, НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ <i>Чалая А.О.</i>	42
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Резник А.В.</i>	45
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ <i>Коробкова Е.А., Карпушин Д.И.</i>	48

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ОСТРЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ

Погорелова Г.А......49

**ПАТОГЕНЕЗ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН:
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ**

Абусуева Б.А., Абусуева З.А., Исмаил-Заде Э.Н., Манышева К.Б., Умарова Н.А......53

ПОЙКИЛОДЕРМИЯ ВРОЖДЁННАЯ ТОМСОНА

Лысых Е.Е., Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И......55

**ПОСВЯЩЕНИЕ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ НЕРВНЫХ
БОЛЕЗНЕЙ И НЕЙРОХИРУРГИИ ПАНЧЕНКО ЕВГЕНИЯ
НИКОЛАЕВИЧА**

Пеннер В.А., Борисенко В.В......56

**ПРИМЕНЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Алиева А.Д., Исмаил-Заде Э.Н., Манышева К.Б., Эскерханов М.Р......61

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ
РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО
МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО**

Петруня О.М., Логвинова И.Б., Хворостяная И.В., Коробчинская Е.П......63

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ МАНИФЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ИНСУЛЬТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Гребова Л.П., Горкина Л.Ф., Скорая Н.В., Фокичева Н.Н., Прокопьев И.Г., Сазонова С.В......65

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА**

Луцкий И.С., Лютикова Л.В.66

**РОЛЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО –
ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В РАННЕМ
НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Мараховская В.С., Мирошина Я.В......68

СЛУЧАЙ МЯГКОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ <i>Ворона В.П., Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И.</i>	70
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП <i>Цатурян Л.Д., Ануфриенко Л.О.</i>	72
СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Абдурахманова С.М., Вазиров М.М., Керимов А.С., Манышева К.Б., Омарова М.А.</i>	76
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ 14-18 ЛЕТ <i>Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Аметова Э.И., Дмитриева М.К.</i>	77
ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА <i>Сергеев Ф.Д., Радионова О.П.</i>	78
ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИТЕЛ КЛАССА IGA К АНТИГЕНУ САGA Н. PYLORI У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Бычков Д.В., Оглух А.А.</i>	81
ЭНУРЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Паршинцев К.Е.</i>	82

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТАРШЕКЛАССНИКОВ КАК КОПИНГ-СТРАТЕГИЯ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Кардаш М.И., Овчинникова И.В.

ГУ ЛНР «Луганское общеобразовательное учреждение специализированная школа №57 имени Г.С.Петрова», г.Луганск, ЛНР

Aggressive behavior of senior pupils as coping-strategy is in a stress situation

Kardash M., Ovchinnikova I.

Public Institution Lugansk Public Republic "Lugansk general establishment - specialized school № 57 of the name G.Petrov"

Актуальность. Мир сегодня стал крайне опасным во многих отношениях. Особое внимание стоит уделить агрессии среди учащихся старших классов. Растет количество случаев аутоагрессии. Подавленная агрессия ведет к развитию психосоматических расстройств. Следовательно, особую значимость приобретают исследования, которые ставят вопрос о существовании внутренних психологических факторов, влияющих на контроль, сдерживание и предотвращение агрессии.

Гипотезы исследования:

1. Проявляя агрессию, человек должен использовать психологические защиты – чтобы избежать осознания того, что он поступает агрессивно.
2. Если рассматривать агрессию как копинг-стратегию, то при ее высокой выраженности другие типы копинг-стратегий будут использоваться в меньшей степени.

Цель работы: – выявление связи между агрессивностью и копинг-стратегиями у старшеклассников. В соответствии с целью исследования ставились и решались следующие задачи: проанализировать научную психологическую литературу по проблеме исследования; установить наличие связи вида агрессивности с копинг-стратегиями учащихся.

Материалы и методы: – агрессивность и копинг-стратегии учащихся старших классов, связь агрессивности с копинг-стратегиями у учащихся старших классов. Экспериментальная работа осуществлялась в 2016 – 2018 годах на базе ГУ ЛНР «ЛОУСШ №57 имени Г.С.Петрова».

Результаты. В исследовании 2014 года между стратегией разрешения проблем и дистанцированием («-0,4032») и конфронтационным копингом («-0,4038») существовала сильная отрицательная корреляционная связь, а в исследовании 2017 года эта связь становится положительной.

По опроснику SACS «Стратегия преодоления стрессовых ситуаций» С.Хобфолла общий индекс конструктивности стратегий преодолевшего поведения у современных старшеклассников следующий: низкая конструктивность у 14% респондентов; средняя конструктивность у 9% респондентов; высокая конструктивность у 77% респондентов.

Однако при этом, по результатам опросника FPI (Фрайбургский) у 54% старшеклассников выявлен высокий уровень невротичности, у 23% - высокий уровень спонтанной агрессивности, у 27% - высокий уровень реактивной агрессивности; у 36 % проявляется склонность к депрессии, высокий уровень раздражительности характерен для 41% респондентов.

По тесту показателей и форм агрессии Басса – Дарки 4,5% старшеклассников готовы к использованию физической силы против другого лица. Склонность к косвенной агрессии проявили 9,1% учащихся, к выражению негативных чувств вербально прибегают 18,2% респондентов. Подозрительность проявляют 13,6% респондентов, чувство обиды и негативизм проявляется у 27,3%, при этом чувство вины часто испытывают 45,5% старшеклассников.

Реактивная агрессивность взаимосвязана со всеми формами агрессии, корреляционные связи положительные и значимые, но наиболее выражена связь с косвенной агрессией «0,5431». Спонтанная агрессивность также имеет положительные связи со всеми формами агрессии, но значимыми являются связи с физической агрессией «0,4350» и с вербальной агрессией «0,4382». Проявления негативизма находятся в значимой корреляционной связи с реактивной агрессивностью «0,5125» и спонтанной агрессивностью «0,6015». Чувство вины находится с реактивной агрессивностью в достаточно выраженной положительной связи «0,2596». Подозрительность находится в выраженной положительной связи с ситуативной агрессивностью «0,3166». Чувство обиды находится в выраженной положительной связи с реактивной агрессивностью «0,3063».

Конфронтационный копинг со всеми формами агрессии находится в положительной корреляционной связи, но наиболее выражена связь с вербальной агрессией «0,2825», негативизмом «0,2529», чувством вины «0,2429» и значимая связь - с чувством подозрительности «0,4842». Дистанцирование имеет с показателями агрессии значимые отрицательные связи: с физической формой «- 0,4381», с вербальной формой «- 0,3861», с косвенной формой «-0,4640». Но с чувствами вины и подозрительности дистанцирование находится в положительной связи «0,3253» и «0,2436» соответственно. Следовательно эта копинг-стратегия будет сдерживать проявления агрессии, но способствовать формированию чувства вины и развитию подозрительности.

Копинг-стратегия поиска социальной поддержки сдерживает проявление физической формы агрессии и негативизма, практически не оказывает влияния на проявления вербальной формы агрессии. Данная стратегия связана значимой положительной корреляционной связью с чувством вины «0,5123», чувством обиды «0,3894», подозрительностью «0,2485».

Все обнаруженные значимые корреляционные связи спонтанной и реактивной агрессивности с психологическими защитами положительны, за

исключением механизма «отрицание» с реактивной агрессивностью и механизма «реактивное образование» со спонтанной агрессивностью.

Заключение. При сравнении копинг-стратегий и модели поведения подростков в стрессовой ситуации нам удалось выделить следующие взаимосвязи.

1. Ассертивные действия находятся в значимой положительной корреляционной связи с копингами разрешения проблем «0,3429» и поиском социальной поддержки «0,3060» и очень слабой отрицательной связью с конфронтационным копингом и уровнем самоконтроля. В стрессовой ситуации старшеклассник будет использовать ассертивные действия или вступление в социальный контакт как форму преодоления стрессовой ситуации.

2. Просоциальные модели поведения коррелируют на уровне значимой положительной связи с копингом поиска социальной поддержки «0,7672» и положительной переоценкой «0,3048» и находятся в значимой отрицательной связи с уровнем самоконтроля «- 0,4713», избеганием проблем «-0,3958» и копингом принятия ответственности «- 0,3264», в слабой отрицательной связи с конфронтационным копингом, планированием решения проблем и дистанцированием.

3. Осторожные действия как модель пассивного поведения положительно коррелирует с уровнем самоконтроля «0,3763», дистанцированием «0,2449» и избеганием проблем «0,1813». С другими копингами связь отрицательная.

4. При выборе копинг-стратегии, ориентированной на избегание в стрессовой ситуации, современный старшеклассник чаще выбирает такую форму преодоления стрессовой ситуации, как импульсивные действия («0,4599»), реже - манипулятивные («0,1898»), асоциальные («0,1161») и агрессивные («0,1244») действия.

5. Переход к агрессивным формам поведения чаще возможен у старшеклассников, обладающих низким уровнем самоконтроля, желающих решить проблему или избежать ее решения, но обязательно при социальной поддержке («0,2852») группы и после тщательного планирования действий («0,2947»).

6. Определены взаимосвязи между факторами: уровнем агрессивности, копинг-стратегиями и психологическими защитами у современных старшеклассников.

Полученные данные могут быть использованы в работе школьных психологов, а также для повышения психологической грамотности родителей.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» О ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Михайлец М.А., Орленко В.В., Демьяненко Е.В.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР

warm-hearted-22@rambler.ru

Mikhailets M.A., Orlenko V.V., Demjanenko E.V.

An analysis of the level of knowledge of students of the State Institution of LPR “LSMU NAMED AFTER SUNSHINE LUKE” about the problem of HIV infection

*STATE INSTITUTION OF THE LUGANSK PEOPLE'S REPUBLIC
«LUGANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER SUNSHINE LUKE»,
Lugansk, LPR*

Актуальность. Пандемия ВИЧ-инфекции захватила практически все страны. Характерным проявлением ВИЧ-инфекции является тяжелый иммунодефицит, обусловленный прогрессирующим снижением числа Т-хелперов и их функциональной недостаточностью, что обусловлено наличием на мембранах этих клеток молекул CD4, которые служат рецепторами к ВИЧ.

По данным ЮНЭЙДС в 2016 году число людей с ВИЧ составило почти 37 миллионов, при этом зарегистрировано 1,8 миллионов новых случаев заражения ВИЧ, а количество умерших от СПИДа превысило 1 миллион человек. Очевидно, что официальные данные значительно занижены. Это объясняется главным образом несовершенством эпидемиологического надзора в развивающихся странах.

В последние годы отмечается увеличение числа ВИЧ-инфицированных среди лиц гетеросексуальной ориентации (особенно среди половых партнеров инъекционных наркоманов), новорожденных, зараженных ВИЧ-инфицированными матерями, подростков и лиц из малообеспеченных слоев (особенно среди представителей национальных и расовых меньшинств). Все это представляет серьезную угрозу здоровью населения планеты.

Первостепенная роль в профилактике ВИЧ-инфекции отводится пропаганде здорового образа жизни, просветительной работе и медицинскому консультированию. Однако осведомленность об опасности ВИЧ-инфекции среди населения остается низкой. Многие лишь слышали, что ВИЧ – это опасно, но не знают ничего о рисках заражения, путях передачи и прочих аспектах этой инфекции.

Цель работы: Изучить уровень осведомленности студентов 2-го курса различных факультетов ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», а также проанализировать их отношение к ВИЧ-положительным людям.

Материалы и методы. Было проведено индивидуальное, анонимное анкетирование 131 студента второго курса медицинских факультетов по

специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», из которых 54 опрошенных были представителями мужского пола, 77 – женского. На каждый вопрос анкеты были предложены варианты ответов.

Результаты и обсуждение. Исследованием установлено, что 0,5% респондентов вообще ничего не знают об опасности ВИЧ-инфекции, 1,3% не считают ее опасной, а 98,2% опрошенных студентов осведомлены об опасности ВИЧ и СПИДа. 92,4% опрошенных знают о неизлечимости ВИЧ и СПИДа. В то время как 4,7% студентов что не знают ответа на данный вопрос, а 2,9% опрошенных считают ВИЧ и СПИД излечимыми состояниями. Интересно, что 84,9% студентов что считают информацию о ВИЧ и СПИДе является важной и актуальной для себя, в то время как 13,8% опрошенных имеют противоположное мнение. Студенты университета продемонстрировали высокий уровень осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и группах риска (от 84,7% до 97,6% от числа всех опрошенных). Исследование показало, что проблему ВИЧ-инфекции обсуждают с родителями, друзьями, коллегами 43,3% респондентов, а 56,2% опрошенных предпочитают об этой проблеме в не говорить. При этом отмечалась четкая гендерная разница: проблему ВИЧ и СПИДа чаще обсуждают респонденты женского пола (74,1%), чем мужского (12,5%). При анализе ответов об отношении к лицам с ВИЧ-положительным статусом 71,5% опрошенных заявило о продолжении общения в моделируемой ситуации, 14% – о прекращении общения, а 14,5% не смогли определиться с ответом. При этом лица женского пола давали чаще отрицательные и неопределенные ответы (18,9% и 23,1% соответственно) по сравнению с лицами мужского пола (9,2% и 5,8% соответственно). Интересно, что 40% опрошенных студенток считают, что ВИЧ-положительные лица и больные СПИДом должны быть изолированы от общества, что в 3,8 раз выше показателей опрошенных мужского пола (10,5%). При этом с ответом на вопрос об изоляции ВИЧ-инфицированных не смогли определиться 6,7% опрошенных женского пола и 2,5% опрошенных мужского пола.

Заключение. Осведомленность студентов ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» об опасности ВИЧ-инфекции, путях ее передачи и группах риска достаточно высокая. Обучающиеся женского пола чаще обсуждают проблему ВИЧ-инфекции и СПИДа по сравнению с лицами мужского пола. Показатели негативного отношения к ВИЧ-инфицированным были выше среди опрошенных женского пола, чем среди мужчин. Данные исследования показали необходимость проведения дальнейшей разъяснительной работы о проблеме ВИЧ-инфекции, путях ее передачи, мерах профилактики среди студентов университета, пропагандировать здоровый образ жизни, популяризировать регулярное определение своего ВИЧ-статуса, знакомить студентов с современными методами диагностики и принципами терапии данного состояния.

АУТИЗМ И МИКРОБИОТА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Самоукина А.М., Кириченко В.В., Алексеева Ю.А., Денисова Е.В.,
Барашкова А.Б.*

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тверь, Россия, anna_samoukina@mail.ru

Autism and gut microbiota in children

*Samoukina A.M., Kirichenko V.V., Alexeeva U.A., Denisova E.A., Barashkova
A.B.*

Tver State Medical University, Tver, Russia, tgma-nauka@mail.ru

Актуальность. Одной из серьезных проблем человечества сегодня является аутизм. Статистика последних десятилетий показывает вертикальный рост заболеваемости аутизмом, и если в конце прошлого века эти показатели составляли 1 на 10 000, то по последним данным в США 1 из 45 детей имеет риск развития данной патологии. Аутизм характеризуется совокупностью нейроповеденческих, неврологических, желудочно-кишечных и иммунологических дисфункций. Безусловно, заболевание полиэтиологичное, возникающее под влиянием генетических, экологических факторов, включая вакцины, вирусные инфекции, загрязнение окружающей среды, электромагнитное излучение. Однако, наряду с рядом значимых эндогенных и экзогенных факторов, исследованиями последних лет было показано важное значение кишечной микробиоты, эндомикроэкологии, в манифестации и развитии данной патологии.

Цель работы. Определить влияние кишечной микробиоты на развитие аутизма и рассмотреть возможные механизмы реализации этого влияния.

Материалы и методы. Проведен анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов с использованием интернет-ресурсов (Elsevier; PubMed) и составлен обзор литературы.

Результаты. В настоящее время микробиота пищеварительного тракта рассматривается как дискретный орган, являющийся функциональным блоком единой системы организма человека. Являясь частью динамической системы, микробиота поддерживает биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие, необходимое для сохранения постоянства внутренней среды и здоровья человека в целом. Симбионтная микрофлора пищеварительного тракта участвует в переваривании всех групп углеводов, белков и липидов, гидролизе холестерина, деконъюгации желчных кислот, синтезе и всасывании витаминов и аминокислот, продукции уреазы и гидролизе мочевины, образовании короткоцепочечных жирных кислот, аминов, гормонов. В связи с этим, существует неразрывная связь метаболизма макроорганизма и его

эндосимбионтов (Бондаренко В.М., 2012, Чернин В.В., 2015, Алексеева Ю.А., Самоукина А.М., 2016).

В настоящее время, отмечается выраженная тенденция к увеличению частоты оперативного родоразрешения (кесарева сечения) в развитых и развивающихся странах, которая значительно превышает показатели, рекомендованные ВОЗ. Ученые подтверждают существование различных профилей микробного заселения у младенцев, рождённых путём естественного и оперативного родоразрешения. Эти особенности микробиоты могут сохраняться и за пределами раннего детского возраста, определяя состояние микробиоты пищеварительного тракта в различные возрастные периоды, что коррелирует с риском развития различной патологии, ожирения, аллергические заболевания, и в частности, аутизма (Захарова И.Н., 2017, Chien L.N., 2015, Gialoreti L.E., 2014).

Однако, вопрос о влиянии кишечной микробиоты на формирование и функции нервной системы ранее практически не обсуждался. В настоящее время учёные говорят о так называемой оси “кишечник-мозг”. Установлено, что микрофлора кишечника, которую они назвали “вторым мозгом”, влияет на формирование и дальнейшую деятельность нервной системы (Yang Y., 2018, Mulle J.G., 2013, Strati F., 2017). Зарубежными исследователями установлена связь между определенными представителями нормомикробиоты и аутизмом (Vuong H.E., 2017). Описано снижение количества Bifidobacteria и увеличение соотношения Bacteroidetes/Bacteroidales, Desulfovibrio (Liu J., 2017, Weston V., 2015). Исследования на животных моделях показали, что определенные микробные профили оказывают влияние на клинические проявления аутизма. В качестве аутизм-ассоциированных бактерий также обсуждаются Clostridia, Candida, Suterella (Clayton D.A., 2012, Ding H.T., 2017). Некоторые представители микробиоты участвуют в продукции пропионовой кислоты и других короткоцепочечных жирных кислот (КЖК), способных преодолевать кишечный и гематоэнцефалический барьер и влиять на головной мозг и поведение. Избыточное количество КЖК оказывает неблагоприятное воздействие на организм человека, включающее задержку развития, метаболический ацидоз, расстройство пищеварительного тракта, степень выраженности которых коррелирует с уровнем пропионовой кислоты. У детей, страдающих аутизмом, были выявлены повышенный уровень КЖК и аммиака в фекалиях (Ding H.T., 2017). Уменьшение разнообразия кишечной микробиоты влияет на метаболизм триптофана, фенилаланина, тирозина и желчных кислот (Clayton D.A., 2012, Golubeva A.V., 2017). Установлено, что под влиянием микробиоты происходит системное увеличение уровня цитокинов, интерлейкин 1 β , который достоверно изменяет проницаемость кишечного эпителия и гематоэнцефалического барьера (Downs R., 2013). У аутистов были выявлены нарушения метаболизма свободных аминокислот, снижение уровня глицина, серина, треонина, аланина, гистидина. Некоторые аминокислоты, глутамат, действует как нейротрансмиттер и влияет на процессы, происходящие в ЦНС

(Ding H.T., 2017). Установлено, что у одной трети больных аутизмом наблюдается повышенный уровень серотонина кишечного происхождения (Nithianantharajah J., 2017).

Заключение. Необходимы дальнейшие исследования в этой области, изучение эндомикроэкологии, метаболомики, роли нейроактивных метаболитов, позволяющие разработать новые стратегии терапевтических и превентивных мероприятий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПЕРЕЖИВАНИЯ СТРЕССА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Роман И.С., Барышева Е.И.

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко, г.

Луганск,

Луганская Народная Республика, irenvolia777@gmail.com

Young people's interaction of personal peculiarities and stress undergoing

Roman I.S., Barysheva E. I.

Lugansk National University named after Taras Shevchenko, Lugansk city,

Lugansk, Lugansk People's Republic,

irenvolia777@gmail.com

Изучая стресс, мы сталкиваемся с тем, что данная тема является областью пересечения многих наук, таких как физиология, медицина, психология, социология и даже политика. Для того, чтобы помочь многим молодым людям в борьбе со стрессом и его проявлениями, очень важно понимать, что означает понятие «переживание стресса».

Проблеме переживания стресса уделена масса научных трудов. Механизмы возникновения стресса довольно сложны и многогранны. С точки зрения медицинских наук, их связывают с работой гормональной, нервной, а так же сосудистой системами. Данное состояние психического и эмоционального напряжения, является ответом на неспецифические условия жизнедеятельности человека. Переживание стресса так же тесно связано с личностными особенностями молодых людей, их физиологическими и психологическими состояниями.

Данный феномен находит свое отражение в различных сферах личности, таких как: мотивационная, когнитивная, волевая, характерологическая, физиологическая и др. Переживание стресса является реакцией на особенности взаимодействия личности и окружающего мира, с его непредсказуемыми ситуациями, новой средой и трудностями, встречающимися на жизненном пути человека. Данное явление характеризует продукт наших когнитивных процессов, образа субъективного отражения картины мира, мыслей и отношения к каждой конкретной ситуации, понимания собственных ресурсов,

степени овладения способами саморегуляции поведения, способностью применять конструктивные стратегии поведения при переживании стресса, их оптимальному выбору. Каждая личность индивидуальна, поэтому и стресс переживает по-разному. В этой статье, мы разберемся, почему условия возникновения и характер проявления стресса у одного, не являются обязательными для другого.

В нашей статье рассматривается возраст молодых людей, 20 - 25 лет. Этот период характеризуется множеством качественных и количественных изменений в структуре личности. Считается, что в этом возрасте личность заканчивает свое формирование и обретает достаточно устойчивые черты.

В 20-25 лет молодые люди сталкиваются с проблемой самоидентификации. В этом возрасте приходит понимание ответственности за собственную жизнь. Однако такие изменения часто вызывают внутриличностные конфликты молодых людей. Юноши и девушки ещё не обладают достаточным жизненным опытом в решении разнообразных "взрослых" проблем. В такие моменты молодой человек попадает в стрессовую ситуацию, которая проявляется растерянностью, повышенной тревожностью, наличием страхов и опасений. Какой путь выбрать в жизни? На какую работу устроиться? К чему стремиться к семье или карьере? Эти вопросы задаёт себе каждый молодой человек и девушка. Это вызывает массу вопросов и приводит к состоянию повышенной тревожности, фрустрации и иногда даже депрессии. Кризис 25 лет – это кризис формирования автономных ценностей, самостоятельности, период, когда молодые люди должны принять решение, по какой дороге им идти дальше. Данные особенности этого периода предполагают различного рода стрессовые ситуации. Важно помочь молодым людям преодолеть негативные факторы переживания стресса, снизить тревожность и повысить стрессоустойчивость молодых людей. Именно поэтому важно выявить взаимосвязь личностных особенностей молодых людей и переживания ими стресса.

В рамках нашего исследования были использован такой диагностический инструментарий: методика изучения личностной тревожности (Спилбергер, Ханин), "Самооценка стрессоустойчивости личности", авторская анкета "Особенности переживания стресса", тест-опросник изучения стрессоустойчивости.

Выборка составила 75 человек, которая включает в себя молодых людей возрастом 20 - 25 лет, из которых 42 девушки и 33 юноши.

В ходе исследования были выявлены такие результаты: мужчины более стрессоустойчивы, чем женщины. Высокий уровень стрессоустойчивости был выявлен у 33,3% мужской выборки, в то время как у женщин данный критерий выявлен у 11,9% женской выборки. Наибольшее количество человек имеет средний уровень стрессоустойчивости. В мужской выборке - 48,5%, а в женской - 54,8% испытуемых. Низкий уровень стрессоустойчивости выше у женщин, чем у мужчин, а точнее - 33,3% женской выборки, в то время как

мужчины составили 18,2% мужской выборки. Что касается личностной тревожности, то женщины проявили большую тревожность, чем мужчины. У женщин повышенная тревожность наблюдается у 45,2%, у мужчин - 15,1%. Наиболее распространенный результат - средний уровень тревожности в обеих группах испытуемых: жен. - 52,4%, муж. - 66,7% выборки. Низкий уровень тревожности доминирует у мужчин, по сравнению с женской выборкой. Он составляет 18,2% мужской выборки. В женской выборке низкий уровень тревожности был диагностирован лишь у одного человека, что составило 2,48%.

В нашем исследовании мы выявили взаимосвязь личностных особенностей и переживания стресса молодыми людьми. Известно, что женщины более эмоциональны и впечатлительны. С этим так же связана способность женщины сопереживать, а так же тревожиться. Исторически обусловлено, что женщина - мать, хранительница очага, которой необходимо выдерживать длительные нагрузки, она более вынослива. Однако при резких и неожиданных неприятностях, новых тяжелых условиях, различных стрессовых событиях слабее женщины, нежели мужчины. Мужчины напротив, менее эмоциональны и более организованы, они легче переносят стрессовые состояния, их тревожность так же менее выражена, чем у женщин. Таким образом, по результатам нашего исследования мы можем констатировать, что проблема переживания стресса достаточно мультимодальна и изучается со стороны разных наук. Вопрос взаимосвязи личностных особенностей молодых людей и переживания ими стресса еще не до конца изучен и является открытым для научного сообщества.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ: ЭТНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Цатурян Л.Д., Смолякова В.В.

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет, МЗ РФ

г. Ставрополь. Россия evenkovavaleria@mail.ru

Genetic markers of hemostasis system disorders in the female body: the ethnic aspect

Tsaturyan L.D., Smolyakova V.V.

FGBOU VO Stavropol State University
Medical University, MZ RF

Stavropol, Russia evenkovavaleria@mail.ru

Система гемостаза является многокомпонентным защитным приспособлением организма, включающая сосудисто-тромбоцитарный, коагуляционный гемостаз и систему свертывания крови [2]. Механизмы

гемостаза запускаются при повреждении эндотелия, когда кровь вступает в контакт с соединительной тканью субэндотелиального слоя. В связи с этим, отводится большое внимание профилактике развития патологии сердечно-сосудистой системы, а также вопросам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин. В последние годы отмечается тенденция, связанная со снижением репродуктивного здоровья женщин, увеличением риска развития тромбозов, тромбофилий, тромбогеморрагических осложнений. В современном мире, несмотря на высокий уровень медицинских технологий, ежегодно 500 тыс. женщин погибают от причин, связанных с беременностью и родами. Среди заболеваний с выраженным генетическим компонентом, развивающихся в ходе беременности важное место занимают гестозы и невынашивание беременности. Одним из тяжелых осложнений гестации является гестоз, частота которого в России составляет 12% [9]. Проблема невынашивания беременности чрезвычайно актуальна в медицинском и социальном аспектах. Тромботические осложнения у беременных наблюдаются в 0,7-3,2% случаев. Тромбоэмболии с летальным исходом после нормальных родов имеют место в – 0,03 % [7].

Нарушения в системе гемостаза при беременности связывают с маточно-плацентарным кровотоком. По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят адаптационные изменения, направленные на поддержание функционирования фетоплацентарной системы и динамического равновесия в системе гемостаза [4].

На сегодняшний день в результате многочисленных исследований накоплен большой массив клинических данных, которые позволяют выделить повышенное содержание гомоцистеина, дефицит фолиевой кислоты, а также полиморфизмы генов фолатного цикла в отдельную группу причин, вызывающих различные нарушения репродуктивного здоровья женщин. Распространенность полиморфизмов генов системы фолатного цикла и их патогенетическая роль в генезе различных патологических состояний во многом зависит от географической и этнической принадлежности индивидов.

Согласно данным современной литературы, гипергомоцистеинемия является фактором риска развития ряда акушерских осложнений. Предполагают, что гомоцистеин приводит к повреждению и активации эндотелиальных клеток, что значительно повышает риск развития тромбозов. Имеются исследования посвященные изучению гипергомоцистеинемии в популяции женщин коренного этноса ненецкого автономного округа [3], о роли фолатного обмена как предиктора риска гипергомоцистеинемии в условиях постоянного островного проживания в арктическом регионе [11]. Исследованы основные маркеры фолатного обмена: содержание фолатов и гомоцистеина, полиморфизм генов фолатного обмена у коренных женщин (ненки) Арктики. Выявлен фактор риска развития гипергомоцистеинемии – низкий уровень фолатов [5]. Изучены особенности состояния гемостаза у беременных женщин

с преэклампсией бурятской и русской национальностей, проживающих в Северном регионе. При изучении показателей системы гемостаза здоровых беременных в первом и во втором триместрах существенных изменений общеоценочных тестов, характеризующих активность факторов свертывания крови не происходит. У беременных бурятской национальности с преэклампсией в первом триместре появляются признаки гиперкоагуляции, а у беременных женщин русской национальности с преэклампсией на протяжении всей беременности отмечается повышение фибриногена, укорочение активированного парциального тромбинового времени и протромбинового времени [10].

Кроме того, в последние годы большое внимание уделяется поиску генов-кандидатов, ответственных за нарушение системы гемостаза и определение генов-предикторов. В исследовании А.С. Адамчик и соавт. (2015) изучалась частота встречаемости полиморфизмов генов гемостаза и фолатного цикла у женщин с невынашиванием беременности, проживающих в Краснодарском крае. Особенностью женщин репродуктивного возраста с невынашиванием беременности в молодом возрасте явилось наличие мультигенного характера тромбофилии при низком проценте встречаемости мутаций генов фактора V (Лейдена) и фактора II (протромбин) [1]. Особенности фолатного цикла в этническом аспекте изучены у беременных женщин Приамурья. У беременных женщин коренного населения Приамурья, чаще встречаются угроза прерывания беременности, отеки беременных, частые респираторно-вирусные инфекции [8].

Резюмируя научные данные можно заключить, что проблема нарушения в системе гемостаза остается актуальной. Кроме того, имеются разрозненные исследования, посвященные изучению системы гемостаза у женщин разных этнических групп. Представляет интерес дальнейшего изучения нарушений системы гемостаза, а также поиск генетических предикторов гиперкоагуляции в женском организме и направленных на снижение риска развития осложнений беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамчик А.С., Панченко Д.И. Генетические факторы риска тромбофилий у женщин репродуктивного возраста в Краснодарском крае // *Акушерство и гинекология*. – 2015. – № 9. – С. 59-62.
2. Баирова Т.А., Ивлева К.Д., Клосников С.И. и др. Распространенность полиморфизма 2756>G метионинсинтазы в популяциях Восточной Сибири // *Геномика и протеомика*. – 2014. – № 6. – С.108-110.
3. Белова Н.И. Маркеры воспаления сосудистой стенки в популяции коренного населения Ненецкого автономного округа // *Ученые записки*. – 2016. – № 1. – С. 32-36.

4. Бичкаева Ф.А., Бичкаев А.А., Нестеров Е.В. Особенности метаболических реакций у коренного и пришлого населения Севера и Сибири. // *Asta Biomedica Scientifica*. –2014. – № 2.– С. 97-103.
5. Воробьева Н.А., Лавринов П.А. Факторы риска развития гипергомоцистеинемии в популяции коренного этноса ненецкого автономного округа // *Тромбоз, гемостаз и реология*. – 2017. – № 1. – С. 47-52.
6. Гурин А.Л. Тромбофилические состояния и беременность // *Тромбоз, гемостаз и реология*. – 2013. – № 4. – С. 148-150.
7. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Аминтаева Л.А. и соавт. Эндотелиальная дисфункция: гомотеин и оксид азота у беременных групп высокого риска. Современные подходы к терапии. Роль фолиевой кислоты // *Проблемы репродукции*. – 2010. – № 6. – С. 98-103.
8. Супрун С.В., Ларина Т.Н., Наговицына Е.Б., и соавт. Генетические особенности фолатного цикла и течение беременности у женщин Приамурья // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2016. –№ 4. – С. 24-27.
9. Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н. Устранение дефицита фолатов – основная стратегия коррекции гомотеинзависимой эндотелиальной дисфункции // *Гинекология*. – 2013.– № 3. – С. 70-74.
10. Фаткуллина И.Б., Тудупова Б.Б. Особенности состояния гемостаза у беременных с преэклампсией в разных этнических группах // *Вестник БГУ*. – 2009. – № 12.– С. 24-27.

ЗНАЧЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ВРЕДНЫХ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ДОНБАССА В МОРФОГЕНЕЗЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Гаврилов В.А., Сивоконь В.А., Амирханян А.Ю.

Государственное учреждение ЛНР «Луганский государственный
медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

**The importance of environmentally harmful anthropogenic factors of
Donbass in the morphogenesis of bone tissue in children**

Gavrilov V.A., Sivokon V.A., Amirkhanyan A.Yu.

State Institution of LPR "Lugansk state medical University named after St.
Luke", Lugansk, LPR

vladim_gavrilov@mail.ru

Одной из важнейших проблем экологии Донбасса является загрязнение окружающей среды промышленными отходами, содержащими токсические компоненты. Благодаря техническому прогрессу организм человека на протяжении всей жизни испытывает комбинированное воздействие физических и химических факторов окружающей среды. Токсичность является основным

источником экологической безопасности. Технический прогресс привел к тому, что организм ребенка на протяжении его жизни испытывает комбинированное воздействие физических и химических факторов окружающей среды.

При изучении влияния экологически вредных факторов крупного промышленного региона на состояние костной ткани, иммунной и гепатобилиарной систем у детей установлена тесная взаимосвязь иммунной системы с костной тканью. Остеокласты, являясь производными макрофагов, вместе с Т-лимфоцитами играют ведущую роль в процессах регенерации кости и существенном торможении темпов и характера репаративных процессов в костной ткани при иммуносупрессии.

Доказано, что поликомпонентные выбросы химических предприятий Донбасса, поллютанты и пестициды, как экологически агрессивные факторы, обладают выраженным остеотоксическим эффектом, что проявляется в нарушении нормального функционирования костной ткани и процессов репаративной регенерации. Детальное изучение морфофункциональных нарушений, возникающих в костной системе под влиянием различных токсических вредных веществ в эксперименте на лабораторных животных позволяет обнаружить остеотоксический эффект, который проявляется в снижении темпов роста костей, дисбалансе минеральной насыщенности и химического состава костной ткани, снижении прочностных показателей костей. Установлена зависимость между выраженностью нарушений процессов остеогенеза и длительностью воздействия химически вредных веществ.

У населения Донбасса, постоянно проживающего в экологически неблагоприятном регионе с высоким уровнем химических загрязнений окружающей среды, отмечается постоянное токсическое воздействие на костную ткань, к которому особо чувствительны организмы в эмбриональном периоде своего развития, а также в период роста скелета молодых индивидуумов. Это негативно сказывается на росте, формообразовании костей и, в конечном итоге, способствует возникновению различной костной патологии.

Установлено, что патологическое влияние различных химически вредных веществ на морфогенез скелета может реализоваться еще в эмбриональном периоде. Многими авторами отмечено, что костная ткань у детей представляет собой динамическую систему, которая обладает высокой реактивностью на воздействие различных эндо - и экзогенных факторов.

В промышленных регионах с высоким уровнем токсико-химических загрязнений биосферы определяется суммация и взаимное потенцирование остеотоксического эффекта. Считается принципиально важным то, что остеотоксическое действие химически вредных веществ способно резко подвергать изменениям костные структуры детей со значительной ростовой активностью: эпифизарный хрящ, зона остеогенных структур диафиза.

В условиях экологически неблагоприятных промышленных зон Донбасса, где населенные пункты имеют высокий уровень производственных

загрязнений, костная система детского организма, с самых ранних стадий остеогенеза во внутриутробном периоде, подвергается разнообразным токсическим влияниям, что весьма неблагоприятно сказывается на морфогенезе скелета, вызывая пороки его развития и кистозные образования.

Исследованиями установлено, что остеотоксический эффект химически вредных веществ может складываться из следующих компонентов: прямого токсического воздействия на клетки костной системы, обеспечивающие нормальное функционирование кости как живого, развивающегося органа; опосредованного влияния, вследствие нарушения микрогемодинамики, развивающейся гипоксии и расстройства энергетического метаболизма; нарушений процессов биосинтеза белка и нуклеиновых кислот в организме в связи с токсическим влиянием на печень как основной орган метаболического гомеостаза; дисбаланса иммунных показателей, которые обеспечивают поддержание иммунного гомеостаза в организме и стабильность основных метаболических процессов.

Доказано, что интенсивное развитие горноугольной промышленности региона Донбасса влияет на микроэлементный состав почвы и питьевой воды, вызывая их обогащение солями тяжелых металлов, повышение естественного радиоактивного фона и др., т.е. имеет место техногенное формирование особой биохимически измененной местности. В организм детей, живущих на Донбассе, поступает увеличенное, по сравнению с нормой, количество некоторых микроэлементов, в том числе тяжелых металлов, что может существенно влиять на морфогенез скелета и вызывать грубую патологию именно у детей и лиц молодого возраста с незавершившимся процессом костеобразования. Это явление рассматривается как возникновение биогеохимической аномалии, связанной с геологической деятельностью человека.

В настоящее время недостаточно изученными остаются вопросы влияния экологических антропогенных факторов на морфофункциональное состояние посттравматической регенерации кости в различных возрастных периодах детского организма, не предложено эффективных методов оптимизации течения регенераторных процессов в костной ткани у детей на фоне хронической интоксикации продуктами промышленного производства. Поэтому вопросы морфогенеза и костной регенерации у детей являются проблемой глобальной важности, их решение требует использования инновационных принципов, добытых в ходе фундаментально-теоретических научных работ.

Выводы. Главными патогенетическими моментами влияния экологически вредных антропогенных факторов Донбасса на морфогенез костной ткани у детей являются прямое их токсическое действие на клетки костной ткани. Оно, в свою очередь, ведет к нарушению микрогемодинамики в костях, снижению антиоксидантной активности плазмы крови и повышению перекисного окисления липидов. Поэтому разработка вопросов направленного влияния на процессы морфогенеза костного скелета у детей и поиск оптимальных

методов коррекции и восстановления актуальны и вызывают высокий интерес не только у клиницистов, но и у морфологов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Г.Б.Кацова, Т.Н.Павленко, Н.П.Малеева, Л.В.Попова, Д.Н.Идиятуллина

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург,

Россия, k_nus@orgma.ru

Shift in indicating physical activity of schoolchildren

G.B. Kacova, T.N. Pavlenko, N.P. Maleeva, L.V. Popova, D.N. Idiatullina

Orenburgskij gosudarstvennyj medicinskij universitet, g. Orenburg, Rossiâ

Важнейшей задачей здравоохранения во все времена остается охрана, укрепление и сохранение здоровья подрастающего поколения. При наблюдении за здоровьем детского населения используется комплексная оценка, в основе которой лежит оценка уровня и гармоничности физического развития.

Изучение физического развития детей проводилось и в Оренбургской области в семидесятые и девяностые года прошлого столетия.

Целью настоящего исследования явилось проспективное изучение некоторых показателей физического развития школьников г. Оренбурга и их динамика с 1990 по 2016 годы.

Для реализации поставленной цели решались следующие задачи:

1. Провести измерение соматометрических показателей школьников 7 – 15 лет.

2. Изучить динамику показателей физического развития школьников 7 – 15 лет за период с 1990 по 2016 годы.

3. Выявить закономерности изменения изучаемых показателей. Материалы и методы: В ходе данной работы проводилось измерение следующих показателей: масса тела (МТ), длина тела (ДТ), ежегодный прирост МТ и ДТ, ширина плеч (ШП). Измерения проводились методом 10 процентной репрезентативной выборки в школе № 68, гимназии № 5 города Оренбурга. Число наблюдений в каждой группе составляло от 30 до 37 человек. Измерения проводились стандартными методами. (исследование 2) сравнивался с данными измерений, проводимых в девяностых годах прошлого столетия среди школьников г. Оренбурга той же возрастно-половой группы (исследование 1).

Сравнительный анализ МТ выявил широкий диапазон колебаний во всех возрастно–половых группах, как в первом, так и во втором исследованиях. Однако дисперсия данного показателя в первом исследовании была достоверно выше ($m = 7,5$ в первом исследовании при $m = 1,6$ во втором исследовании).

Средние показатели МТ в первом исследовании во всех возрастно-половых группах были ниже по сравнению со школьниками 2016 года на 3,16 кг у девочек и на 7,74 кг у мальчиков. Разница данного показателя у девочек разных возрастных групп в первом и втором исследованиях существенно не отличалась. Тогда как у мальчиков найденные отличия были наибольшими в возрасте 11 – 15 лет (8,3 кг в 11 лет и 11,3 кг в 15 лет).

Ежегодный прирост МТ во всех возрастно-половых группах в первом и во втором исследованиях не имел достоверных различий.

Измерения длины тела показали, что ДТ школьников в первом исследовании во всех возрастно-половых группах отставали от данного показателя во втором исследовании у девочек на 2 – 6 см, у мальчиков на 3 – 9 см. Наибольшие отличия, как у мальчиков, так и у девочек отмечались в возрасте 13 – 14 лет. Однако прирост ДТ в первом исследовании у девочек в 13 – 15 лет был значительно выше, чем у их сверстниц в 2016 году (3,4 – 3,1 см. и 2,3 см соответственно). Этим объясняется уравнивание показателя ДТ у школьниц 14 – 15 лет в первом и во втором исследованиях.

О гармоничности физического развития можно судить по показателям массо–ростового коэффициента (индекс Кетле, индекс Кетле II). Расчет индекса Кетле показал, что среди девочек в первом исследовании избыточная масса тела (ИМТ = 25,4 – 27,6 – 29,7) отмечалась в 11 и 13 лет, ожирение – в 14 – 15 лет (ИМТ = 32,3 – 34,2). При втором исследовании избыточная масса тела (ИМТ более 25) чаще выявлялась у девочек 9 и 11 лет, ожирение (ИМТ = 30 и более) - в возрасте 12 – 15 лет. Подобная динамика показателя свидетельствует о более раннем начале процессов дисгармоничного развития школьниц 2016 года. Это может быть связано со снижением двигательной активности учениц средних и старших классов, нерациональным питанием и, возможно, с более ранней активацией гормонального фона.

У мальчиков ИМТ более 24 кг, также как и в первом исследовании, чаще встречается в возрасте 15 лет. Для правильной оценки этого показателя необходимо более подробно изучить состав массы тела (процент активной и пассивной массы тела), так как многие юноши этого возраста увлекаются силовыми видами спорта. Следует отметить, что физическое развитие мальчиков во все возрастные периоды, как в первом, так и во втором исследовании было более гармонично по сравнению с девочками.

Важным показателем физического развития школьников является ширина плеч. Средние показатели ширины плеч у мальчиков во все возрастные периоды не имела достоверных отличий при первом и втором исследовании. Однако дисперсность данного показателя была более выраженной у школьников при первом исследовании ($m =$ от 2 до 5,8 см) по сравнению со вторым исследованием ($m = 0,70 – 0,99$ см).

В исследовании 2016 года у девочек 7 – 10 лет ширина плеч не имела достоверных отличий от данного показателя у мальчиков соответствующих возрастных групп. С 11 лет зафиксированы гендерные различия этого

показателя. Так ширина плеч мальчиков превосходит ширину плеч девочек в 11 лет на 1,3 см, в 12 лет на 2 см, в 13 лет на 4,2 см, в 14 лет на 5 см и в 15 лет на 6,5 см.

При первом исследовании различия ширины плеч у девочек и мальчиков были выявлены только в 14 – 15 лет и составляли 2,1 см и 3,1 см соответственно.

Выводы:

1. Основные соматометрические показатели за последние 30 лет достоверно увеличились у школьников во всех возрастно-половых группах.

2. Отмечается более раннее появление дисгармоничности в физическом развитии школьниц за счет избыточной массы тела, что требует проведения соответствующих профилактических мероприятий.

3. Мальчики всех возрастных групп в течение исследуемого периода (1990 – 2016 годы) имели более гармоничное физическое развитие по сравнению со сверстницами.

4. В настоящем исследовании выявлены более ранние достоверные гендерные различия ширины плеч у школьников, тогда как у детей 90-ых годов прошлого столетия они появлялись только в 14 – 15 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактическая педиатрия /под редакцией А.А.Баранова, Л.С.Намазовой-Барановой. Москва, ПедиатрЪ, 2015, с. 491 – 496

2. Баранов А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М., 2006. 473 с.

3. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. – М., ГЭОТАР-МЕДИА, 2007, 622 с.

4. Кацова Г.Б. Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук «Морфотипическая, соматометрическая и функциональная характеристика детей и подростков 6 – 15 лет в популяции», Оренбург, 1991, 227 с.

5. Рзянкина М.Ф. Оценка физического развития подростков 15 – 17 лет г. Хабаровска: информационно - методическое письмо /М.Ф.Рзянкина, Е.Н.Андрюшкина. – Часть 3. – Хабаровск, 2004, 17 с.

6. Поликлиническая педиатрия: учебное пособие /Чернышов Е.Н. и др. – М., 2004. 151 с.

**ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ
ПЕРВОКЛАССНИКОВ Г. ЛУГАНСКА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО**

Понасенко В.В., Мосягина Н. А.

Кафедра физиологии ГУ ЛГМУ, г. Луганск, ЛНР

Научные руководители – проф. Тананакина Т.П., доц. Лысенко Е.А.

**Integrated assessment of health level of first-graders in the Luhansk, who
are studying according to the method of V. F. Bazarny**

Panasenko V. V., Mosyagina N. A.

Department of Physiology, State University of LMU, Lugansk, LPR

Введение. Реакция детского организма на изменения внешней среды проявляется в особенно резкой степени, по сравнению с организмом взрослого. Проявлением воздействия факторов внешней среды на развивающийся организм является уровень физического развития. Физическое развитие представляет собой динамический процесс изменений морфологических и функциональных признаков организма. В результате этого, процесс роста детей и подростков может подвергаться значительным изменениям. Для решения данной проблемы необходимо проводить мониторинг состояния здоровья детей и интегральную количественную оценку их физического состояния [1, 2].

Цель. Провести интегральную оценку параметров физического здоровья первоклассников г. Луганска, обучающихся по методике В.Ф. Базарного.

Материал и методы. Было обследовано 210 первоклассников средних общеобразовательных школ г. Луганска осенью 2017 года. Одни школьники обучаются по обычной программе (118 детей: 69 (58 %) мальчиков (М) и 49 (42 %) девочек (Д)). Они составили группу сравнения (Гр 1). Другие школьники обучаются по методике В.Ф. Базарного (92 ребенка: 44 (48 %) М и 48 (52 %) Д) и составили основную группу (Гр 2). Используются специально отобранные физиологические индексы, позволяющие оценить уровень здоровья (УЗ) по методу Апанасенко Г.Л.. В качестве объективного критерия индивидуальных адаптационных возможностей растущего организма применена модифицированная формула Баевского Р.М., позволяющая оценить уровень адаптационных возможностей (АП). Также оценивали физическое развитие (ФР) и функциональные возможности респираторно-гемодинамической системы (ФВ). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью модулей системы «STATISTICA 10», используя таблицы сопряженности.

Результаты. Оценка УЗ школьников показала, что у большинства детей был выявлен низкий уровень здоровья: в Гр1 – 42 (61 %) М и 25 (51 %) Д; в Гр 2 – 17 (39 %) М и 17 (35 %) Д). Средний уровень наблюдался у меньшего числа лиц: в Гр1 – 7 (10 %) М и 11 (22 %) Д; в Гр 2 – 16 (36 %) М и 19 (40 %) Д). У остальных уровень здоровья был ниже среднего. Таким образом, в группе сравнения лиц с низким УЗ статистически значимо меньше, чем в основной (χ^2

= 2,35; df=2; p=0,045). При этом, адаптационные возможности у большего числа лиц было удовлетворительным: в Гр1 – 54 (78 %) М и 39 (80 %) Д; в Гр 2 – 20 (45 %) М и 27 (56 %) Д). У остальных – напряженные, в основной группе таких лиц было больше, чем в Гр 1. Выявленные различия были статистически значимыми ($\chi^2 = 2,47$; df=2; p=0,034). ФР было гармоничны у 54% всех обследуемых детей и дисгармоничны у 46 %. При этом в каждой группе у около 90 % детей был низкий уровень ФР, только в Гр1 такой уровень наблюдался у 67 % Д. У остальных он был средним и ниже среднего. У большинства детей Гр2 уровень ФВ был ниже среднего (26 М – 59%; 26 Д – 54 %), а в Гр 1 такой уровень наблюдался у меньшего количества лиц (24 М – 35 %; 6 Д – 12 %). Высокий уровень ФВ был у большинства Д (20 – 41 %) Гр 1, в то время как у М этой группы он был меньше (12 – 17 %). В Гр 2 детей с таким уровнем было значимо меньше (8 М – 18 %; 11 Д – 23 %). У остальных он был выше среднего и средним.

Выявленные связи между группами сравнения с УЗ ($r = 0,3$) и АП ($r = 0,35$) указывают на различия уровней здоровья в этих группах. Также как и выявленные корреляции УЗ ($r = 0,15$) и ФР ($r = 0,28$) с полом указывают на разный уровень адаптационных возможностей мальчиков и девочек. Взаимозависимость интегральных показателей характеризует весь спектр физических качеств детей.

Выводы. У всех первоклассников наблюдается низкий уровень физического развития, что является причиной напряжения адаптационных возможностей и снижения уровня здоровья. Причем у мальчиков негативные процессы выражены в большей степени, чем у девочек.

При оценке здоровья детей в ходе профилактических осмотров начиная с дошкольных учреждений следует учитывать основные факторные показатели донозологической диагностики, которые можно будет использовать для прогнозирования состояния функциональных возможностей ребенка и разработки индивидуальной программы коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова Н. В., Савина Л. Н., Маковеева О. С. Критерии здоровья школьника: показатели физического, психического и социального благополучия. ИВУЗ ПР Естественные науки. 2013; 1(1): 102-110
2. Синельников И. Ю. Состояние здоровья российских школьников: факторы влияния, риски, перспективы. Наука и Школа. 2016; 3: 155-164

REFERENCES

1. Anisimova N. V., Savina L. N., Makoveeva O. S. The school student's health criteria: statements of physical, mental and social prosperity. IVUZ PR Estestvennyye nauki. 2013; 1(1): 102-110

2. Sinelnikov I. Yu. Health status of russian students: influence factors, risks and perspectives. Nauka i Shkola. 2016; 3: 155-164

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Пивнева А. М., Рыжкина Е. И., Зубалова В. П., Носов Г. А., Сафонова И.
А., Денисенко А. О.*

Одной из важнейших проблем клинической неврологии настоящего времени являются заболевания периферической нервной системы – они составляют более половины всей неврологической заболеваемости взрослых [1]. Витамины группы В на протяжении длительного времени используются при заболеваниях периферической нервной системы [2], однако до настоящего времени в стандарты консервативного лечения входили низкие дозы лекарственных препаратов, не способные оказать выраженный лечебный эффект.

Цель работы: оценка влияния различных доз витаминов В1, В6 и В12 на регресс неврологической симптоматики в основной и контрольной группах пациентов и формирование рабочей гипотезы об оптимальной терапевтической дозе витаминов группы В, путем углубленного клинико-статистического анализа результатов лечения больных основной и контрольной групп.

Методы: Исследование выполнено на базе неврологического центра клиники РостГМУ. В исследовании принимали участие 70 человек заболеваниями периферической нервной системы, находившиеся на лечении и обследовании в Неврологическом центре в период с 15 мая по 15 ноября 2017 г.

Диагностический алгоритм включал общий неврологический осмотр, МРТ (МР-АГ, РКТ) спинного (головного) мозга, консультации уролога, гинеколога, терапевта, хирурга и др., параклинические методы обследования для верификации причин заболевания.

Статистическая обработка проводилась на основе группировочных таблиц. Результаты обработаны методом параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической (коэффициент взаимной сопряженности Пирсона) статистики.

Результаты: всё больные были разделены на две группы: основную и контрольную, близкие по клиническим проявлениям заболевания и возрастному составу.

Пациенты контрольной группы получали комплексное консервативное лечение в условиях неврологического центра клиники РостГМУ в течение 10 дней, включающее: НПВС, миорелаксанты, периферические вазодилататоры, витамины В1 (1 мл 2,5% раствора - 0,025 г в/м 1 раз в день тиамин хлорид или

1 мл 3% раствора - 0,03 г в/м 1 раз в день тиамина бромид), В6 (1 мл 5% раствора 1 раз в день - 0,05 г в/м) и В12 (1 мл 0,01% раствора 1 раз в день – 100 мкг в/м).

Пациентам основной группы было предложено заменить ежедневное однократное в/м введение витаминов В1, В6, В12 на пероральный прием таблеток Нейромультивит, содержащих 100 мг В1, 200 мг В6 и 200 мкг В12 в 1 таблетке по 1 таблетке 3 раза в день во время еды. Главным условием исследования был абсолютно идентичный подбор остальных лекарственных препаратов и отказ от дорогостоящих лекарственных препаратов не доступных широкому кругу населения, больные также не должны были получать физиотерапевтического лечения, ЛФК, массажа.

Анализ клинических показателей у пациентов 1-й и 2-й группы до начала лечения не выявил достоверной значимости ($p > 0,05$). Они характеризовались нарушениями осанки и биомеханики двигательного акта у всех пациентов, наличием выраженного болевого синдрома по шкале ВАШ, психоэмоциональными расстройствами.

Характерно, что на 3 день осмотра 11 пациентов (31,43% случаев) основной группы отмечали снижение ощущения напряженности и скованности в мышцах, умеренное уменьшение боли. У них отмечалось увеличение двигательной активности. В контрольной группе подобные изменения наблюдались лишь у 3 пациентов (8,57% случаев). На 7 сутки от момента поступления 27 пациентов основной группы отмечали выраженное уменьшение болевого синдрома, они активно передвигались по отделению, оценивая улучшение качества жизни на 90%. В контрольной группе только 4 пациента считали свое состояние удовлетворительным, но субъективно не были готовы приступить к работе в таком состоянии. На 10-е сутки 28 пациентов основной группы отмечали полное исчезновение болевого синдрома и хорошее общее самочувствие с полной готовностью после выписки из стационара приступить к работе. В контрольной группе только 10 пациентов на момент выписки считали себя здоровыми, остальные 25 пациентов отмечали наличие в той или иной степени болевого синдрома.

Заключение: учитывая, что витамины группы В обеспечивают нейроны энергией, улучшая метаболизм нервной ткани, участвуют в синтезе нейромедиаторов, улучшая проведение нервного импульса, они должны являться обязательным компонентом комплексной терапии заболеваний нервной системы, однако применяться они должны, как показало исследование, в дозах значительно превышающих общепринятые среднетерапевтические (наличие выраженного терапевтического эффекта при назначении высоких доз витаминов ($p > 0,05$) и минимальный эффект от терапии стандартными дозами витаминов). А оптимальной терапевтической дозой – дозой, оказывающей выраженный терапевтический эффект при лечении заболеваний периферической нервной системы можно считать дозы витаминов В1, В6, В12.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль / М.: Боргес, 2007; 192 с
2. Камчатнов П. Р., Абусуева Б.А. Витамины группы В в неврологической практике / Журнал Эффективная фармакотерапия, 2014; с 52-59

ИСХОДЫ РОДОВ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

Трофименкова Т.Ю., Лисовская Т.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР, miss.tatiana_trofimenkova@mail.ru

Outcomes of labor under stress

Trofimenkova T.Yu., Lisovskaya T.V.

State Institution "Lugansk State Medical University named after St. Luke",
Lugansk city, LPR, miss.tatiana_trofimenkova@mail.ru

Актуальность. Проблема острых и хронических стрессов приобрела первостепенное значение в жизни современного человека. В литературе имеются данные о влиянии стресса на течение беременности и родов. Однако, многие аспекты данного вопроса остаются не изученными. Особый научный интерес представляет влияние стресса на организм беременной женщины, особенно, исход гестационного процесса, состояние плода и новорожденного.

Несомненно, что в летние месяцы 2014 года, женщины рожавшие детей в родильных домах г. Луганска находились в состоянии стрессовой ситуации, т.е. стресса. Военные действия и постоянный поток негативной информации, однозначно, должны были оказать влияние на течение и исход родов.

Цель работы. Изучить течение беременности, родов и их исход в условиях стресса военных действий 2014 года.

Материалы и методы. За летние месяцы в родильном доме № 2 г. Луганска прошло 132 родов. При чем наблюдалась тенденция к снижению количества родов июня по август 2014 года. Так в июне было проведено 95 родов, в июле 68 родов, а в августе всего лишь 31 роды. Все роды были проведены через естественные родовые пути, оперированные роды не учитывались. Это было, прежде всего, связано с оттоком населения в летние месяцы военных действий 2014 года в г. Луганске.

Результаты. Наиболее частыми осложнениями во время беременности у обследуемых нами женщин были: угроза прерывания беременности (45% случаев), воспалительные процессы гениталий (25% случаев), дисфункция плаценты (32,5% случаев). Обращает на себя внимание относительно высокий процент (32,5%) выявленной дисфункции плаценты у обследуемых нами женщин. Это так же может быть обусловлено существующей стрессовой ситуацией.

Общая продолжительности родов у перворожающий и повторнорожающий женщин практически не отличалась и составляла в среднем 8,1 часа – у перворожающих и 7,1 часа у повторнорожающих.

Осложнения в родах выявлены у 40,4% перворожающих женщин и у 22,5% повторнорожающих женщин. Наиболее часто встречающиеся осложнения в родах были: преждевременное отхождение околоплодных вод (15% случаев), травматизм в родах (17,7% случаев), преэклампсия в родах (2,5% случаев). Дети родились с оценкой по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте соответственно 8,2 -8,5 баллов.

Если оценивать результаты проведенных исследований по анализу осложнений в родах, то можно прийти к заключению, что по мере ухудшения социальной обстановки в условиях войны и связанной с ней стрессовой ситуацией количество осложнений в родах уменьшилось до единичных случаев.

Заключение. Прогрессирующее снижение осложнений в родах в условиях стрессовой ситуации военных действий, прежде всего связано с возможным влиянием родовой доминанты на стресс. Родовая доминанта на уровне подкорковых структур, возможно, нивелирует все патологические процессы, которые могли бы привести к осложнениям в родах и повлиять на рождение здорового ребенка.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Жук С.В., Погорелова И.А., Сичанова Е.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

Quality of life - a criterion for assessing health status medical students

Zhuk S.V., Pogorelova I.A., Sichanova E.V.

SI «Lugansk State Medical University», LPR

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

При изучении качества жизни наибольшее значение принадлежит самому человеку, в котором отражаются и соотносятся объективные и субъективные факторы. К объективным критериям целесообразно отнести уровень питания, обеспечение медицинской помощью, образовательными услугами, а также степень чистоты окружающей среды, к субъективным – психологическое восприятие человеком себя в существующих обстоятельствах. Следовательно,

качество жизни рассматривается в единстве психосоматического состояния индивида и его социального статуса.

С целью оценки образа и качества жизни студентов 3 курса I медицинского факультета по специальности «Лечебное дело» и II медицинского факультета по специальности «Педиатрия» было проведено анкетирование 247 студентов с помощью широко апробированного авторского психогигиенического опросника «Образ жизни» (Информационное письмо № 210-2005).

Анкета включала 50 вопросов, направленных на оценку жизнедеятельности по следующим критериальным факторам: шкала М – психологический микроклимат; шкала А – двигательная активность; шкала Р – режима дня; шкала П – питание; шкала Г – личная гигиена.

Содержательная часть анкеты включала 50 вопросов, адресованных к конкретным условиям жизнедеятельности студента-медика. Для объективизации результата, вопросы анкеты построены таким образом, что предусматривают как положительные, так и отрицательные ответы и при этом группируются в определённые шкалы. Ответы на вопросы, дешифровались с помощью специального ключа.

Оптимальный психологический микроклимат наблюдается у 89 % опрошенных: такие студенты получают удовольствие от занятий, а также от коллективных мероприятий и собраний. Можно предположить, что взаимоотношения между студентами и родителями благоприятные и доверительные.

Однако, у 11 % опрошенных наблюдается неблагоприятный психологический микроклимат. Отдельные студенты считают, что отношение окружающих к ним негативное; некоторых студентов еще наказывают родители, поэтому у ребят возникает желание пожить отдельно от родителей. В связи с неблагоприятной обстановкой в семье студенты иногда даже не посещают занятия в университете.

Только 38 % опрошенных студентов соблюдают режим труда и отдыха: спать ложатся раньше 23 часов, их сон составляет около 8 часов, что позволяет им отдохнуть и прийти, позавтракав, вовремя на занятия. Также им хватает времени на качественную подготовку к домашним занятиям.

Однако 62 % респондентов считают, что у них очень продолжительный и напряженный рабочий день. Спать ложатся позже 23 часов, сон составляет менее 8 часов, следовательно, они не высыпаются, не успевают позавтракать. Со слов студентов, в результате дефицита свободного времени они не могут качественно выполнить домашнее задание, а тем более заниматься в спортивных секциях.

В результате оценки двигательной активности студентов-медиков отмечается хорошая активность у 28 %: эти ребята начинают свой день с утренней гимнастики, занимаются в спортивных секциях, кроме того, находят время и возможность помогать родителям по дому.

В тоже время, у 72 % опрошенных – низкая двигательная активность: утреннюю гимнастику не выполняют, в спортивных секциях не состоят, мало времени проводят на открытом воздухе.

Анализируя характер питания студентов-медиков, выявлено, что только 44 % опрошенных соблюдают режим питания: эти студенты стараются принимать пищу регулярно в одно и то же время, в их рационе присутствуют рыбные и мясные блюда, значительное место занимают фрукты и овощи.

Не соблюдают режим питания 56 % опрошенных студентов. Качественная и количественная адекватность рациона питания у данных студентов нарушена. Наблюдалось низкое качество жизни (несоответствие гигиеническим нормам, не соблюдение личной гигиены). Суточный рацион однообразный, наблюдается недостаток белковой пищи и витаминов.

87 % опрошенных студентов-медиков придерживаются правил личной гигиены: следят за чистотой своего жилья, одежды, соблюдают личную гигиену, практически не имеют вредных привычек.

Однако 13 % опрошенных не следят за чистотой своего жилья, одежды, так же у этих студентов наблюдается склонность к вредным привычкам: употребление алкоголя, табакокурение.

Резюмируя результаты проведенного анкетирования, были сделаны следующие выводы:

1. Анализ условий жизнедеятельности студентов-медиков показал, что для 89 % студентов типичным является наличие хорошего психологического микроклимата со значительным числом лиц, находящихся в состоянии психологического комфорта, относительно низкая двигательная активность (28 %), хорошее выполнение требований рационального режима дня (38 %), качественная и количественная адекватность рациона питания (44 %), навыки личной гигиены, включая выполнение правил здорового образа жизни (87 %).

2. У 11 % обследуемых студентов наблюдается неблагоприятный психологический микроклимат: студенты часто не знают, как справиться с возникающими неблагоприятными психологическими состояниями, переносят своё плохое настроение на окружающих. Некоторые студенты в качестве саморегуляции используют табакокурение и алкоголь; у них низкая двигательная активность (72 %), не соблюдают режим труда и отдыха (62 %), качественная и количественная адекватность рациона питания у данных студентов нарушена, суточный рацион однообразный, несбалансированный (56 %), у обследуемых студентов, относительно низкие навыки личной гигиены и эти студенты не выполняют правила здорового образа жизни (13 %).

Для студента с высоким уровнем развития личности характерно не только стремление познавать себя, но желание и умение изменять себя, среду, в которой он находится. Путем активного самоизменения формируется личность, ее образ жизни. Взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии «здоровый образ жизни». Это понятие объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и

бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья.

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Носов Г.А., Рыжкина Е.И., Сафонова И.А., Денисенко А.О., Пивнева А.М.
ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет,
г.Ростов-на-Дону*

Опухоли головного мозга остаются одной из сложнейших проблем неврологии и нейрохирургии даже на современном этапе развития медицины, когда накоплен колоссальный опыт по диагностике и лечению данной патологии и практически повсеместно широко используется новейшая диагностическая аппаратура. [1,3]

Основываясь на собственных данных, полученных при исследовании клинико-эпидемиологических особенностей опухолей головного мозга в Ростовской области и г. Ростове-на-Дону за 10-ти летний период, можно констатировать, что несмотря на достаточно высокий уровень диагностики в отношении нейроонкологических больных в Ростовской области (выявляемость 98,77%), доля опухолей головного мозга больших и гигантских размеров при поступлении больных на лечение в нейрохирургические стационары г. Ростова-на-Дону остается достаточно высокой, что говорит в первую очередь о неудовлетворительном состоянии ранней диагностики первичных опухолей головного мозга врачами-неврологами первичного звена медицинской помощи (поликлиники, районные больницы, медико-санитарные части) и их низкой онкологической настороженности.

В плане оценки качества ныне существующей системы организации медицинской помощи больным с опухолями головного мозга на догоспитальном этапе был проведен анализ состояния больных первичными опухолями головного мозга на момент их поступления в нейрохирургический стационар. Проанализировано 2039 случаев первичных опухолей головного мозга у 2012 больных, находившихся на лечении в нейрохирургических отделениях стационаров г. Ростова-на-Дону (ОКБ № 1, БСМП № 2, 1602 ОБГ СКВО, клиники нервных болезней и нейрохирургии РГМУ) и 27 посмертных диагностических находок (данные протоколов регистрации причин смерти населения областного архива ЗАГСа, патологоанатомического исследования РОПАБ и кафедры патологической анатомии РГМУ), не проявивших себя клинически при жизни больного.

У большей части больных – 875 человек (42,15%) на момент поступления наблюдалась умеренная клиническая симптоматика (конкретные жалобы,

выраженная очаговая неврологическая симптоматика), у значительной 754 человека (37,48%) – выраженная (выраженная очаговая неврологическая симптоматика, умеренно выраженный гипертензионно-гидроцефальный синдром). С начальными клиническими проявлениями (отсутствие или минимальные жалобы и очаговая неврологическая симптоматика) в стационары поступили 211 больных (10,49%). В стадии декомпенсации (грубая очаговая неврологическая симптоматика, выраженный гипертензионно-гидроцефальный синдром с застоем на глазном дне, дислокационная симптоматика, резкое снижение зрения) поступили 199 человек (9,89%).

Менингиомы на ранних стадиях своего развития также наиболее часто проявляются головными болями – 196 у больных (35,57%) и эпилептическими припадками – у 82 больных (25,59%). Чаще, чем другие гистологические типы первичных опухолей головного мозга менингиомы манифестируют парезами конечностей – у 39 больных (7,08%). Достаточно часто менингеальная опухоль проявляется снижением остроты зрения – у 36 больных (6,53% всех первых симптомов при менингиомах). Реже первым симптомом отмечается повышение ВЧД – у 31 больного (5,63%), хотя именно у этих больных порой долго и безрезультативно терапевты лечат гипертоническую болезнь, вегето-сосудистую дистонию, заболевания желудочно-кишечного тракта и т.п.[1]

Таким образом, большинство первичных ОГМ на ранних этапах проявляли себя появлением головной боли – у 787 больных (40,13%) и эпилептических припадков – у 305 больных (15,55%), чаще фокальных (78% всех эпилептических припадков). Реже первым симптомом первичной ОГМ было повышение ВЧД – у 137 больных (6,99%). В 98 случаях (5,00%) опухоли головного мозга проявляли себя различной степенью снижения остроты зрения. Относительно часто в качестве первого симптома развивающейся опухоли головного мозга были атаксия – у 82 больных (4,18%) и парезы конечностей – у 80 больных (4,08%). Остальные неврологические симптомы встречались значительно реже. [2,4]

К сожалению, пациенты часто не обращают особого внимания на шум в ушах, легкую шаткость, двоение, изменение почерка, нарушение чувствительности и т.п. либо связывают данные ощущения с возрастными изменениями, имеющейся соматической патологией, последствием перенесенных заболеваний. Но самое ужасное, что врачи порой «идут на поводу у фантазий больных», либо сами неправильно интерпретируют имеющуюся у больного неврологическую симптоматику, что мешает своевременно и грамотно обследовать больного и направить его на лечение, и что существенно снижает успешность проводимой терапии и отражается на сроках и качестве жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.К.Тян Внутрижелудочковая менингиома / В.К.Тян, А.Е Жалбагаев, Т.К. Муханов, Н.А. Сулейманкулов// Вестник КазНМУ - 2014 - №4- С.217-218

2. Мойсак Г.И Поражение ствола мозга при невриномах VIII нерва и субтенториальных менингиомах по данным магнитно-резонансной спектроскопии по водороду /Мойсак Г.И., Олюшин В.Е., Фокин В.А., Окользин А.В., Маслова Л.Н.// Бюллетень Сибирской медицины -2008 - №5- С.239-245

3. И.А. Сафонова К вопросу ранней диагностики опухолей головного мозга/ сборник научных трудов, посвященный 90-летию кафедры нервных болезней и нейрохирургии- 2014-с.255-259

4. А. П. Трашков, А. Л. Спирин Глиальные опухоли головного мозга: общие принципы диагностики и лечения/ А. П. Трашков, А. Л. Спирин// Педиатр - 2015-Том 4- №4- С.75-84.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЙ НОВОРОЖДЁННЫХ

Березкина И. А., Диденко О. Н., Кобзарь В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР, b0501544608@yandex.ru

Clinical and statistical analysis of newborn pathologies

Berezkina I.A., Didenko O. N., Kobzar V.

Lugansk State Medical University named after Sainted Luca, Lugansk,
Lugansk Public Republic, B0501544608@yandex.ru

Патологии новорожденных – это глубокие, нередко не сразу диагностируемые проблемы со здоровьем малыша. Причинами возникновения проблем подобного рода могут быть хромосомные пороки развития плода, повреждения центральной нервной системы, нарушения в формировании и развитии отдельных органов и систем. Если рассматривать патологии новорожденных с точки зрения причин их возникновения, то можно разбить на две большие группы: генетически обусловленные и приобретенные.

Первые присутствуют с самого момента зачатия и диагностируются чаще всего на ранних сроках, тогда как вторые могут появиться у ребёнка и быть выявлены врачами на любом этапе беременности. Если причины патологии плода при беременности носят генетический характер, их уже нельзя исправить, такие болезни неизлечимы. Ребёнку придётся жить с ними всю свою жизнь, и родителям придётся пожертвовать многим, чтобы вырастить его. Бывает и так, что эмбрион может быть абсолютно здоровым генетически, но приобретает отклонения в процессе своего утробного развития под влиянием самых различных неблагоприятных факторов. Это могут быть заболевания матери, которые она перенесла во время беременности, плохая экологическая обстановка, неправильный образ жизни и т. д.

Нами был проведен клинико-статистический анализ патологий новорождённых в Луганском перинатальном центре за 2017 год. Статистические данные структуры патологий новорождённых таковы:

- пороки нервной системы (6%);
- пороки глаза, уха (4%);
- пороки системы кровообращения (19%);
- пороки органов пищеварения (4%);
- пороки половых органов (25%);
- пороки органов дыхания (4%);
- пороки развития и деформации костно-мышечной системы(22%);
- другие пороки (7%);
- хромосомные аномалии (5%);
- множественные пороки (7%).

Мы видим, что самые распространённые патологии – это пороки системы кровообращения (средний показатель за год – 19%), половых органов (средний показатель за год – 25%) и деформации костно-мышечной системы (средний показатель за год – 22%). Около 7% младенцев рождаются со множественными пороками.

Профилактика патологий плода предполагает исключение из жизни молодой мамы тех факторов, которые могут спровоцировать развитие внутриутробных отклонений. К самым распространённым причинам таких заболеваний относятся следующие:

- наследственность. Если вы знаете о наличии у вас в роду генетических отклонений, ещё перед зачатием необходимо пройти ряд обследований и анализов;
- неблагоприятные условия окружающей среды. Работа и проживание рядом с крупными промышленными предприятиями или радиационной зоне может привести к необратимым последствиям;
- неправильный образ жизни. Внешние уродства новорождённых очень часто обусловлены курением, алкоголизмом, наркоманией, недостаточностью или скудностью питания матери во время беременности;
- заболевания. Вирусные и бактериальные заболевания могут обернуться для малыша самыми опасными патологиями.

Чтобы избежать таких опасных последствий для жизни и здоровья ещё неродившегося малыша, родители должны сделать всё возможное, чтобы устранить выше перечисленные причины.

Чрезвычайно важна ранняя диагностика этих проблем! Желательно – во время беременности. И совершенно обязательно – вскоре после появления малыша на свет! Заметив что-то неладное в проведении своего ребенка, не скрывайте этого от доктора: чем раньше будет диагностирована проблема, тем больше шансов на успех.

КОРРЕКЦИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ГАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Оглух А.А., Бычков Д.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
кафедра педиатрии и детских инфекций, г. Донецк, ДНР,
alex.ogluh@gmail.com

Correction of the enzymatic function of the stomach by the method of halotherapy in children with chronic gastroduodenal pathology

Oglukh A.A., Bychkov D.V.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Department of Pediatrics and Childhood Infections,
Donetsk, DPR, alex.ogluh@gmail.com

Актуальность. Неблагоприятное влияние длительной медикаментозной терапии на организм, недостаточная эффективность стандартных методов лечения придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию немедикаментозных методов реабилитации пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

В реабилитации пациентов с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) одним из перспективных методов является использование лечебных воздушных сред с моделированием природных факторов. Галотерапия (ГТ) – метод, который базируется на лечебном воздействии высокодисперсного сухого солевого аэрозоля (галоаэрозоля), основным компонентом которого являются мелкие солевые частицы хлорида натрия, активирующие в воздушной лечебной среде метаболизм и местную защиту биологических тканей, улучшают окислительно-восстановительные процессы, оказывают спазмолитическое и противовоспалительное действие. Микроклимат галокамер обладает определенными особенностями: постоянство давления, температуры, отсутствие бактериальной флоры и аллергенов. Важной особенностью галокамер является возможность точного дозирования концентрации аэрозоля.

Цель исследования. Изучить влияние ГТ на нормализацию ферментативной функции желудка у детей с ХГДП.

Материалы и методы. На базе ГДКБ № 1 г. Донецка обследовано 80 детей с ХГДП, ассоциированной с *H. pylori* (НР) в возрасте от 14 до 17 лет. Всем пациентам была проведена эффективная эрадикация инфекции НР. Пациенты были разделены на основную группу и группу сравнения. В каждую группу вошло 40 детей. Курс ГТ детям основной группы проведен через 1 месяц после эрадикации и состоял из 10 ежедневных сеансов, длительностью 30

минут. В группе сравнения ГТ не проводилась. Ферментативную функцию желудка оценивали по уровню пепсиногенов (ПГ) в сыворотке крови. У пациентов основной группы был определен уровень ПГ1 и ПГ2 исходно и после курса ГТ, а у детей группы сравнения – исходно и через 1 месяц. Группу контроля составило 30 здоровых детей.

Результаты исследования. При поступлении у большинства детей с ХГДП установлено повышение концентрации ПГ в сыворотке крови, что указывает на активацию агрессивных свойств желудочного сока. Средние значения ПГ1 и ПГ2 в сыворотке крови у пациентов с ХГДП были статистически значимо выше ($p < 0,05$) относительно детей группы контроля. При этом исходные показатели данных ферментов между основной группой и группой сравнения статистически значимо не отличались ($p > 0,05$).

При изучении влияния использования ГТ на показатели ферментативной функции желудка установлено, что у детей основной группы при контрольном исследовании уровень ПГ был статистически значимо ($p < 0,05$) ниже относительно детей группы сравнения.

После проведения курса ГТ нормальная концентрация ПГ1 среди пациентов основной группы установлена у 31 ($77,5 \pm 6,6$ %) ребенка, а повышение данного показателя – лишь у 9 ($22,5 \pm 6,6$ %). Для пациентов группы сравнения характерным было повышение концентрации ПГ1, которое выявлено в 27 ($67,5 \pm 7,4$ %) случаях. Нормальное значение данного фермента установлено лишь у 13 ($32,5 \pm 7,4$ %) пациентов данной группы. Уровень значимости различий в группах сравнения составил $p < 0,001$.

Среди пациентов основной группы уровень ПГ2 оставался повышенным лишь у 6 ($15,0 \pm 5,6$ %) детей. Нормальная концентрация в сыворотке крови данного фермента установлена у 34 ($85,0 \pm 5,6$ %) пациентов данной группы. В группе сравнения нормальный уровень ПГ2 выявлен у 15 ($37,5 \pm 7,7$ %) детей, а повышенный – у 25 ($62,5 \pm 7,7$ %). Уровень значимости различий между группами сравнения – $p < 0,001$.

Заключение. Использование ГТ в период реабилитации детей с ХГДП, после эрадикации НР способствует нормализации ферментативной функции желудка, снижая агрессивные свойства желудочного сока. Для пациентов, которым не проводились реабилитационные мероприятия, характерным является активация ферментативной функции желудка даже на фоне эффективной эрадикации НР, что может повышать риск рецидива заболевания.

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Аветисян С.К., Игитян Т.А.

Российский Университет Дружбы Народов, г.Москва, Российская
Федерация, satnavetisyan.1999@mail.ru

Disturbances in speech development in children at an early age

В последние годы увеличилось количество детей с нарушениями в развитии речи, что по данным Н.Н. Зваденко и Н. Ю. Суворинова составляет в детской популяции 5-10%.

Целью данной работы является обзор нарушений развития речи у детей в раннем возрасте, выявление их причин, а также влияние этих нарушений на дальнейшее развитие ребенка.

Под задержкой речевого развития подразумевают отставание в созревании речи у детей 3-4 лет по сравнению с возрастной нормой.

Для понимания причин возникновения данной проблемы начнем с определения понятия речи. Речь - это многозвенный психофизиологический процесс, основная форма сознания и общения, свойственная человеку, которая состоит из трех звеньев: восприятия речи, ее продуцирования и центрального звена. Речь базирована на работе мозговых и периферических механизмов.

К первым относят вербальную систему, с помощью которой реализуется суть речевого процесса. Помимо этого, к ним следует отнести и слуховую, зрительную, тактильную и двигательную системы, посредством которых происходит опознание и порождение речевых сигналов.

К периферическим механизмам относят периферические системы обеспечения внешней, в том числе устной речи. Артикуляция и озвучивание слов, выполняется с помощью речедвигательного аппарата, обеспечивающего звуковую организацию речи. Процесс устной речи - итог работы периферических органов, основанный на генерации дифференцированных акустических звуков.

Уже больше столетия ученые знают о том, что у большинства людей речь контролируется левым полушарием. В 1836 году никому не известный французский врач Марк Дакс прочел на заседании медицинского общества в Монпелье короткий доклад, в котором описывал 40 человек из числа своих больных, страдавших нарушениями речи. У всех без исключения обнаруживались признаки повреждения левого полушария.

Исполнение речевых движений управляется центрами речи, расположенными в коре больших полушарий, которые кроме реализации речи, обеспечивают хранение речевых «образов». К центральным органам речи относят центр Брока, также в лобной доле находятся центры движения губ и языка. Следовательно, одним из причин нарушения речи может служить поражение Центра Брока, центров движения губ и языка, при которых наблюдается моторная афазия. При этом собственная речь нарушается, а понимание чужой речи сохраняется почти полностью.

Для изучения особенности психического развития детей раннего возраста с задержкой речи О. В. Шемякиной проводился эксперимент, в котором

участвовало 50 детей 2-3 лет с задержкой речевого развития. Было установлено, что основанием нарушения речи у детей послужило неблагоприятное течение беременности.

Согласно классификации Л.О. Бадаляна речевые расстройства могут быть связаны с органическими поражениями ЦНС (дисфазия-недоразвитие речевых центров коры больших полушарий г.м., может быть врожденным или приобретенным), дизатрия (нарушение произносительной стороны речи, возникающее вследствие органического поражения центральной нервной системы), с функциональными изменениями ЦНС (мутизм, заикание), с дефектами строения артикуляционного аппарата.

Н.Н. Зваденко и Н. Ю. Суворинова пишут, что причинами отставания в развитии речи и задержки речи могут быть нарушение слуха, аутизм, общее отставание в психическом развитии, перинатальная патология ЦНС. Также задержка речевого развития выявляется у половины недоношенных детей. Ими проводилось обследование 120 детей от 3 до 4,5 лет с дизфазией развития. В ходе исследования выяснилось, что степень отставания развития речи увеличивалась с каждым полугодовым периодом и влияла на другие сферы развития ребенка.

О. В. Шемякина отмечает, что при задержке речи выявляется отставание темпа психического развития. Баканова О. И. поддерживает это мнение и добавляет, что у детей с ЗРР выявляется нарушение коммуникационной функции речи, которое становится причиной формирования самосознания.

Мэри Пэт в одной из своих статей пишет о том, что происходит с детьми, которые отставали в развитии речи или имели некоторые задержки в проявлении речи: 10-20% двухлетних детей страдают поздним проявлением речи. В статье автор описывает ряд исследований, которые показывают, что большинство поздно говорящих детей добиваются средних баллов на языковых тестах в возрасте 5,6 или 7 лет. Однако, большинство исследований показывают, что у детей с задержкой речи в раннем возрасте наблюдаются определенное отставание в развитии от их сверстников. Так, например, у поздно говорящих детей было выявлено, что у них навыки чтения значительно хуже в возрасте 8-9 лет, чем у их сверстников. В 13 лет такие дети отставали по мерам лексики, грамматики, словесной памяти и пониманию прочитанного; в семнадцатилетнем возрасте они по-прежнему имеют слабые языковые навыки. По словам автора, поздняя речь не является расстройством и при нормальном развитии языковых норм, никак не может способствовать отставанию в развитии поздно говорящих детей от их сверстников.

В заключение можно сказать, что в период раннего детства отклонения от нормального развития речи могут остаться незамеченными и своевременное раннее их выявление дает возможность быстрой и качественной коррекции за счет пластичности нервных центров в этом возрасте.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ДЕЙСТВИЮ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

Самойлов А.В., Демьяненко Е.В.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР

warm-hearted-22@rambler.ru

Experience in using mesenchymal stem cells to correct changes in biochemical parameters of blood serum of rats exposed to acute immobilization stress

Samoylov A.V., Demjanenko E.V.

STATE INSTITUTION OF THE LUHANSK PEOPLE'S REPUBLIC «LUGANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER SUNSHINE LUKE», Lugansk, LPR

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем медицины является тема стресса. Известно, что ограничение двигательной активности – мощнейший стрессовый фактор, приводящий к нарушениям микроциркуляции и ишемии внутренних органов, активизации перекисного окисления липидов, развитию дистрофических и некротических изменений в клетках. Современная медицина предполагает широкие возможности применения клеточной медицины. Использование терапии мезенхимальными стволовыми клетками (МСК) может помочь в восстановлении функции поврежденных органов.

Цель работы. Изучить влияние применения мезенхимальных стволовых клеток (МСК) на динамику основных биохимических маркёров сыворотки крови: общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), креатинкиназы (КК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинина, мочевины, общего белка, альбумина при остром иммобилизационном стрессе.

Материалы и методы. Исследование проведено на 208 самцах нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм, которых содержали на стандартных условиях вивария, согласно Страсбургской конвенции по защите прав лабораторных животных, используемых для научных целей (Страсбург, 1986г). Животных иммобилизовали в течение 24 часов в индивидуальных стеклянных камерах. Получали клетки костного мозга из полостей бедренных костей взрослых животных после их декапитации под легким эфирным наркозом. Полученные клетки помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками, культивировали 14 дней при температуре 37°C в атмосфере 5% CO₂ в HF151UV CO₂-инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю. Культуру фенотипировали

непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью специфических маркеров к МСК. Животные были разделены на три группы: № 1 – интактную (действию стресса не подвергались), № 2 – контрольную (животные были подвергнуты действию стресса и через 1 час после иммобилизации внутривенно получали по 1мл стерильного физиологического раствора), № 3 – экспериментальную (животным через 1 час после 24-часовой иммобилизации внутривенно вводили по 5 миллионов МСК). Животных контрольной и экспериментальной групп декапитировали под эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после введения МСК и физиологического раствора соответственно. Производили забор крови для получения сыворотки. Определяли содержание общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, общей ЛДГ, КК в сыворотке крови животных с использованием биохимического анализатора «ADVIA-2000». Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 10.0». Статистическую значимость различий показателей оценивали по критерию Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследованием установлено, что уровень общего билирубина в контрольной и экспериментальной группах максимально повышался на 7 сутки, превышая значения интактных животных на 26,69% и 28,5% соответственно. У контрольных животных показатели постепенно снижались и к 30 суткам достигли интактных значений. Показатели животных экспериментальной группы достоверно были ниже контрольных и уже к 14 суткам достигли интактных значений. Показатели АЛТ и АСТ контрольной и опытной групп были максимальными на 3 сутки наблюдения. При этом значения АЛТ превышали показатели интактных животных соответственно на 129,48% и 133,5%, АСТ – на 101,2% и 97,3%. На 7 сутки аминотрансферазы в группах № 2 и № 3 оставались высокими, а затем снижались, достигая к 21 суткам значений группы № 1. При этом с 14 суток в экспериментальной группе отмечалось недостоверное снижение показателей АЛТ относительно группы контроля. Значения АСТ в группе № 3 были достоверно ниже показателей группы № 2 с максимальным различием на 14 сутки эксперимента (на 26,28%). Уровни КК и ЛДГ сыворотки крови в контрольной и опытной группах резко повышались уже в 1 сутки после иммобилизации по сравнению с интактными значениями. После 7 суток контрольных животных исследуемые показатели постепенно снижались, однако к окончанию сроков наблюдения не достигли интактных значений. У животных, леченных МСК, значения КК во все сутки наблюдения были ниже контрольных с максимально выраженной разницей на 7 (на 17,13%) и 21 сутки (на 16,14%) эксперимента. Значения ЛДГ у экспериментальных животных достигали показателей группы № 1 уже к 21 суткам наблюдения. Концентрации креатинина и мочевины достоверно увеличились на 3 сутки исследования в сыворотке крови животных как контрольной, так опытной групп относительно интактных значений. Начальные показатели креатинина были достигнуты в группе контроля к 30 суткам

исследования, а в экспериментальной группе – к 14 суткам. У животных, не получавших МСК, показатели мочевины к 30 суткам превышали интактные значения на 4,38%, а у животных, леченных МСК, – уже на 21 сутки наблюдения достигали интактных значений. При этом показатели экспериментальной группы были достоверно ниже контрольных значений на всем протяжении реадaptационного периода. Уровни общего белка и альбумина сыворотки крови животных контрольной и экспериментальной групп на 1 сутки эксперимента снизились соответственно на 25% и 9,49% и 25,18% и 8,5% по сравнению с интактными показателями и были минимальными. До 7 суток наблюдения показатели общего белка и альбумина в контрольной группе оставались достаточно низкими, в последующие сутки достоверно повышались, практически достигая интактных значений к 30 суткам. У животных экспериментальной группы с 3 суток уровни общего белка и альбумина крови плавно нарастали, достигали значений группы № 1 на 21 – 30 сутки эксперимента. Показатели в опытной группе с 7 суток были достоверно выше значений группы контроля.

Заключение. Имобилизационный стресс приводит к изменениям биохимических показателей сыворотки крови: гиперферментемии, повышению уровня общего билирубина, мочевины и креатинина, снижению концентрации общего белка. Показатели констант крови зависят от длительности постимобилизационного периода. Применение мезенхимальных стволовых клеток способствует более быстрому восстановлению биохимических показателей крови. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования клеточной терапии для лечения состояний, главным патогенетическим звеном которых является ишемия.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДОШКОЛЬНИКОВ, НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Чалая А.О

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко,
г. Луганск, ЛНР, annachalaya97@mail.ru

Peculiarities of posttraumatic stress disorder in pre-school children in the combat zone

Chalaya A.O

Luhansk Taras Shevchenko national university, Luhansk, LPR\

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что при наличии данных о реакциях на травматическое событие детей младшего школьного возраста, реакции дошкольников остаются малоизученными. Следовательно, наша работа является важной и значимой, так как в ней расширяются и

дополняются сведения о влиянии пребывания в зоне боевых действий на развитие ПТСР у дошкольников, разрабатывается полноценная программа исследования особенностей проявлений посттравматического стрессового расстройства у дошкольников, находящихся в зоне боевых действий.

Цель исследования: теоретически обосновать особенности проявлений ПТСР у дошкольников, находящихся в зоне боевых действий.

В последние десятилетия во всём мире наблюдается рост количества различных катастроф, конфликтов в обществе и микросоциуме. Эта ситуация характеризуется экстремальным воздействием на психику человека. Возникающие в дальнейшем психические расстройства, иногда значительно затрудняют социально-психологическую адаптацию пострадавших, и соответственно, снижают их трудовую активность. Наиболее частой формой расстройств у жертв экстремальных событий, которые трудно поддаются лечению и коррекции, и проявляются психологическими, социальными и соматическими изменениями, является посттравматическое стрессовое расстройство (далее ПТСР).

Учёные из разных стран изучают вопрос характерных симптомов ПТСР, таких, как: частое повторное напоминание, представление и переживание травмирующих, стрессовых ситуаций, психопатологические переживания, избегание воспоминаний о травмирующих событиях и высокий уровень тревожности, который сохраняется после них, особенности психологической реабилитации участников боевых действий и тому подобное. К нынешнему времени проведены многочисленные исследования ПТСР, которые касались не только психических расстройств военной этиологии, а и последствий воздействия на психику человека катастроф техногенного и природного характера, геноцида, различных видов насилия над личностью и тому подобное.

Детям дошкольного возраста, пережившим психологическую травму вследствие пребывания в зоне боевых действий, очень трудно понять, что с ними произошло. Это связано, прежде всего, с их возрастными особенностями: им не хватает социальной, физиологической и психологической зрелости. Ребёнок не в состоянии полностью осознать смысл того, что происходит – он просто запоминает ситуацию, свои переживания в этот момент. Его восприятие действительности становится хаотичным, беспорядочным, начинает отмечаться неразборчивостью, теряется «структура мира», в котором ребёнок живет.

На эмоциональном уровне ПТСР у детей дошкольного возраста, пребывающих в зоне боевых действий, может проявляться в следующих характеристиках:

1) в появлении страхов, которые являются первой реакцией на пережитый стресс. Эти страхи вызваны необходимостью избежать повторное переживание угрожающего события. Например: ребёнку страшно выходить из дома, оставаться в одиночестве и т.п.

2) в появлении специфических фобий. Например, ребёнок панически боится расставаться с близкими людьми, боится засыпать в одиночестве, в темноте.

3) в появлении чувства вины за то, что случилось. Поскольку маленькие дети эгоцентристы считают, что «всё плохое произошло из-за меня, потому что я был плохим» и думают, что волнения и страхи родителей, вызваны их поведением.

На когнитивном уровне ПТСР у дошкольников проявляется в: ухудшении концентрации внимания (дети становятся невнимательными); нарушении памяти, что проявляется в забывчивости, трудностях при вспоминании прошлого, особенно информации травмирующего или стрессового характера; потере уже сформированных когнитивных навыков; нарушениях восприятия окружающей среды, что проявляется в хаотичности, прерывистости; появлении мыслей о смерти.

Травмированный военными событиями ребёнок тяжело учится навыкам контроля за мочеиспусканием и дефекацией. Часто боится днём спать, так как считает, что когда он заснёт, то придёт кто-то ужасный, какое-то страшное существо, или что-то произойдет, и ребёнок не сможет защититься. Причина этих страхов у дошкольников кроется в страшных снах, которые основываются на пережитых событиях, которые дети воспринимают как реальные события (если запоминают эти сны). Но даже если ребёнок, проснувшись, не помнит сюжет сна, ощущение ужаса остаётся.

В играх детей, переживших военные действия, наблюдаются сюжеты войны, потери родных, история переселения. У детей дошкольного возраста, чьи родители воюют, наблюдается повышенная тревожность. Хотя они ещё не совсем понимают, почему родителя нет с ними, но они чувствуют его отсутствие как потерю, а постоянная тревога рядом находящихся взрослых понимается как наличие непонятной опасности. К тому же матери, волнуясь за жизнь мужчин, часто начинают удаляться от ребёнка, углубляться в себя. Это только ухудшает ситуацию, поскольку, не понимая, почему нет папы, и почему мама такая грустная и часто плачет – ребёнок начинает винить себя в том, что произошло.

У детей дошкольного возраста уже можно диагностировать посттравматическое стрессовое расстройство. Его характерные признаки у детей следующие:

1) чрезмерная настороженность, тревожность. Ребёнок даже в спокойной, защищённой обстановке остается напряженным, всё время чего-то боится;

2) выразительный страх разлуки с родителями («прилипание» к значимому взрослому). Ребёнок плачет, не хочет оставаться в детском саду, его трудно заинтересовать играми с другими детьми. Даже если отвлечь и привлечь какой-то игрушкой или работой, ребёнок может оставить интересное для него занятие, или даже весёлую игру и бежать к окну или двери, чтобы увидеть там маму, бабушку или папу;

3) выразительный страх при появлении какого-то стимула, напоминает о пережитой травме (человека в камуфляже или в капюшоне, напоминающий балаклаву; резкий звук, телевизионная передача, звук от лопнувшего воздушного шарика, даже рисунок в книге). Стимул может быть на первый взгляд абсолютно нейтрален;

4) проблемы с засыпанием. Подобные страхи время от времени появляются и у не травмированных детей, но у детей с ПТСР они постоянные, сопровождаются ночными кошмарами и ужасами и другие признаки.

Таким образом, особенности проявлений посттравматического стрессового расстройства у дошкольников, пребывавших в зоне боевых действий, проявляются на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Диагностировать наличие ПТСР можно по наличию характерных поведенческих проявлений, нарушениям общего самочувствия ребёнка, появлению определённых страхов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Резник А.В.

ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», Луганская Народная Республика город Луганск, anya.reznik@mail.ru

Features of the manifestation of posttraumatic stress disorder in the inhabitants of the Donbass of different age groups

Reznik A.V.

Public educational institution of the higher vocational training of Lugansk Republic of People's is the "Luhansk national university of the name of Taras Shevchenko", Luhansk People's Republic, city Luhansk, anya.reznik@mail.ru.

В настоящее время изучение психологических последствий воздействия психотравмирующих стрессоров высокой интенсивности на человека, ставшего участником или свидетелем катастрофических травмирующих ситуаций, является острой и актуальной проблемой.

Вероятность оказаться в травмирующей ситуации (военные и насильственные действия, антропогенные и техногенные катастрофы, угрожающие жизни болезни, террористические акты и т. п.) для любого человека в современном мире непрерывно возрастает. Особенно остро этот вопрос стоит на территории Донбасса, так как боевые действия не прекращаются на протяжении 3 лет. Это ставит перед специалистами разного профиля множество задач: комплексного медико-психологического изучения

последствий пребывания в таких ситуациях, разработки адекватных методов диагностики и лечения возникающих патологических последствий.

Актуальность данного исследования обусловлена:

во-первых, высокой социально-экономической значимостью проблемы в современном обществе;

во-вторых, потребностью в целостном теоретико-методологическом анализе и интеграции различных направлений в области изучения психологических последствий пребывания человека в травмирующих ситуациях и дифференцированном подходе к пониманию этого феномена;

в-третьих, необходимостью разработки научно обоснованной классификации посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменений в психике человека, что особенно важно при выборе мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Цель исследования — изучить последствия и продолжающее воздействие военных действий на Донбассе у жителей Луганской области разных возрастных групп.

Методы исследования: эмпирические – диагностические методики, наблюдение, тестирование.

Для выявления и изучения посттравматического стрессового расстройства у жителей Луганской области мы использовали несколько методик, таких как: Миссисипская шкала, опросник выраженности психопатологической симптоматики, опросник депрессивности Бека, шкала оценки влияния травматического события.

В эксперименте приняли участие 142 респондента от 16 до 56 лет, средний возраст 36 лет, включение в выборку имело случайный характер. В нашу выборку вошло 17 военнослужащих средний возраст которых 27 лет, 26 люди мирных профессий (учителя, врачи, продавцы), проживающие на территории Донбасса средний возраст которых 32 года, 31 учащиеся колледжей средний возраст которых составил 17 лет, 64 студента учащихся в вузах Луганской Народной Республики средний возраст которых 20 лет, 5 людей без определенного места работы на данный момент средний возраст 31 год.

По результатам обработки «Миссисипской шкалы посттравматического стрессового расстройства» было выявлено, что 62 человека - 43% (21 студентов, 17 военнослужащих, 12 людей мирной профессии, 7 учащихся колледжей, 5 людей без определенного места работы на данный момент) набрали 101-195 баллов, что свидетельствует о выраженном влиянии перенесенной травмы на человека; 80 человека что составляет 57% (42 студентов, 14 людей мирной профессии, 24 учащихся колледжей) набрали менее 100 баллов, что свидетельствует о невыраженном и слабовыраженном влиянии перенесенной травмы на человека.

В ходе эксперимента было выявлено, что для респондентов нашей выборки доминирующими стали следующие шкалы:

- Фобическая тревожность (Phobic Anxiety – PNOB) – 32 человек что составляет 22% (5 человек военнослужащих, 2 людей без определенного места работы, 4 учащихся колледжа, 21 студент).
- Психотизм (Psychoticism – PSY) - 28 человек что составляет 20% (4 человека без определенного места работы, 19 человек мирной профессии, 3 учащихся колледжа, 2 студента).
- Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation – PAR) – 26 человек что составляет 19% (2 человек военнослужащих, 24 студентов).
- Депрессия (Depression – DEP) - 26 человек что составляет 21% (8 человек военнослужащих, 9 учащихся колледжа, 7 студентов, 2 человека мирной профессии).
- Тревожность (Anxiety – ANX) – 19 человек что составляет 11% (5 человека мирной профессии, 6 учащихся колледжа, 8 студентов).
- Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive – Compulsive – O – C) - 2 человек что составляет 1% (военнослужащий).
- Враждебность (Hostility – HOS) - 10 человек что составляет 6% (7 учащихся колледжа, 3 студента).
- Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity – INT) - 8 человек что составляет 5% (3 человек военнослужащих, 2 человек мирной профессии, 3 учащихся колледжа).

В ходе эксперимента было выявлено, что в диагностической симптоматике преобладают:

- Субшкала «физиологическая возбудимость» - 62 человека что составляет (45%) (36 студентов, 11 учащиеся колледжей, 8 военнослужащих, 5 людей мирной профессии, 3 людей без определенного места работы).
- Субшкала «вторжение» - 40 человека что составляет (26,7%) (11 людей мирной профессии, 10 студентов, 9 военнослужащих, 8 учащихся колледжей, 2 людей без определенного места работы).
- Субшкала «избегание» - 40 человека что составляет (28%) (18 студентов, 12 учащиеся колледжей, 10 людей мирной профессии).

В ходе эксперимента было выявлено, что для респондентов стали доминирующие шкалы:

- отсутствие депрессивных симптомов – 80 человек что составляет (56%) (42 студента, 20 людей мирной профессии, 17 учащихся колледжа, 1 человек без определенного места работы).
- легкая депрессия (субдепрессия)- 48 человек что составляет (34,5%) (22 студента, 13 учащихся колледжа, 7 военнослужащих, 6 людей мирных профессий).
- умеренная депрессия- 11 человек что составляет (7,7%) (7 военнослужащих, 4 людей без определенного места работы).
- выраженная депрессия (средней тяжести) -2 человек что составляет (1,4%) (2 военнослужащих).

- тяжелая депрессия -1 человек что составляет (0.4%) (1 военнослужащий).

Таким образом в ходе эксперимента было выявлено, что посттравматическое стрессовое расстройство проявляется:

- в большей мере: у военнослужащих и людей без определенного места работы. Это может быть связано с тем, что люди этой категории живут под воздействием постоянно повторяющихся факторов травмирующей ситуации;
- менее выражен ПТСР у: студентов, учащихся колледжа и людей мирной профессии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Коробкова Е.А., Карпушин Д.И.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

г. Луганск, korob.len@gmail.com

Features of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period against the background of disturbing disorders in wartime

Korobkova E.A., Karpushin D.I.

GI LPR «Lugansk State Medical University named after St.Luke»

c. Lugansk, korob.len@gmail.com

В течении 3,5 лет на территории Луганской Народной Республики проходят военные действия. Многие семьи потеряли близких людей, свои дома. Людям приходилось жить в подвалах, палатках, в разрушенных домах, без электричества, газа и воды. Все эти факторы социальной нестабильности приводят к формированию тревожно-депрессивного синдрома у населения, в частности, у беременных женщин и рожениц. Во время экстремальных ситуаций на организм человека действуют стрессовые факторы, к которым человеческий организм не приспособлен. Проблема влияния психоэмоционального стресса на организм человека остаётся в центре внимания многих исследований. В этом аспекте интересны вопросы о влиянии стрессовых факторов на организм беременной женщины, поскольку опасности подвергаются две жизни – будущей матери и плода, чувствительность у которых к повреждениям и реакции на них различны.

Беременные женщины незащищены от хронического стресса в силу лабильности нейрогуморального статуса. В то же время генетическая репродуктивная программа, прогестероновая релаксация, гестационная и родовая доминанты обеспечивают компенсацию психических функций до

родоразрешения. Условия социально-экономической нестабильности диктуют высокие требования к проблеме адаптации беременной женщины в данной среде. Изучение особенностей поведения беременных женщин в условиях социально-экономической нестабильности как возможное решение проблемы их адаптации и предупреждение аффективных нарушений представляется актуальным.

Целью нашего исследования было изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин в военное время в ЛНР. Изучено 600 историй родов. Все роды проходили в ГУ «Луганский городской перинатальный центр» ЛНР в течение 2015 года. Группу сравнения составили 600 женщин, которые рожали в довоенное время.

Средний возраст обследованных женщин составил 26,3 лет. Экстрагенитальные заболевания имели 29,17% женщин. Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (22,33%) и эндокринная патология (12,17%). Детальный анализ течения данной беременности показал, что частота самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов на 1,8% была ниже в военное время, частота кесарево сечения снизилась на 2,2%, частота нормальных родов выросла на 12%, на 13,5% выросла частота фето-плацентарной недостаточности, перинатальная смертность увеличилась на 7 промиле. Частота гестозов второй половины беременности, гипотонических кровотечений и частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не изменились.

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы: 1) военные действия, неблагоприятные социальные и бытовые условия, наличие угрозы жизни – приводят у беременных к формированию аффективных расстройств (тревожное и депрессивное состояние, психологический стресс); 2) аффективные расстройства выступают одним из патогенетических факторов риска повреждающего действия фето-плацентарной системы, и увеличивают перинатальные потери; 3) генетическая репродуктивная программа обеспечивает компенсацию психических функций до родоразрешения; 4) для выявления стрессовых факторов при беременности рекомендуется использовать программу психологического скрининга; 5) в штатную структуру женской консультации, перинатальных центров необходимо ввести медицинского психолога с целью проведения психо-коррекционных мероприятий для беременных женщин.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ОСТРЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ

Погорелова Г.А.

Показатели состояния иммунитета у пациентов с ВИЧ-инфекцией хотя и не являются главными в постановке диагноза заболевания, но чрезвычайно важны в определении его прогноза и оценки эффективности проводимого лечения. Решение вопроса о назначении патогенетической терапии базируется и на результатах иммунологических исследований.

Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, каждое ее звено претерпевает изменения. Особенностью состояния клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции является то, что моноциты и макрофаги, CD4⁺ выступают клетками-мишенями для возбудителя данной инфекции. Наряду с дефицитом CD4⁺-лимфоцитов в динамике заболевания нарастает функциональная недостаточность CD8⁺-лимфоцитов, НК-клеток, нейтрофилов.

Нарушение иммунного статуса клинически проявляется инфекционным, аллергическим, аутоиммунным и очаговым неврологическим синдромами, а также синдромом иммунологической недостаточности. Все это определяет клинику неврологических осложнений ВИЧ-инфекции.

В этой связи целесообразно обобщение результатов иммунологических исследований, не только характеризующих иммунный статус у ВИЧ-инфицированных, но и при наличии сопутствующей оппортунистической инфекции, в частности острых менингоэнцефалитов.

Цель: определить состояние показателей клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных пациентов с острыми менингоэнцефалитами в зависимости от этиологического фактора.

Материалы и методы исследования:

Было обследовано 135 ВИЧ-инфицированных пациентов с острыми менингоэнцефалитами (МЭ) различной этиологии (туберкулезной – 58, токсоплазмозной – 46, цитомегаловирусной – 31), находящиеся на лечении в стационарном отделении ГУ ЛНР «ЛРСНБ СПИД». Из них 77 мужчин и 58 женщин. Средний возраст обследуемых составил 35, 7 ± 12,8 лет. Группу контроля вошли 20 человек с острыми менингоэнцефалитами без ВИЧ-инфекции в анамнезе аналогичного возраста и пола. Иммунологические исследования проводили при поступлении больных в стационар.

Объем иммунологического исследования включал определение количественных показателей клеточного иммунитета (количество лимфоцитов, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD22⁺, CD25⁺, CD95⁺, CD16⁺, HLA-DR⁺, ИРИ с использованием проточного цитофлуориметра EPICS XL Beckman Coulter, США, 2007 года выпуска и конъюгатов моноклональных антител AIDS CD4-FITC/CD8-PE/CD3-PC5 FC/CD16-FITC/CD25-FITC/HLA-DR -PC5/CD95-Fas/RPE) на базе клиничко-диагностической лаборатории и централизованной лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов ГУ "Луганский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД" ЛНР. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном

компьютере AMD Athlon 2000 + MHz (пакеты лицензионных программ Microsoft Office 2007, Stadia 6.1/prof и Statistica 5.5).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного комплекса иммунологических исследований состояния клеточного иммунитета у больных МЭ при ВИЧ-инфекции на момент поступления в стационар были выявлены нарушения со стороны Т-клеточного звена иммунитета, касающихся уменьшения их численности и угнетение функциональных свойств. Индивидуальный анализ иммунограмм показал, что направленность изменений иммунных показателей при этом была неодинаковой, а определялась этиологическим фактором заболевания, то есть максимальная выраженность сдвигов показателей клеточного иммунитета наблюдалась при цитомегаловирусных МЭ и менее выраженные сдвиги были при токсоплазмозных МЭ.

Так, общий уровень лимфоцитов при туберкулезных МЭ составил в абсолютном исчислении $1,055 \pm 0,25 \cdot 10^9$ /л, а в относительном - $12,5 \pm 1,96$ %, что в 2,44 раза ниже по сравнению с группой контроля. При токсоплазмозных МЭ - в абсолютном исчислении $0,417 \pm 0,13 \cdot 10^9$ /л, а в относительном - $10,6 \pm 0,40$ % (ниже по сравнению с группой контроля в 2,87 раза). При цитомегаловирусных МЭ - в абсолютном исчислении $0,296 \pm 0,21 \cdot 10^9$ /л, а в относительном - $6,8 \pm 1,36$ % (ниже по сравнению с группой контроля в 4,48 раза). Уровень общей популяции Т-лимфоцитов (клетки с фенотипом CD3+) при туберкулезных МЭ уменьшался до $23,5 \pm 1,05$ % в относительном исчислении и до $0,44 \pm 0,02 \cdot 10^9$ /л в абсолютном исчислении; при токсоплазмозных МЭ - до $5,4 \pm 0,16$ % в относительном исчислении и до $0,1 \pm 0,005 \cdot 10^9$ /л; и при цитомегало-вирусных МЭ - до $3,7 \pm 0,03$ % и $0,07 \pm 0,001 \cdot 10^9$ /л соответственно, в сравнении с группой контроля, где эти показатели составили $69,5 \pm 2,2$ % и $1,29 \pm 0,11 \cdot 10^9$ /л в относительном и абсолютном исчислении, то есть у обследованных больных с МЭ имела место Т-лимфопения. Наряду с этим отмечены определенные изменения со стороны уровня основных регуляторных субпопуляций Т-клеток, преимущественно в виде снижения уровня клеток с фенотипом CD4+ (Т-хелперы/индукторы) при достаточно выраженном уменьшении количества циркулирующих Т-супрессоров/киллеров (клетки с фенотипом CD8 +), в результате чего иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, отражающий соотношение Т-хелперов/индукто-ров и Т-супрессоров/киллеров, существенно снижался. Так, количество Т-хелперов/

индукторов (CD4 +) при туберкулезных МЭ составило $9,8 \pm 0,12$ % (в группе контроля - $45,6 \pm 1,6$ %) в относительном исчислении, в абсолютном исчислении $0,13 \pm 0,05 \cdot 10^9$ /л при значениях в группе контроля - $0,84 \pm 0,03 \cdot 10^9$ /л. В то же время при токсоплазмозных МЭ уровень CD4 + составлял в относительном исчислении $3,53 \pm 0,2$ % (в абсолютном соответствии $0,065 \pm 0,005 \cdot 10^9$ /л) и при цитомегаловирусных МЭ - $1,84 \pm 0,05$ % в относительном и $0,034 \pm 0,001 \cdot 10^9$ /л в абсолютном. Показательно, что у больных при

токсоплазмозных МЭ отмечается достоверное снижение количества Т-супрессоров (CD8 +) - лишь в 1,4 раза ниже показателей группы контроля, тогда как у обследованных с туберкулезными и цитомегаловирусными МЭ снижение данного показателя оказалось более выраженным – в 1,75 и 1,68 раза соответственно. Значение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 также зависело от этиологии МЭ и при туберкулезных МЭ было лишь в 2,01 раз, при токсоплазмозных МЭ - в 8,05 раза и при цитомегаловирусных МЭ – 16,12 раза ниже показателей ИРИ в группе контроля. Также у обследуемых наблюдалось снижение уровня НК-клеток, что тоже зависело от этиологического фактора заболевания. В относительном исчислении при туберкулезных МЭ содержание CD16 + клеток равнялось $15,2 \pm 1,06\%$, а в абсолютном - $0,24 \pm 0,06 \cdot 10^9/\text{л}$, при токсоплазмозных МЭ - $11,3 \pm 0,9\%$ в относительном исчислении и $0,14 \pm 0,05 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном, при цитомегаловирусных МЭ - $8,9 \pm 1,05\%$ и $0,1 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно. При исследовании в сыворотке крови больных МЭ активированных HLA-DR + -экспрессированных клеток было установлено, что обнаруженные сдвиги уровня HLA-DR + клеток зависят также от этиологии МЭ. Так, при туберкулезных МЭ наблюдается повышение этого показателя до $14,7 \pm 0,8\%$ (в относительном) и $0,76 \pm 0,006$ (в абсолютном исчислении), при токсоплазмозных МЭ - $12,7 \pm 2,5\%$ в относительном исчислении и $0,67 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном, при цитомегаловирусных МЭ - $16,1 \pm 0,4\%$ и $0,84 \pm 0,006 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о повышенной клеточной активации и подтверждают активный воспалительный процесс, который оказался более выраженным при цитомегаловирусных МЭ. При индивидуальном анализе было установлено, что МЭ у ВИЧ-инфицированных вне зависимости от этиологического фактора характеризуется низким уровнем содержания клеток ранней активации лимфоцитов (CD25 +). Так, при туберкулезных МЭ уровень CD25 +клеток составил $2,5 \pm 1,1\%$ в относительном исчислении и $0,05 \pm 0,001 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном (ниже, чем в группе контроля более чем в 2 раза). При токсоплазмозных МЭ уровень CD25 +клеток - $1,4 \pm 0,7\%$ в относительном исчислении и $0,027 \pm 0,006 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном, что ниже аналогичного показателя в группе контроля в 3, 7 раз. При цитомегаловирусных МЭ отмечается снижение CD25+ клеток до $1,1 \pm 0,2\%$ в относительном и $0,021 \pm 0,003 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном исчислении, что также ниже, чем в группе контроля в 4,7 раз. Это свидетельствует о выраженном угнетении функциональной активности иммунокомпетентных клеток. Также имело место повышение CD95 +, причем максимальные значения данного показателя наблюдались при цитомегаловирусных МЭ - $35,6 \pm 4,4\%$ в относительном исчислении и $0,43 \pm 0,06 \cdot 10^9/\text{л}$ в абсолютном исчислении (в 5 раз больше в сравнении - с группой контроля - $7,2 \pm 0,5\%$ - и $0,13 \pm 0,02 \cdot 10^9/\text{л}$ в относительном и абсолютном исчислении. При токсоплазмозных МЭ повышение уровня CD95 + наблюдалось в 4 раза (при значениях CD95 + - $28,4 \pm 3,2\%$ и $0,36 \pm 0,05 \cdot 10^9/\text{л}$ в относительном и абсолютном исчислениях) и при туберкулезных МЭ – в 2 раза ($15,1 \pm 1,1\%$ и $0,24 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$ в

относительном и абсолютном исчислениях соответственно) в сравнении с группой контроля. Это свидетельствует об усиленном FAS-опосредованном апоптозе и запрограммированной гибели клеток в остром периоде заболевания. При индивидуальном анализе полученных результатов с учетом этиологического фактора МЭ было установлено, что наибольшие изменения клеточного состава имели место при цитомегаловирусных МЭ.

Резюме

У ВИЧ-инфицированных больных с острыми МЭ имеют место нарушения со стороны иммунологических показателей, характеризующих состояние клеточного иммунитета. Изменения в системе иммунокомпетентных клеток характеризовались наличием выраженной Т-лимфопении, уменьшением количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов, снижением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, уменьшением общего количества NK-клеток, повышением HLA-DR+ клеток и повышением уровня клеток-маркеров апоптоза (CD95+). Выявленные нарушения показателей клеточного иммунитета зависели от этиологии МЭ. Сохранение дисбаланса иммунологических показателей свидетельствует о длительном характере сохранения Т-клеточного иммунодефицита при МЭ у ВИЧ-инфицированных и является основанием для проведения адекватной патогенетической терапии.

ПАТОГЕНЕЗ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ¹

Б.А. Абусуева, З.А. Абусуева, Э.Н. Исмаил-Заде, К.Б. Маньшева, Н.А. Умарова

Дагестанский государственный медицинский университет

В последнее время важную роль в диагностике и лечении многих неврологических и иных заболеваний приобретают гендерные факторы. Патофизиология инсульта, как и ряда других заболеваний, различается у мужчин и женщин в связи с воздействием половых гормонов, генетических и других факторов. Большое количество исследований подтверждает нейропротективное действие половых стероидных гормонов у женщин в менопаузе.

Эстрогены, прогестерон и тестостерон оказывают влияние на физиологические, такие как сосудистая реактивность, объем церебральной перфузии, гематоэнцефалический барьер, и патофизиологические, в том числе атеросклероз, аспекты церебрального кровообращения. Одними из наиболее изученных стероидных гормонов, влияющих на физиологию и патофизиологию

¹ Исследование проводится с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов (№ 17-2-001325), гранта Главы Республики Дагестан в области науки, техники и инноваций, гранта Фонда Гаджи Махачева по поддержке науки, образования и культуры.

сердечно-сосудистой системы являются эстрогены. Существует большое число экспериментальных доказательств того, что эстрогены, в особенности 17 β -эстрадиол, являются фактором защиты, от гибели клеток у пациенток с инсультом в пременопаузе. И в эндотелиальных клетках, и в гладкой мускулатуре сосудов располагаются специфические рецепторы и находятся ферменты, которые, взаимодействуя с половыми гормонами, приводят к реализации геномных и негеномных эффектов. Геномные влияния эстрогенов опосредованы действием через ядерные рецепторы эстрогена α и β , которые широко распространены в эндотелии и гладкомышечных клетках артерий головного мозга. В процессе связывания структура α и β эстрогена меняется, что приводит к вовлечению в реакцию коактиваторов, которые в свою очередь связывают цис-формы изомеров и активируют процесс транскрипции. В плазматической мембране клеток сосудов обнаруживается умеренная экспрессия эстрогенов и чувствительных к ним мембранных белков. После связывания эстрогена белки вызывают появление митоген-активирующей протеинкиназы и фосфатидилинозитол-3-киназы, реализуя таким образом негеномные эффекты. Среди этих эффектов наиболее важными являются повышение реактивности сосудов путем повышения уровня эндотелиальной NO-синтазы с последующей гиперпродукцией NO, индукция вазодилатирующих простаноидов (например, простагландина I₂); и влияние эндотелий-зависимого гиперполяризующего фактора.

Уровень оксида азота и его продукция выше у женщин чем у мужчин, что может быть основой половых различий при сосудистых нарушениях. NO-зависимые механизмы, такие как тонус мышечной стенки, принимают участие в процессе «ауторегуляции» объёма церебральной перфузии и являются важным элементом церебральной протекции от колебания объёма и давления крови.

По данным исследований на животных, очевидно, что более высокий уровень циркулирующих эстрогенов у самок обеспечивает защиту от болезней мозговых и периферических сосудов. Это в свою очередь предполагает повышенный риск инсульта среди женщин в постменопаузе, по сравнению с женщинами в пременопаузе, который, вероятно, связан с уменьшением уровня эстрогенов в менопаузе. В перименопаузе, как известно, возникают различные изменения функционирования женского организма, что и является индикатором возрастающего риска сосудистых заболеваний.

Прогестерон также оказывает влияние на церебральное и периферическое кровообращение, воздействуя на рецепторы, расположенные в гладкомышечных и эндотелиальных клетках сосудистой стенки. Как и эстрадиол, прогестерон ингибирует пролиферацию культур гладкомышечных сосудистых клеток человека, что играет важную роль в процессе атерогенеза. К другим эффектам прогестерона относят противовоспалительный, антиоксидантный и противоотечный, что может обеспечивать его нейропротекторные свойства.

Несмотря на экспериментальные данные, положительные эффекты воздействия эстрогена и прогестерона на женщин остаются спорными. В результатах исследования Организации здоровья женщин (Women Health Organization), охватывавшего более 16000 пациенток, сообщается о значительном увеличении (на 31%) риска развития инсульта у здоровых женщин в постменопаузе после приема комбинированной терапии эстрогеном и прогестинном в течение 5,6 лет.

Нейропротекторные механизмы, приписываемые прогестерону и эстрогенам, менее выражены у мужчин, по сравнению с женщинами, вероятно, из-за более низкого содержания их в крови.

ПОЙКИЛОДЕРМИЯ ВРОЖДЁННАЯ ТОМСОНА

Лысых Е.Е., Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики
«Луганский государственный медицинский университет имени Святителя
Луки»

Thompson's congenital malformation

Lysykh E.E., Radionov V.G., Provision L.N., Shvaryova T.I

SI “Lugansk state medical university named after st. Luke”, Ministry of public
health service LPR, tabascu_knedlic@mail.ru

Актуальность. Наследственные заболевания кожи составляют около 10% от всей группы дерматозов. При этом по данным ВОЗ только 1/3 составляют дерматозы с доказанным наследственным анамнезом.

Цель работы. Ознакомить дерматологов, неонатологов, педиатров, генетиков с клиническими проявлениями одного из редких генодерматозов, что будет способствовать ранней диагностике данной патологии.

Заболевание описано Томсоном (1923), наследуется по аутосомно-рецессивному типу, встречается чаще у лиц женского пола. Начинается в 3-6 месяцев или первые 3 года жизни ребёнка с появления бледно-красной диффузной или пятнистой эритемы (К.Н Суворова, А.А. Антоньев, 1977). В последующем развивается прогрессирующая пойкилодермия с телеангиэктазиями, пигментированными и депигментированными пятнами, атрофией, шелушением. Возможно появление фолликулярных, лихеноидных папул, бородавчатых и гиперкератотических разрастаний, гипотрихоза и алопеции (Б.А. Задорожный, Б.Р. Петров, А.А. Каламкарян, В.Н. Мордовцев, Л.Я. Трофимова, 1989). Возможны диффузная или очаговая кератодермия, ониходистрофия. Пигментация выражена на коже шеи и туловища, щёк, лба, подбородка, ушных раковин; телеангиэктазии- на коже лица и кистей. Может

поражаться кожа ягодиц, разгибательных поверхностей конечностей. Больным свойственны повышенная фоточувствительность, а также изменения внешности: треугольное лицо с широким и высоким лбом, маленьким подбородком, микроцефалия, гипоплазия костей, невысокий рост. Поражение глаз не встречается (Томсон, 1936). Психическое развитие не страдает. Через 2-3 года процесс может стабилизироваться (А.Т. Сосновский, Н.З. Яговдик, И.Н. Белугина, 2001). Различают две формы этого заболевания: пузырьную (синдром Брауна-Фалько-Марческу) и бородавчато-гиперкератотическую (Б.А.Беренбейн, А.А.Студницин, 1989). *Пузырная форма* описана исключительно у женщин. В течение первых 2-3 лет жизни на коже лица, разгибательных поверхностей конечностей, меньше на туловище появляются мелкопятнистая гиперпигментация, сетчатая депигментация, телеангиэктазии, диффузная или очаговая атрофия, а также пузыри с прозрачным содержимым, возникающие как спонтанно, так и после травмы. С возрастом склонность к их образованию уменьшается. Возможны склеродермоподобные изменения фаланг, кератодермия, ониходистрофия, аномалии зубов, гипотрихоз, лейкоплакия слизистой оболочки полости рта. Изменений психосоматического статуса не отмечается. *Врождённая пойкилодермия с бородавчатым гиперкератозом* наряду с указанными изменениями характеризуется образованием очагов гиперкератоза на местах костных выступов к 7-10 годам жизни ребёнка.

В качестве примера описанной патологии приводим наблюдение за пациенткой 1983 г.р., у которой первые изменения кожи появились с рождения и в возрасте 18-ти лет продолжают прогрессировать. Отмечена выраженная чувствительность кожи к солнечным лучам. При осмотре на коже верхних конечностей обнаружены гипер-и депигментированные пятна, телеангиэктазии, участки атрофии ; на коже голеней - бляшки красного цвета с атрофией, телеангиэктазиями, шелушением, незначительным гиперкератозом. Орган зрения и зубы здоровы. Физических дефектов внешности не выявлено. Психосоматически здорова.

Заключение. Клиническое описание редкой формы генодерматоза с длительным прогрессирующим течением свидетельствует о важности тщательно собранного анамнеза для установления правильного диагноза и качественного диспансерного наблюдения.

***ПОСВЯЩЕНИЕ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ НЕРВНЫХ
БОЛЕЗНЕЙ И НЕЙРОХИРУРГИИ ПАНЧЕНКО ЕВГЕНИЯ
НИКОЛАЕВИЧА***

к.м.н. Пеннер В.А., к.м.н. Борисенко В.В.



«Истинно велики те, чье сердце бьется для всех»

Ромен Роллан

Много лет подряд 25 марта, съезжались неврологи Луганской области, чтобы приветствовать своего любимого учителя – профессора кафедры нервных болезней и нейрохирургии Луганского государственного медицинского университета Панченко Евгения Николаевича. Он – человек на редкость скромный, смущался этим проявлением любви и уважения. Евгений Николаевич всегда избегал пафоса, громких слов и публичности. Ему не нужны были ни материальные ценности, ни восхваления. Он работал... Сдержанный в быту, он полностью раскрывался в работе, которая всегда превращалась у него в творчество.

История семьи Евгения Николаевича и прекрасна, и печальна одновременно. Родился он в 1923 г. в дворянской семье в Петрограде. Его родители были необыкновенно талантливыми людьми. Именно своей маме и бабушке он обязан не только аристократическими манерами и, поражающей окружающих, осанкой, но и знанием литературы, музыки, живописи, иностранных языков. Читать он научился в шесть лет, в том числе, – на греческом и латыни. А уж логическое мышление и математический талант – это от Бога. Во время сталинских репрессий – в 1933 г., были расстреляны его родители. Близкие друзья семьи по фамилии Панченко усыновили Евгения Николаевича. Они также были очень образованными людьми: приемная мать, преподавала в медицинском институте, отец был военным. В школе Евгений Николаевич учился легко, перепрыгивал через классы. Учителя прочили ему большое будущее. Одни считали, что он будет писателем, потому что его школьными сочинениями зачитывались, другие – предрекали математическую славу.



После окончания школы он поступил в университет на математический факультет. Вот тут-то и разыскал его брат покойной матери. Дядя – бывший военный врач, получивший звание полковника еще в 1914 году, напомнил, что в их семье все, так или иначе, соприкасались с медициной. Среди членов семьи были хирурги, земские врачи, сестры милосердия, биохимики, микробиологи. А что касается математического склада ума, то его вполне можно проявить в неврологии: топика требует логического построения.

Во время Великой Отечественной войны, Евгений Николаевич вместе с приемной матерью уезжают в эвакуацию в Ташкент, а приемный отец

уходит на войну и в Белоруссии под Бобруйском погибает, где и похоронен в братской могиле.

В 1946 г. Е.Н. Панченко с отличием закончил лечебный факультет Донецкого медицинского института и был зачислен в клиническую ординатуру при кафедре неврологии этого института. После окончания ординатуры ему предлагали любое распределение, в том числе и в Москву, но в это время у него появилась семья, и он изъявил желание перейти на практическую работу в одну из районных больниц. Он был направлен в Волновахскую районную больницу Донецкой области, где работая врачом, Е.Н. Панченко не переставал заниматься и научной работой. В это время им был выполнен ряд исследований, позволивших ему разработать новые методы лечения заболеваний нервной системы, пригодные для использования в лечебных учреждениях разного уровня, в том



числе районного и сельского. За эти годы им было опубликовано 9 научных работ, которые вызвали значительный интерес у медицинской общественности, в том числе у таких известных медиков как акад. Е.М. Тареев, акад. А.Л. Мясников, акад. А. Крейндлер (Румыния).

В 1956 г. Е.Н. Панченко был избран по конкурсу ассистентом кафедры неврологии Донецкого медицинского института. В 1959 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «О влиянии раздражения кожных рецепторов на головные боли при гипертонической болезни».

В Донецком медицинском институте Е.Н. Панченко проработал до 1965 г., исполнял обязанности областного невропатолога. В 1965 г. - избран заведующим кафедрой нервных болезней с курсом нейрохирургии



Ворошиловградского медицинского института, где активно занимался лечебно-профилактической, профессорско-преподавательской, изобретательско-рационализаторской деятельностью и подготовкой молодой врачебной смены. В студенческой среде он пользуется огромной популярностью и уважением. Его оценки на экзаменах всегда отличались высокой объективностью.

экзаменах всегда отличались высокой объективностью.

С женой ему очень повезло. Валентина Михайловна была детским психиатром, в 1977 году за вклад в организацию детской психиатрической службы Луганской области награждена орденом «Знак Почёта», была прекрасным клиницистом и организатором. Веселая, искрометная, трудолюбивая, вечерами стучала на машинке, печатая диссертацию Евгения Николаевича, разрешала держать в квартире подопытных кроликов, безропотно измеряла им артериальное давление, потому что это нужно было для науки.



Она очень рано ушла из жизни, семья так и не оправилась от этого удара, Евгений Николаевич остался молодым вдовцом. Будучи очень красивым (его внешность всегда сравнивали с внешностью известных киноактеров – Кадочникова, Тихонова), умным, обаятельным, он пользовался огромным успехом у женщин. Однако после смерти жены он прожил один 26 лет и остался верен её памяти.

В 1968 г. он защитил докторскую диссертацию на тему «Нервные нарушения при артериальной гипотонии». В 1969 г - присвоено ученое звание профессора. Основным направлением научной работы, руководимой им кафедры, стала разработка проблемы нейро-сосудистых взаимоотношений и коррекции их расстройств. При этом, в отличие от многих научных исследований, посвященных сосудистым заболеваниям, акцент переносился на функциональную стадию патологии, роль вегетативной нервной системы в патогенезе сосудистых расстройств, рефлекторным звеньям патогенеза сосудистой дисфункции. Учитывая запросы практики, Е.Н. Панченко и сотрудники кафедры немало внимания уделяли травмам центральной и периферической нервной системы, вибрационной болезни.

К научной работе широко привлекались и студенты, члены научного неврологического студенческого кружка, которым в течение всего времени заведывания кафедрой руководил Е.Н. Панченко. В дальнейшем многие кружковцы поступали в интернатуру по неврологии, становились невропатологами, научными работниками. Рассматривая интернатуру как очень важное звено обучения специалистов, Е.Н. Панченко постоянно проводил занятия с интернами-неврологами, уделял также внимание подготовке невропатологов-рефлексотерапевтов.

Был налажен тесный контакт между сотрудниками кафедры нервных болезней и врачами - неврологами практического здравоохранения. Этому плодотворному контакту в немалой мере содействовала работа Луганского областного научного общества неврологов, бессменным председателем которого являлся Е.Н. Панченко, будучи почетным членом научно-

практического общества неврологов, психиатров и наркологов Украины.

Е.Н. Панченко разработал концепцию, подводящую физиологический базис под понятие «функциональное расстройство нервной системы». С



нейрофизиологических позиций им разъяснена также сущность такого явления как «реперкуссия», сущность некоторых механизмов рефлексотерапии. Все это получило отражение в 3 монографиях и в многочисленных научных статьях (их более 200), 5 изобретениях, более 100 рационализаторских предложениях. Е.Н. Панченко подготовил 8 кандидатов и 2

доктора медицинских наук.

Во многих лечебных учреждениях на территории бывшего СССР, широко используются предложенные Е.Н. Панченко методы: объективизации болей, измерения давления в височных артериях, термоиндикаторный метод определения сосудистой реактивности, распознавания патогенетических механизмов цефалгического синдрома, определения дисбаланса мышечного тонуса, а также способы лечения: гиперкинезов, арахноидитов, гепатоцеребральной дистрофии, различные способы рефлексотерапии и пр.

Заведующим кафедрой неврологии Луганского медицинского института Е.Н. Панченко проработал 30 лет, а с 1994 г. работал профессором этой же кафедры. С прежним энтузиазмом он занимался педагогической, научной и врачебной работой, руководил областным научно-практическим обществом невропатологов, много внимания уделял повышению квалификации врачей и молодых научных сотрудников.

За достигнутые успехи Е.Н. Панченко неоднократно награждался почетными грамотами (в том числе от президента Украины), знаками, дипломами, медалями, являлся почетным профессором Луганского медицинского университета.

Профессор Е.Н. Панченко всегда пользовался огромным авторитетом среди населения и медиков Луганска и Луганской области. Он являлся учителем и образцом для всей многочисленной армии невропатологов Луганщины. В институтах усовершенствования Киева и Харькова, Москвы и Ленинграда, на разнообразных конференциях, - всюду Луганских невропатологов воспринимают как учеников профессора Панченко, всюду известны его многочисленные научные труды, оригинальные изобретения.

Последние годы максимум своего времени он отдавал подготовке новых

поколений врачей-невропатологов. И нет ни одного невропатолога, которого бы он не заинтересовал глубоким рассмотрением вопросов теории и практики, ювелирно отточенным клиническим мышлением. Ещё при жизни проф. Панченко Е.Н. создал своё собственное направление, которое называется школой, так как был педагогом, настоящим мастером своего дела. Евгений Николаевич оказывал огромное позитивное моральное влияние на окружающих: он никогда никому не завидовал, не тяготел к материальным ценностям, был абсолютно бескорыстен. Это поражало. Он сеял добро, не осознавая этого. Невольно под его влиянием люди становились лучше. Будучи очень образованным человеком, он щедро делился своими знаниями не только в области медицины, но и во многих других сферах, воспитывал хороший вкус, учил любить прекрасное.

В последние годы жизни он работал над очередной монографией, освежал в памяти английский язык, осваивал компьютерные технологии. У него было много планов и проектов. Евгений Николаевич был очень болен. В молодости, еще во время работы в Волновахе, ему в лицо попал гнойный пунктат пациентки с острым менингоэнцефалитом. Он заразился, два года очень тяжело болел, его парализовало, он потерял зрение, но затем здоровье восстановилось, осталась лишь стойкая тяжелая гипертония. Он боролся с ней всю жизнь, на себе испытывал многочисленные авторские лекарственные смеси, изучал ее симптомы. Он был истинным ученым, и даже собственное заболевание его интересовало как экспериментатора.

В апреле 2004 года Евгений Николаевич поехал на конференцию в Судак, поезд проходил мимо мест его юности, дорогой ему Волновахи, Донецка. На конференцию съехались многие маститые ученые СНГ. Эти последние дни для профессора Е.Н. Панченко были счастливыми. Коллеги рассказывают, что сделанный им доклад, вызвал овации, он отличался от конъюнктурных направлений своей клинической и философской сущностью. Евгения Николаевича долго не отпускали с трибуны, засыпая вопросами...А потом все разъезжались. Многие профессора были уже преклонного возраста, и прощались с ним, словно расставаясь навеки... Он сел в поезд и через 20 минут умер.

Теперь неврологи приходят к нему дважды – в день рождения и в день смерти. Как сказал Томас Фуллер «Если вы владеете знанием, дайте другим зажечь от него свои светильники». Евгений Николаевич зажег сотни и тысячи светильников и поэтому память о нем навсегда останется в наших сердцах.

ПРИМЕНЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ткани или органы, подвергшиеся обратимой ишемии, не вызвавшей их структурного поражения, в последующем способны перенести с меньшими потерями, или вовсе без потерь, тяжелый эпизод ишемии, который приводит к тяжелым последствиям для ткани, которая ранее ишемии не испытывала. Этот феномен рассматривается в настоящее время как ишемическое прекодиционирование (ИПК).

Биохимические механизмы ИПК достаточно подробно исследованы и продолжают изучаться дальше с учетом расширения современных представлений о механизмах ишемического поражения тканей и их репарации после перенесенного повреждения.

Несомненный интерес представляет возможность применения ИПК с целью предупреждения острого ишемического инсульта у пациентов с симптомным или асимптомным стенозирующим поражением экстра- или интракраниальных артерий, не приводящим к развитию инвалидизирующего инсульта. Естественно, что использование в этой ситуации ИПК ни в коей мере не может быть противопоставлено медикаментозной профилактической терапии, а дополняет ее, усиливая защитное действие лекарственных препаратов.

В одно из таких исследований были включены 68 пациентов с симптомным стенозирующим поражением интракраниальных артерий. Пациенты основной группы получали немедикаментозное лечение, которое заключалось в создании пяти коротких циклов ишемии обеих верхних конечностей с последующей реперфузией два раза в сутки на протяжении 300 дней, пациенты группы сравнения получали только унифицированную базисную медикаментозную терапию. В группе сравнения ИИ на 90-й и 300-й дни исследования развились у 23,3 и 26,7% больных соответственно, тогда как в основной группе их количество уменьшилось на 5 и 7,9% соответственно (различия носили достоверный характер; $p < 0,01$). Выраженность неврологического дефицита у больных основной группы, перенесших инсульт за период наблюдения, оказалась достоверно меньшей, чем у пациентов группы сравнения (различия также достоверны; $p < 0,01$). Кроме того, темпы восстановления нарушенных вследствие перенесенного ишемического инсульта функций, и достижение независимости в повседневной жизни (оценивались по шкале Ренкина), оказались более высокими у больных основной группы. Интересно, что авторы исследования отметили улучшение показателей мозгового кровообращения у пациентов основной группы, которые оценивались на основании ультразвуковой транскраниальной доплерографии и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Последний факт может быть объяснен в том числе и улучшением функции

эндотелия на фоне регулярного воздействия обратимой ишемии, которое ранее было отмечено в условиях эксперимента.

Имеющиеся на сегодняшний день результаты клинических наблюдений и рандомизированных контролируемых исследований эффективности применения ИПК свидетельствуют о значительных потенциальных возможностях данного метода в области предупреждения острого ишемического инсульта.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ
РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО
МЕТОДИКЕ В.Ф. БАЗАРНОГО**

О.М. Петруня, И.Б. Логвинова, И.В. Хворостяная, Е.П. Коробчинская
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им.
Святителя Луки», E-mail: oko.lsmuru@gmail.com

**Results of ophthalmologic examination of children of early school age
within the framework of the state health-saving program according to the
method of V.F. Bazarny**

O.M. Petrunya, I.B. Logvinova, I.V. Hvorostyanaya, E.P. Korobchinskaya
State Institution LPR "Lugansk State Medical University. St. Luke ", E-mail:
oko.lsmuru@gmail.com

Актуальность. Главным ресурсом любой страны, одним из гарантов её национальной безопасности является образование, как основа полноценного развития личности. Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяет уровень цивилизации государства, является индикатором устойчивого развития нации. Образовательное учреждение на современном этапе развития общества должно стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья обучающихся.

Цель работы. Провести обследование детей младшего школьного возраста для выявления скрытой патологии органа зрения, особенностей строения оптического аппарата глаза, генетической предрасположенности к снижению зрения, условий для астигматизации и просчитать риски возможного снижения зрения.

Материалы и методы. Всего осмотрено – 54 ребенка (ученики 1 класса СШ №30) в период с 29.01.2018г. по 08.02.2018г. Всем детям было проведено развернутое офтальмологическое обследование, включающие в себя проверку остроты зрения и авторефрактометрии (AR) с помощью аппарата HUVITZ HRI7000. Всем детям, для выявления скрытых аномалий рефракции, проводилась короткая циклоплегия мидриатиками короткого действия, в частности инстилляцией Ирифрина дважды в оба глаза с интервалом в 5 минут, после чего проводился повторный осмотр через 30 минут после инстилляций. У

23 детей патологии не выявлено, острота зрения 1,0 и данные AR в пределах физиологической нормы, однако у одного ребенка имеется риск развития миопии по данным анамнеза.

После циклоплегии:

- у 13 детей выявлена скрытая дальнозоркость (Hm) с высокими резервами аккомодации (РА), которые в настоящее время не нуждаются в лечении. Им рекомендовано наблюдение с последующим осмотром через 6 месяцев.

- у 10 детей на фоне дальнозоркости (Hm) слабой степени выявлены признаки астенопии (зрительного утомления) и как результат снижение остроты зрения вдаль.

- у 2 детей ранее была выявлена дальнозоркость (Hm) с астигматизмом и амблиопией обоих глаз. Так один ребенок уже носит очки для постоянного ношения и в настоящее время нуждается в курсе развивающего лечения. Вторым ребенком, у которого имеется врожденная миопия слабой степени пользуется линзами ночного ношения, так же нуждается в курсе ортоптического укрепляющего лечения для цилиарной мышцы.

- у 3 детей была выявлена миопия. У каждого ребенка имеется отягощенный по миопии анамнез (миопия у родителей и родственников, преимущественно начавшаяся в школьные годы). Всем им было проведено дополнительное обследование и назначено медикаментозное и ортоптическое лечение.

Рекомендации, которые были даны после обследования:

- 1-ребенку медикаментозное лечение для снятия спазма,
- 7 детям проведен подбор очков для зрительной работы, которые будут профилактировать зрительное утомление.
- 5 детям за время осмотра, при повторном приеме, подобраны очки.

Результаты и заключения. После проведенного обследования мы можем сделать следующие выводы: 22 ребенка, у которых не выявлена патология, следующий осмотр рекомендован через 6 месяцев.

Все остальные 32 ребенка нуждаются в динамическом наблюдении.

7 детей нуждаются в специализированном ортоптическом лечении (родители предупреждены).

5 детей нуждаются в очковой коррекции, которая подобрана и выписаны очки, назначен повторный осмотр и наблюдение у врача-офтальмолога.

Данное обследование в рамках государственной программы четко показало, что у большинства детей имеются скрытые аномалии рефракции, которые не выявляются при поверхностном осмотре детей в поликлинике. В частности, выявлено большое количество гиперметропии слабой степени. Такая гиперметропия может быть причиной развития астенопии или зрительного

утомления, а так же является основной причиной развития спазма аккомодации, который в последствие станет началом миопии. Именно такая миопия называется школьной и требует раннего выявления и профилактики, для сохранения высоких зрительных результатов. Именно этим мы и занимались в рамках данной программы. Всем детям, у которых выявлена такая скрытая патология были рекомендованы очки, медикаментозное и ортоптическое лечение при необходимости. Данная группа детей должна находиться под пристальным вниманием офтальмолога не только в рамках государственной программы.

Таким образом, мы считаем, что данная программа, предложенная В.Ф. Базарным действительно направлена на ранее выявление патологии и своевременную профилактику с целью сохранения зрения у подрастающего поколения.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ МАНИФЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНСУЛЬТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Л.П.Гребова, Л.Ф.Горкина, Н.В.Скорая, Н.Н.Фокичева, И.Г.Прокопьев,
С.В.Сазонова*

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии; Рязань, Россия; ГБОУ РО городская клиническая больница №11, детское неврологическое отделение, Рязань, Россия

Актуальность: С началом нового столетия частота инсультов у детей выросла; результаты регистрации – различные. Требуется изучение этой проблемы, в том числе педиатрами.

Цель исследования: оценить частоту и характер заболеваемости ювенильными инсультами по данным детского неврологического отделения ГБУ РО городская клиническая больница №11.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни детей с ювенильными инсультами, за период с 2006 по 2017 г.

Полученные результаты: В общем количестве больных, прошедших через детское неврологическое отделение за эти годы, дети с инсультами составили 0,16%. В абсолютных цифрах: I года -7, старше года – 6, 10-18 лет – 11 человек, из них с ишемическим инсультом -2, 6, 4, геморрагическим – 5, 0, 7 соответственно. За последние три года количество больных инсультами детей увеличилось в 3 раза. Причем, количество поступлений в год детей I года жизни увеличилось в 8,5 раза, старше года – в 1,6 раза, подростков – в 2,6 раза. Среди детей с ишемическими инсультами, а это были дети препубертатного

периода, рост оказался незначительным. с геморрагическими - более выраженным: в 5 раз среди детей I года жизни (преимущественно первых 3 месяцев) и в 8,5 раз в группе подростков, находящихся в активном пубертатном периоде. У исследуемых детей выявлялась патология сердечно-сосудистой системы: ВПС, НСР и проводимости, МАРС: ДТЛЖ, ООС, АРХ в ЛЖ, ПМК, ПТК и ПЛА, а также сосудистая патология в виде S и петлеобразной деформации ПА, деформации ВСА, гипоплазии ПСМА, АВМ в бассейне ПСМА, аневризмы в задних отделах ППМА, бифуркации ПВСА, затруднения венозного оттока и дистонии сосудов, сочетанных изменений. При поступлении при ишемических инсультах независимо от возраста отмечались слабость в конечностях, гемипарезы, косоглазие, перекос рта. Они возникали на фоне операций на сердце, деформации и дистонии мозговых артерий (ПСМА, ЛСМА), ВПС, НСР, затруднения венозного оттока, окклюзии сосудов мозга, на фоне энцефалита, опухоли моста мозга, дисплазии соединительной ткани. При геморрагических инсультах независимо от возраста отмечались вялость, судороги, рвота, снижение двигательной активности, потеря сознания, у подростков - резкая головная боль, светобоязнь, смазанность речи, потемнение в глазах. Геморрагические инсульты возникали в родах, были связаны с гипоксией плода, незрелостью, наличием ВПС, у подростков - на фоне артериальной гипертензии ренального генеза, аневризм сосудов мозга, артерио-венозной мальформации.

Проводилась специфическая терапия. Средняя продолжительность госпитализации составила 14 дней. Пять детей были прооперированы в НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко. Исходы заболевания зависели от объема очага поражения головного мозга. Более половины детей, перенесших инсульт, имели стойкие неврологические, когнитивные и поведенческие нарушения, приведшие детей к инвалидности, ухудшению качества жизни.

Заключение: Регистрируется рост ювенильных инсультов во всех возрастных группах, особый рост геморрагических инсультов в первые месяцы жизни и в пубертатном периоде.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

И.С. Луцкий, Л.В. Лютикова

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Донецк, кафедра детской и общей неврологии ФИПО

Хронический стресс (ХС) способен оказывать воздействие на механизмы экспрессии генов, что увеличивает риск развития «стрессорных» болезней. Одним из генов кандидатов, степень экспрессии которого ассоциируется с развитием артериальной гипертензии (АГ), является ген ангиотензин-

превращающего фермента (АСЕ). Известно более 78 полиморфизмов АСЕ, наиболее изученным является полиморфизм типа вставка/отсутствие (insertion/deletion I/D). Указанный полиморфизм не изменяет функцию фермента, но оказывает воздействие на степень экспрессии гена. Наличие D-аллеля ассоциировано с более высоким уровнем циркулирующего АСЕ и более высокой активностью тканевого фермента, что оказывает влияние на уровень артериального давления (АД), процессы ремоделирования сосудов и сердца.

В качестве объекта исследования выступали машинисты магистральных локомотивов (ММЛ), профессия которых признана одной из наиболее стрессогенных. Для оценки полиморфизма гена АСЕ было отобрано 60 ММЛ с АГ, в качестве контроля - 50 ММЛ с нормальными цифрами АД. Подверженность воздействию факторам стресса оценивали с использованием шкалы психологического стресса PSM-25 (Lemure L. et al., 1990). В исследование включали ММЛ с показателями психологической напряженности выше среднего (больше 100 баллов).

Результаты генетического анализа свидетельствуют, что в обеих исследуемых группах присутствовали все три возможных генотипа гена АСЕ — I/I, I/D и D/D с разной частотой встречаемости, которое соответствовало равновесию Харди – Вейнберга.

В группе ММЛ с АГ преобладал делеционный вариант D (80%), в контроле частота аллеля D составила 53%. Аллель I обнаружен с частотой 20% у ММЛ с АГ и в 47% в контроле. Наиболее распространенным генотипом в группе ММЛ с АГ был генотип D/D, он обнаружен у 70 % обследованных. В контрольной группе его частота составила 30%. Гетерозиготный вариант I/D в группе машинистов выявлен у 20% обследованных, в контрольной группе данный генотип встречался значительно чаще – в 46% случаев. В группе ММЛ с АГ реже выявляли I/I гомозиготный вариант – только у 10% машинистов, в отличие от контроля, где он определен у 24% обследованных.

Проведенный дисперсионный анализ продемонстрировал статистически значимые различия в уровнях артериального давления (АД) в зависимости от генотипа полиморфизма гена АСЕ. Наиболее высокие значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) соответствовали генотипу D/D, самые низкие уровни давления в группе соответствовали генотипу I/I. Переходные цифры АД определены у обследованных с генотипом I/D. Таким образом, при действии стрессогенных факторов аллель D полиморфизма гена АСЕ ассоциируется как с АГ, так и с уровнями САД и ДАД. Произведенный расчет рисков развития АГ в зависимости от полиморфизма гена АСЕ указывает на возможную роль в этом процессе генотипа D/D в условиях действия ХС ($p < 0,01$). Одним из механизмов реализации указанной ассоциации является увеличение содержания в крови ангиотензин-превращающего фермента у людей с АГ и генотипом D/D полиморфизма гена АСЕ.

Выявление делеционного D/D полиморфизма гена АСЕ позволит формировать группы риска по развитию АГ в профессиях, связанных с

длительным воздействием стрессоров, учитывать риски развития сосудистой патологии при проведении профессионального отбора и диспансерного наблюдения.

**РОЛЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО –
ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В РАННЕМ
НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Мараховская В.С., Мирошина Я.В.

ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»,

г. Луганск, e-mail: tori_m17@mail.ru

**The role of prostaglandins in the regulation of water-electrolyte
metabolism in premature infants with perinatal CNS lesions in the early
neonatal period**

Marakhovskaya V.S., Myroshyna Ya.V.

State institution "Lugansk State Medical University named after Saint Luke",

Lugansk, e-mail: tori_m17@mail.ru

Актуальность темы: В настоящее время еще недостаточно изучены механизмы регуляции водно - электролитного равновесия у новорожденных детей. Учитывая тот факт, что в раннем неонатальном периоде в основе развития синдрома дезадаптации у недоношенных новорожденных лежит нарушение водно – электролитного обмена, изучение патогенетической роли простагландинов в развитии этого синдрома является актуальным. Клиническими наблюдениями и экспериментальными данными установлено, что простагландин E₂ (ПГЕ₂) оказывает натрийуретическое действие. Данный эффект достигается за счет расширения почечных сосудов и прямого ингибирующего влияния на трансэпителиальный транспорт хлоридов и натрия в нефроне. При сниженном синтезе ПГЕ₂ отмечается недостаточная экскреция натрия за счет уменьшенного почечного кровотока. Это является причиной развития отеочного синдрома у детей, рожденных раньше срока.

Цель работы. Оценить роль простагландина E₂ в регуляции водно-электролитного обмена в раннем неонатальном периоде у преждевременно рожденных детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Обследовано 50 недоношенных новорожденных детей в сроке гестации 37-32 недели с перинатальным поражением ЦНС. Контрольная группа состояла из 20 здоровых доношенных детей. Критериями

исключения были недоношенные новорожденные с врожденными аномалиями ЦНС, мочевыделительной системы и инфекционными заболеваниями почек.

Оценка нейрогормональной регуляции водно - электролитного обмена проводилась по содержанию ПГЕ₂ в плазме крови на 1, 3 и 7 сутки жизни с использованием радиоиммунологических методов. Наличие перинатального повреждения ЦНС было подтверждено с помощью инструментального метода нейровизуализации (нейросонография) на ультразвуковом аппарате SHIMADZU SDU-350 XL.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программы Microsoft Excel 2007.

Результаты. Регуляция водно – электролитного баланса организма обеспечивается динамичностью процессов выведения и поступления в организм воды и электролитов, что реализуется выделительной функцией почек при участии нервно-рефлекторных механизмов и гормональных факторов. Для новорожденных детей, особенно недоношенных, характерна анатомо – функциональная незрелость почек. Это подтверждается низкими показателями клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и секреции, неспособностью к высокой осмотической концентрации мочи. Одними из главных регуляторов водно - электролитного обмена организма, способных увеличивать почечный кровоток, клубочковую фильтрацию и, стимулировать секрецию ренина, влиять на диурез являются простагландины. По данным литературы, у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС в сыворотке крови имеет место снижение уровней незаменимых жирных кислот, нарушение внутрипочечного образования метаболитов арахидоновой кислоты, вследствие чего уменьшается выработка ПГЕ₂.

В ходе исследования, нами изучена динамика ПГЕ₂ в плазме крови у детей со сроком гестации 32-37 недель в раннем неонатальном периоде. Уровень ПГЕ₂ в пуповинной крови доношенных новорожденных детей составлял $7,4 \pm 1,8$ нг/мл, у недоношенных – $6,15 \pm 1,2$ нг/мл. К концу 1 суток жизни концентрация ПГЕ₂ повысилась и составляла $11,1 \pm 2,7$ нг/мл у доношенных детей, $9,15 \pm 1,8$ нг/мл у недоношенных детей ($p > 0,05$). На 3 сутки жизни уровень ПГЕ₂ в плазме крови повысился, как у доношенных, так и у преждевременно рожденных детей. Его концентрация составила $15,6 \pm 2,4$ нг/мл и $13,1 \pm 2,3$ нг/мл соответственно, и была достоверно выше, чем в первые сутки жизни. На 7 сутки жизни уровень ПГЕ₂ снизился в основной и контрольной группах, был достоверно ниже, чем таковой на 3 сутки жизни

($p < 0,001$). Следует отметить, что в течение всего раннего неонатального периода отмечалась тенденция к повышению уровня ПГЕ₂ в плазме крови новорожденных детей обеих групп. При этом у недоношенных новорожденных его уровень был ниже, чем у доношенных детей. К концу раннего неонатального периода установлено достоверное снижение уровня ПГЕ₂ в обследуемых группах новорожденных.

Заключение. Таким образом, низкий уровень простагландина E₂ в плазме крови у детей с перинатальным поражением ЦНС, рожденных в сроке гестации 32-37 недель, сопровождается снижением экскреции натрия в условиях его дефицита в организме, за счет уменьшения почечного кровотока, что приводит к развитию отеочного синдрома у недоношенных новорожденных детей. Полученные данные являются подтверждением развития синдрома дезадаптации в раннем неонатальном периоде, что клинически подтверждается развитием отеочного синдрома.

СЛУЧАЙ МЯГКОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ

Ворона В.П., Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И.

Государственное учреждение Луганской Народной Республики
«Луганский государственный медицинский университет имени Святителя
Луки»

Case of mild leukoplakia in a girl of 3 years old

Vorona V.P., Radionov V.G., Provision L.N., Shvaryova T.I.

SI “Lugansk state medical university named after st. Luke”, Ministry of public
health service LPR miss.viktoria9518@gmail.com

Актуальность. В виду роста заболеваемости как хроническими кожными болезнями, так и генодерматозами своевременная диагностика, повышение качества и эффективности лечения в детской дерматологии приобретает всевозрастающую актуальность.

Цель работы. Изучить особенности клинического течения мягкой лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.

Мягкая лейкоплакия («губчатый» некус) - доброкачественное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Наблюдается чаще у детей и молодых женщин в возрасте от 12 до 45 лет (Л.Д. Калюжная, 2007), по данным других авторов – чаще у мужчин (Л.М. Лукиных, 2000). Большинство исследователей придерживаются мнения, что это хронический невоидный дистрофический процесс возможно наследственного характера (Б.М. Пашков, Е.Ф. Беляева, 1986). Этиология не установлена. Развитию заболевания способствуют эмоциональные перегрузки, нервно-психические травмы, длительное переутомление, перенесенные простудные заболевания, курение, употребление горячих напитков, а также наличие зубных отложений пародонта и отсутствие надлежащего гигиенического ухода за полостью рта (Л.Д. Калюжная, 2007; Л.М. Лукиных, 2000).

Участки поражения чаще всего локализуются на слизистой оболочке щёк по линии смыкания зубов, твёрдом нёбе, дне полости рта, дёснах, боковых поверхностях языка, на нижней губе и углах рта. Субъективные ощущения отсутствуют. В отдельных случаях возможны жалобы на сухость во рту, шероховатость и наличие «утолщённой полосы» на слизистой оболочке щёк по линии смыкания зубов, а также снижение температурной и вкусовой

чувствительности. Характерно безболезненное и привычное скисывание пациентами выступающих участков слизистой оболочки щёк и губ.

При осмотре отмечаются гипертрофические участки ороговения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ белого или сероватого цвета, мягкой консистенции. Слизистая оболочка вялая, пористая, губчатая, отёчная. При поскабливании шпателем поверхностные ороговевшие участки легко снимаются без образования эрозий. Иногда слизистая оболочка напоминает мозаику, губку, мочалку. Отмечается чередование очагов поражения с участками неизменённой слизистой оболочки. Кератоз может быть ограниченным или диффузным. Подлежащая и окружающая слизистая оболочка обычно без признаков воспаления.

Наиболее распространена из 2-х существующих клинических форм *типичная очаговая форма мягкой лейкоплакии*. Локализация – слизистая оболочка щёк, нёба, дна полости рта, дёсен, а также боковые поверхности языка, нижняя губа, углы рта. Больных беспокоит сухость слизистой оболочки на ограниченных участках. Объективно обнаруживаются очаги гиперплазии и десквамации эпителия.

При *типичной диффузной форме* больные обычно жалуются на шероховатость и сухость слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, снижение температурной и вкусовой чувствительности. Характерно одновременное поражение красной каймы обеих губ, реже - только нижней губы и слизистой оболочки щёк, боковых поверхностей языка. Участки поражения - рыхлые, пористые, гипертрофированные. Особенностью этой формы является наличие полосы тонких чешуек на границе красной каймы и слизистой оболочки губ (зона Клейна). При этом чешуйки удерживаются проксимальной стороной, дистальная их часть свободна. Выступающие гиперкератотические участки мешают во время разговора и приёма пищи. Обострений заболевания не отмечается.

Атипичная форма мягкой лейкоплакии характеризуется отсутствием клинически выраженного ороговения. Жалоб обычно нет. Объективно - на слизистой оболочке полости рта, щёк или губ имеется участок диффузного помутнения. Иногда оно представлено только возвышающейся опалесцирующей полосой по линии смыкания зубов. Красная кайма губ обычно не поражается.

При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках обнаруживается обильное количество безъядерных и ядродержащих эпителиальных клеток. Люминесцентное исследование выявляет неравномерное голубоватое свечение очагов поражения. При патоморфологическом исследовании в эпителии, как правило, заметны «светлые» клетки, на поверхности которых наблюдается мощный слой паракератоза и акантоза. В соединительной ткани - вазодилатация и стаз; коллагеновые волокна набухшие, утолщённые; эластичные - истончены, местами фрагментированы.

Приводим своё наблюдение. Мама девочки 3-х лет обратила внимание на её привычку часто облизывать губы из-за их сухости. Эти изменения были замечены, когда ребёнку был 1 год. Смазывание смягчающим кремом давало временный эффект. Подобных состояний в семье не отмечено.

При осмотре нижней губы в зоне Клейна обнаружены прозрачные чешуйки, расположенные в виде полосы, которые удерживаются только одной стороной. Нижняя губа слегка гипертрофирована, на её поверхности определяется губчатость и белесоватость. Слизистая оболочка полости рта – без особенностей. На основании довольно типичных клинических проявлений у девочки установлен диагноз: мягкая лейкоплакия нижней губы.

Заключение. Приведено описание редкой невоидной патологии красной каймы губ у ребёнка. Данный клинический случай поможет расширить диапазон профессиональных знаний врачам разных специальностей и будет интересен не только стоматологам, дерматологам, педиатрам, но и коллегам других специальностей.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Цатурян Л.Д., Ануфриенко Л.О.

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет, МЗ РФ
г. Ставрополь, Россия. invaltsiya@mail.ru

The current state of the problems of endothelial dysfunction and hemostasis in different ethnic groups

Tsaturyan L.D., Anufrienko L.O.

FGBOU VO Stavropol State University
Medical University, MZ RF
Stavropol, Russia. invaltsiya@mail.ru

Актуальность проблемы заключается в том, что сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди всех причин смертности взрослого населения. В последние десятилетия эти заболевания остаются ведущими причинами смерти во всем мире. Общеизвестно, что поражение сосудистого эндотелия является одним из основных факторов развития патогенеза заболеваний сердечно-сосудистой системы и остается фундаментальной проблемой в области физиологии, ангиологии, кардиологии и других отраслях медицины [2,13]. Анализ современных научных данных свидетельствует о целесообразности изучения физиологии эндотелия, а также его особенностей при различных патологических состояниях.

В настоящее время всё большую актуальность приобретает изучение предикторов эндотелиальной дисфункции. С тех пор как в 1955 году Роберт Форшготт обнаружил расслабляющее действие оксида азота на аорту кролика, работы по изучению физиологии эндотелия приобрели новый уровень прогностической значимости. Можно сказать, что это открытие явилось своеобразной точкой отсчета нового раздела медицинской науки [4]. Основное значение оксида азота в регуляции сердечно-сосудистой системы связано с его вазодилататорным действием, торможением пролиферации гладкомышечных клеток, а также агрегацией и адгезией тромбоцитов. Он обеспечивает нормальную деятельность системы кровообращения в физиологических условиях, а также её адаптацию в условиях патологии. Соответственно, ослабление этих механизмов вносит существенный вклад в развитие патологических состояний: эндотелиальной дисфункции, гипертензии, тромбозов и атеросклероза. В последнее десятилетие активно изучается возможность стимуляции синтеза оксида азота в организме различными фармакологическими и нефармакологическими методами [10].

Здоровый эндотелий напрямую регулирует проницаемость сосудистой стенки, влияет на реологические характеристики крови, препятствует тромбообразованию и формированию атеросклеротических бляшек, регулирует тонус и эластичность сосудов, а также сократимость кардиомиоцитов. Эндотелиальная дисфункция, в свою очередь, характеризуется нарушением функции эндотелиальных клеток с повышением их апоптоза, что приводит к увеличению патогенного влияния вазоконстрикторных факторов, обусловленную снижением синтеза оксида азота [6]. Огромную диагностическую значимость на сегодняшний день приобретает определение маркеров эндотелиальной дисфункции для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний [16].

Имеются научные данные о роли эндотелиальной дисфункции в патогенезе хронических болезней [11], биологической роли сосудистого эндотелия в организме, механизмах регуляции его активности и нарушениях функции при отдельных видах инфекционной патологии [9], особенностях антиагрегационного контроля сосудов над клетками крови у больных артериальной гипертензией с дислипидемией [15]. Изучена гуморальная функция эндотелия, значение эндотелиальной дисфункции в патогенезе хронических заболеваний вен и заболеваний периферических артерий [1], сопряженность показателей сердечно-сосудистой системы и эндотелиальной дисфункции у больных с геморрагическим шоком [17].

Много внимания уделяется генетической детерминации возможности развития сосудистой патологии, в контексте эндотелиальной дисфункции. Проведены работы по оценке роли полиморфизма генов системы гемостаза и ферментов фолатного цикла в развитии ретрохориальной гематомы [8]. Также исследуется сопряженность генетической предрасположенности с этническими и территориальными факторами. Научные работы, сопряженные с этносом,

также проводятся, однако имеют фрагментарный и разрозненный характер. Имеются исследовательские работы о развитии ранних сосудистых реакций на уровне микроциркуляторного русла при артериальной гипертонии в условиях Сибирского региона [12]. В Бурятии проведено исследование гена эндотелиальной синтазы окиси азота у подростков разных этнических групп и риски развития у них эссенциальной артериальной гипертензии [7]. В азербайджанской популяции исследована ассоциация полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы у больных с сахарным диабетом ишемической болезнью сердца [14]. Изучены особенности распределения частот полиморфных маркеров ремоделирования сердечно-сосудистой системы у больных эссенциальной гипертонией узбекской национальности [5]. На территории Ставропольского края проведены исследования по определению особенностей гемограммы у здоровых лиц, проживающих постоянно в г. Ставрополе [3].

Анализируя имеющиеся научные данные можно заключить, что проблема дисфункции эндотелия остается актуальной на современном этапе. Имеются разрозненные исследования, посвященные выявлению предикторов эндотелиальной дисфункции у лиц разных этнических групп. Представляет интерес дальнейшее изучение нормальной функции эндотелия, а также нарушений системы гемостаза и установленных генетических предикторов дисфункции эндотелия и поиск новых маркеров, позволяющих снизить риск возникновения сердечно-сосудистой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багдасарян А.Г. Коррекция эндотелиальной дисфункции при хронических заболеваниях вен и заболеваниях периферических артерий // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2014. – № 3-4. – С. 10-14.
2. Бахтияров Р.З., Забиров М.Р. Гипертоническая болезнь и эндотелиальная дисфункция // Вестник ОГУ. – 2004. – № 4. – С. 114-118.
3. Бондарь Т.П., Цогоева Т.В., Запарожцева О.И. Особенности гемограммы у здоровых лиц, постоянно проживающих в г. Ставрополе // Наука. Инновации. Технологии. – 2005. – № 42. – С. 177-181.
4. Дударь А.И. Открытие и исследования оксида азота в биологических системах: ретроспективный анализ // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. – 2015. – № 6. – С. 8-13.
5. Елисеева М.Р. Генетические детерминанты ремоделирования сердечно-сосудистой системы при эссенциальной гипертонии у узбеков / М.Р. Елисеева, Н.З. Срожидинова, Г.А. Хамидуллаева, Г.Ж. Абдуллаева // Терапевтический архив. – 2009. – № 1. – С. 27-31.
6. Инжутова А.И. Современная терапия артериальной гипертензии: коррекция функции эндотелия // Медицинский Совет. – 2012. – № 8. – С. 58-64.

7. Колесникова Л.И., Долгих В.В., Баирова Т.А., Бимбаев А.Б. Ген эндотелиальной синтазы окиси азота и эссенциальная артериальная гипертензия у подростков разных этнических групп, проживающих на территории Республики Бурятия // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – № 6. – С. 109-115.
8. Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О., Донников А.Е., Машкина Е.В., Дыбова В.С. Роль полиморфизма генов системы гемостаза и ферментов фолатного цикла в формировании ретрохориальной гематомы // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 3. – С. 62-67.
9. Локтионова И.Л., Покровский М.В., Рагулина В.А., Титарева Л.В., Денисюк Т.А., Ступакова Е.В., Сытник М.В., Сароян К.В., Лосенок С.А. Состояние функции сосудистого эндотелия при инфекционной патологии различной этиологии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – № 4 (123). – С. 20-31.
10. Манухина Е.Б., Малышев И.Ю. Роль оксида азота в развитии и предупреждении дисфункции эндотелия // Вестник ВГМУ. – 2003. – № 2. – С. 5-17.
11. Мельникова Ю.С., Макарова Т.П. Эндотелиальная дисфункция как центральное звено патогенеза хронических болезней // Казанский медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 659-665.
12. Николаев К.Ю., Николаева А.А., Отева Э.А., Гичева И.М. Проблемы артериальной гипертензии в условиях Сибирского региона. Обзор литературы // Сибирский Медицинский Журнал. – 2011. – № 3-1. – С. 14-18.
13. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 6(8). – С. 7-14.
14. Оруджева С.Р. Ассоциация полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы у больных сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца в азербайджанской популяции // Современные инновации. – 2017. – № 4 (18). – С. 59-60.
15. Скорятина И.А. Агрегационно-деагрегационные явления в крови при артериальной гипертензии с дислипидемией // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 47-56.
16. Тарасов А.А., Резникова Е.А., Захарьина О.А., Гордеева М.А., Давыдов С.И., Бабаева А.Р. Маркёры повреждения сосудистой стенки в ранней диагностике сердечно-сосудистой патологии // Вестник ВолГМУ. – 2014. – №1 (49). – С. 135-139.
17. Юдакова Т.Н., Гирш А.О., Максимишин С.В., Мальков О.А. Сопряженность показателей сердечно-сосудистой системы и эндотелиальной дисфункции у больных с геморрагическим шоком // Анестезиология и реаниматология. – 2013. – № 6. – С.11-13.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.М. Абдурахманова, М.М. Вазиров, А.С. Керимов, К.Б. Манышева, М.А. Омарова

Дагестанский государственный медицинский университет

Исследования по взаимосвязи между психосоциальными факторами и здоровьем полости рта во время беременности в настоящее время являются флагманом междисциплинарной медицины. Среди мужчин и небеременных женщин результаты аналогичных исследований являются крайне противоречивыми. Лишь несколько исследований ранее проводились среди беременных женщин, как группы с высоким риском развития заболеваний полости рта, но отдельно группу пациенток с патологией беременности в медицинской науке еще не рассматривали.

Цель исследования – изучить связь между депрессией и развитием стоматологической патологии среди беременных женщин с патологией беременности.

Исследование проводилось по разработанной нами специальной схеме. Беременность и диагноз её патологии (угрозы прерывания, гипертонуса, краевого предлежания плаценты, токсикоза, привычного невынашивания и т.д.) подтверждались осмотром гинеколога и результатами ультразвукового исследования. Для определения уровня депрессии использовался опросник Бека. Состояние полости рта оценивалось при стоматологическом осмотре. В исследование были включены 50 пациенток – жительниц г. Махачкалы в возрасте от 15 до 39 лет на сроке беременности от 5 до 23 недель. Средний возраст начала половой жизни составил 19,7 лет, среднее количество беременностей – 2,7. Для 12 пациенток настоящая беременность являлась первой.

При стоматологическом осмотре состояние полости рта было признано удовлетворительным лишь у 4 пациенток. Для всех настоящая беременность являлась первой, возраст женщин составил 18-19 лет.

У остальных обследованных отмечалась различная патология полости рта: Искусственные зубы в количестве от 1 до 4 отмечались у 6 пациенток, пломбированные зубы (в количестве от 1 до 13) – у 44 женщин, искусственные коронки (в количестве 1-7) – у 8 обследованных. У 1 пациентки был выявлен флюс, у 46 больных отмечалось кариозное поражение 3 – 17 зубов (степень выраженности кариеса от поверхностного до глубокого), дефекты 1-3 зубов – у 5 женщин, корень зуба – у 3 больных. Адентия (отсутствие 1-7 зубов) была обнаружена у 34 беременных. Патологией пародонта (преимущественно-гингивитом беременных) страдали 22 пациентки.

Уровень депрессии резко коррелировал с состоянием полости рта: у 2 пациенток с нормальным стоматологическим статусом общий балл опросника Бека соответствовал норме, еще у 2 – легкой депрессии. Умеренная и

выраженная депрессия наблюдалась у 6 и 12 женщин соответственно. Для этих пациенток был характерен более высокий индекс КПУ.

Как известно, депрессия может способствовать риску заболевания полости рта путем прямого патофизиологического действия на устойчивость хозяина через иммунологические и нейроэндокринные механизмы. Не подвергается сомнению и тот факт, что заболевания полости рта могут возникать у пациентов на фоне депрессивных состояний как элемент абулии, которая может выражаться нежеланием проводить привычные гигиенические и профилактические мероприятия, в том числе и связанные с уходом за полостью рта.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ 14-18 ЛЕТ

Н.П. Малеева, Г.Б. Кацова. Э.И. Аметова, М.К. Дмитриева

Оренбургский государственный медицинский университет г.Оренбург,
Россия, ninamaleeva@list.ru

Social status and life values of adolescents aged 14-18

N. P. Maleeva, G. B. Katsova. E. I. Akhmetov, M. K. Dmitrieva

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia,
ninamaleeva@list.ru

Жизненные и нравственные ценности, сформированные у подростков, в 14-18 лет определяют в дальнейшем гармоничное развитие личности, успешность, семейные взаимоотношения и в конечном счете здоровье человека. Эмоциональный настрой подростков, уровень комфортности, их пребывания в семьях, характер взаимоотношений с родителями и жизненные ориентиры подростков имеют большое значение в формировании личности в дальнейшем.

Цель: провести оценку жизненных ценностей подростков.

Задачи исследования: изучить отношение подростков к нравственным общепринятым ценностям, к созданию семьи, характер взаимоотношения с родителями и представление подростков о крепком счастливом браке.

Методы исследования: проведено анкетирование двухсот подростков, обучающихся в колледжах города Орска Оренбургской области по авторской анкете, разработанной на кафедре сестринского дела Оренбургского государственного медицинского университета.

Результаты исследования: в ходе исследования установлены жизненные ценности, приоритеты, ключевые нравственные сферы исследуемого контингента подростков. По условиям анкетирования можно было выбрать до трех вариантов ответов. Среди жизненных ценностей для 83% подростков - это счастливая семья, 75% - здоровье, 38% - любимая профессия,

34% - рождение детей, 31% - карьера. Среди социальных компонентов счастливого брака 87% респондентов отметили любовь, 82% - уважение друг к другу и только 13% отдали предпочтение материальному благосостоянию, 7% - хорошему положению в обществе.

Анализ взаимоотношений подростков с родителями выявил, что в 72% случаях родители и дети понимают друг друга, в 81% случаи родители интересуются учебной детей, в 42%- родители проводят свободное время (а не только в выходные) с детьми. В 38%- родители категорически против употребления детьми алкоголя и только в 6% семей родители и дети часто ссорятся и родители не разрешают приглашать к себе друзей, что вызывает диссонанс во взаимоотношениях.

На вопрос в анкете о сроках вступления в брак, девушки в основном ориентированы на ранний (до 20 лет) возраст вступления в брак, 71% считают оптимальным возрастом 20-25 лет, 17% - затруднились ответить.

Таким образом, для большинства респондентов приоритетным являются традиционные духовно-нравственные ценности, а в основу гармоничных отношений в браке подростки вкладывают любовь и уважение, а не финансовое благосостояние. У подростков сформировано убеждение, что если в семейных отношениях есть любовь и уважение, то остальные проблемы решаемы и преодолимы. В большинстве семей нет конфликтов с родителями и несогласия в основном по приглашению в дом друзей и одноклассников.

ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

Сергеев Ф.Д., Радионова О.П.

ГУ ЛНР «Луганское общеобразовательное учреждение специализированная школа №57 имени Г.С.Петрова», г.Луганск, ЛНР

Forming of bases of culture of feed of junior pupils

Sergeev F., Radionova O.

Public Institution Lugansk Public Republic "Lugansk general establishment - specialized school № 57 of the name G.Petrov"

Актуальность. Школьный возраст - очень ответственный период жизни. Ведь от того, как питается младший школьник, зависит не только его настроение, внешний вид, успеваемость, но и психическое, физическое состояние, где на первом месте стоят показатели роста. В образовательном процессе сегодня можно обозначить существующие противоречия между психическими и физиологическими особенностями и возможностями учащихся и возрастанием нагрузок в процессе обучения. Увеличение объема поступающей информации приводит к нарушению психосоматического состояния подрастающего поколения.

Культура питания – важнейшая составная часть общей культуры здорового и безопасного образа жизни человека. Недостаточное, нерациональное питание в этот период может обуславливать серьезные функциональные нарушения и стать причиной развития целого ряда заболеваний. Накопленные научные данные по проблеме здоровья и здорового образа жизни, несомненно, являются ценными. Вместе с тем остаются недостаточно разработанными вопросы: проблема культуры питания и процесс ее формирования в условиях начальной школы.

По данным медицинской службы школы среди 586 учащихся 5-11 классов имеют группы здоровья: I группа – 187 чел., II группа – 305 чел, III группа -81 чел., IV – 13 чел. Из 201 школьника 3-4-х классов 50% здоровы, 13% имеют нарушение осанки, у 15% проблемы плоскостопия, 10% имеют проблемы со зрением. 12% имеют проблемы с ЖКТ, почками, сердечно-сосудистой системой.

Цель исследования: теоретически обосновать и опытно-экспериментальным путем выявить условия питания у современных младших школьников; изучить уровни сформированности культуры питания у младших школьников.

Материалы и методы: анкетирование учащихся и родителей («Индекс отношения к здоровью» (С.Дерябо, В.Ясин)) 4-х классах (85 человек). Оценка уровня физического здоровья школьников.

Результаты: В ходе исследования проводилось анкетирование учащихся 4-х классах (85 человек). Для того, чтобы вырасти крепкими и здоровыми 92% респондентов считают, что надо правильно питаться; 72% заниматься спортом; 44% делать зарядку, 18% закаляться, 20% соблюдать гигиену. Среди любимых блюд названы первые блюда (борщ назвали 40%) и каши (чаще выбирали гречневую кашу). Низкий выбор молочных и рыбных блюд. Творог назван только двумя учащимися. Фрукты любят все учащиеся, предпочитают яблоки - 62%, цитрусовые - 53%, бананы - 39% респондентов. Отсутствует выбор слив, среди ягод не названы красная и черная смородина, крыжовник, не вспомнили дети о шелковице. Среди овощей лидерами у детей стали – помидоры 33%, огурцы 32%, морковь – 17 %. Капусту назвали только мальчики, не названы баклажаны, болгарский перец, кабачки, тыква. Практически большая часть учащихся (44%) принимает пищу 3 раза в день. Полдник для детей связан с детским садом или лагерем, в условиях домашнего питания полдник не выделяется в отдельный прием пищи. Для перекуса на перемене 79 % учащихся выбрали фрукты, 54% - предпочли бутерброды, 53% - выбрали выпечку. Шоколад был выбран 36% учащихся. Орехи выбрало меньшинство учащихся – 6% и это были только девочки. Чипсы для перекуса выбрали 11% учащихся. Жажду чаще утоляют школьники обычной водой 84%, минеральной водой и соком по 41%.

В своей работе мы постарались оценить уровень физического развития учащихся 4-х классов. Были произведены следующие замеры: вес, рост,

окружность головы, окружность груди, окружность бедер, окружность плеча, окружность бедра. Только 44% мальчиков и 55% девочек имеют гармоничный уровень физического развития. При этом Индекс массы тела у 32 детей носит проблемный характер (у 20 мальчиков и 12 девочек). Физическое развитие этих детей должно находиться под пристальным вниманием медицинской службы.

Очень важно было выяснить отношение родителей к своему собственному здоровью. Мы применили тест «Индекс отношения к здоровью» (С.Дерябо, В.Ясин), который позволяет диагностировать такой важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность. В обследовании приняли участие 14 родителей (4 отца, 10 матерей) учащихся 1-х классов. Общие результаты по тесту в целом говорят о том, что у 7,14% родителей существует высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни. У 50% родителей - высока вероятность того, что они не будут вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям. А 42,86% родителей вспоминает о здоровье, когда оно их начинает «подводить».

Заключение:

1. Рассматривая младшего школьника как субъект формирования культуры питания, мы пришли к выводу, что данный возрастной этап является сензитивным для формирования представлений о культуре питания, так как в это время на основе эмоционально-чувственного способа освоения окружающего мира интенсивно формируются свойства и качества личности, которые определяют ее сущность в будущем.

2. Анализ высказываний детей показал, что представление о правильном питании, а также о правилах гигиены сформированы на уровне понятия, но у большей части детей не усвоены на уровне навыков.

3. Констатирующее обследование показало, что отношение родителей к здоровому образу жизни находится в основном на низком уровне, что свидетельствует о возможных пробелах в сформированности культуры питания у их детей.

4. Формирующий этап эксперимента будет направлен на разработку внеурочной программы «Правильное питание», которая будет направлена на формирование у младших школьников представлений о здоровом образе жизни, основ культуры питания, правил гигиены.

5. Практическая ценность результатов исследования заключается в обосновании психолого-педагогических средств, направленных на формирование данного личностного качества младших школьников.

6. Теоретическая значимость результатов исследования состоит в том, что в нем выделены критерии и уровни развития культуры питания у современных младших школьников, определены условия формирования основ культуры питания младших школьников.

**ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИТЕЛ КЛАССА IGA К
АНТИГЕНУ CAGA H. PYLORI У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Бычков Д.В., Оглух А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
кафедра педиатрии и детских инфекций, г. Донецк, ДНР,
danilbychkov1995@gmail.com

**The frequency of detection of IgA antibodies against CagA H. pylori
antigen in children with duodenal ulcer**

Bychkov D.V., Ogluh A.A.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Department of Pediatrics and Childhood Infections,
Donetsk, DPR, danilbychkov1995@gmail.com

Актуальность. Инфекция *Helicobacter pylori* (HP) является главной причиной развития хронических гастродуоденальных заболеваний среди пациентов всех возрастных групп. Доказано, что формирование наиболее тяжелых форм гастродуоденальной патологии (язвенная болезнь (ЯБ), атрофический гастрит, MALT-лимфома) связано с факторами патогенности бактерий, реализующих патогенный потенциал микроорганизма. Основным фактором цитотоксичности HP является цитотоксин-ассоциированный ген *cagA*, который кодирует образование криптического иммунодоминантного протеина – CagA. Данный белок ответственный за нарушение целостности эпителия слизистой оболочки желудка, индукцию неконтролируемой пролиферации эпителиальных и лимфоидных клеток, секрецию провоспалительных цитокинов и развитие воспалительного процесса.

Цель работы. Определить частоту выявления антител класса IgA к антигену CagA HP у детей с ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материалы и методы. На базе ГДКБ № 1 г. Донецка обследовано 50 детей старшего школьного возраста, страдающих ЯБ ДПК. Группу сравнения составило 30 детей с хроническим поверхностным гастродуоденитом, ассоциированным с HP. Всем пациентам было проведено эндоскопическое исследование с биопсией и последующим морфологическим исследованием слизистой оболочки желудка и ДПК для подтверждения диагноза. Определение HP осуществляли при помощи быстрого биохимического уреазного теста с биоптатом слизистой оболочки, а также уреазным дыхательным тестом. Выявление антител класса IgA к белку CagA HP в сыворотке крови проводили при помощи иммуноферментного анализа (ИФА) полуколичественным методом.

Результаты. У всех пациентов с ЯБ ДПК проведение обоих (инвазивного и неинвазивного) методов диагностики НР дало резко положительные результаты, что свидетельствует о высокой степени инфицирования микроорганизмом слизистой оболочки желудка и ДПК. Установлено высокая частота персистенции цитотоксических штаммов НР у детей с ЯБ ДПК. Так, при постановке ИФА для определения антител класса IgA к белку CagA бактерии положительный результат выявлен у 37 (74,0 %) обследованных детей. В группе сравнения лишь у 7 (23,3 %) пациентов обнаружено повышение титра IgA к белку CagA. Уровень различий между группами является статистически значимым – $p < 0,05$.

Заключение. Таким образом, развитие ЯБ ДПК у детей ассоциировано с персистенцией цитотоксических штаммов НР. У детей с ЯБ ДПК с высокой частотой обнаруживаются антитела класса IgA к белку CagA НР, что свидетельствует о высокой частоте инфицирования данных пациентов высоко вирулентными штаммами НР. Выявление IgA к CagA протеину НР в сыворотке крови у детей с хронической гастродуоденальной патологией позволит прогнозировать более тяжелое течение воспалительного процесса слизистой оболочки на ранних этапах развития болезни.

ЭНУРЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Паршинцев К.Е.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия,
kirillparshintsev2552@yandex.ru

Enuresis in children and adolescents

Parshintsev K.E.

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia,
kirillparshintsev2552@yandex.ru

Энурез – расстройство, проявляющееся стойким непроизвольным мочеиспусканием днем или ночью, не менее чем дважды в месяц у детей в возрасте, когда имеется нормальный контроль функции мочевого пузыря.

Виды энурезов: первичный (отсутствует предшествующий контроль за опорожнением мочевого пузыря) и вторичный (возникает после периода стабильного контроля за мочеиспусканием).

Цель работы: обзор механизмов патогенеза первичного и вторичного энуреза у детей.

Чаще дети страдают первичным ночным недержанием мочи 80%-94%, а вторичным 20–25%. В 15–20% случаев ночное недержание мочи сочетается с дневным. Энурез сохраняется в четырнадцатилетнем (2%) и восемнадцатилетнем (1%) возрасте, что свидетельствует об актуальности

проблемы. С возрастом уменьшается частота как первичного ночного энуреза, так и вторичного.

Существует несколько гипотез объясняющих патогенез энуреза:

1. Урологическая патология и расстройства функций мочевого пузыря. У 50% детей расстройства мочеиспускания формируются пренатально и остаются в зрелом возрасте. У 73% детей с энурезом снижена функциональная емкость мочевого пузыря на 15%, но у части детей с ночным энурезом показатели уродинамики в период бодрствования в норме, в то время как во время сна выявляется низкая функциональная емкость мочевого пузыря. У таких детей ночью происходит сокращение детрузора при меньшем объеме наполнения мочевого пузыря. В 36% имеется коморбидность энуреза с запорами, это объясняется общностью эмбрионального происхождения мочевого пузыря и прямой кишки. Еще энурезы вызываются инфекциями нижних мочевых путей 1-16%.

2. Нарушение ритма секреции АДГ. У детей с энурезом мочеотделение в ночные часы почти вдвое выше, чем у здоровых детей. Также у детей с ночным энурезом выше очищение крови от осмотически активных веществ. Сопоставление клиренсов осмотически активных веществ и осмотически свободной воды у детей с ночным энурезом выявлено, что реабсорбция осмотически свободной воды во всех случаях тем выше, чем больше клиренс осмотически активных веществ. Ночью возрастает секреция АДГ, реабсорбция воды и образуется меньший объем, но более осмотически концентрированной мочи. У детей с энурезом ночью снижается секреция вазопрессина и возникает ночная полиурия. Увеличение диуреза, сопровождается неспособностью мочевого пузыря удержать большой объем мочи и недостаточной силе позыва к мочеиспусканию. Причиной таких состояний могут быть нарушения механизмов канальцевого транспорта и образующихся в почке физиологически активных веществ таких как простагландин E₂, снижающий ответ на вазопрессин, и ацетилхолин, увеличивающий гиперактивность детрузора. Отсутствие ночного снижения артериального давления - еще один фактор, ведущий энурезу за счет увеличения фильтрационного давления.

3. Нарушение процессов мочеиспускания во сне. Наблюдения над процессом мочеиспускания детей показали, что 36% здоровых детей просыпаются перед мочеиспусканием, а у 64% детей отмечается мочеиспускание в период быстрого сна, сопровождающееся движением тела, изменением ЭЭГ и частоты сердечных сокращений. Типы ночного энуреза: первый тип (I) характеризуется появлением ответа на ЭЭГ при наполнении мочевого пузыря и стабильной цистометрограммой. Второй тип ночного энуреза (IIa) характеризуется нарушениями пробуждения, отсутствием ответа на ЭЭГ при наполнении мочевого пузыря, стабильной цистометрограммой, второй тип (IIb) обусловлен нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, нестабильной цистометрограммой во время сна, ответ на ЭЭГ отсутствует.

Часто ночные энурезы сопровождаются синдромом периодического быстрого движения ног, связанного с дофаминергической нейротрансмиссией. Дофамин играет важную роль в центре мочеиспускания и препятствует сокращению мочевого пузыря. У 1–3% детей во время ночного сна отмечается синдром апноэ, вызванный обструкцией на уровне носоглотки и патологией стволовых образований головного мозга. Апноэ во время ночного сна способствует снижению секреции АДГ в ночные часы и гипоксии мозга. Восстановление верхних дыхательных путей после обструкции способствует исчезновению синдрома апноэ и уменьшению риска возникновения эпизодов ночного энуреза у 50–76% детей в возрасте 3–19 лет после проведения аденотонзиллэктомии.

4. Влияние наследственности. Ночной энурез носит наследственный характер с наследованием по аутосомно-доминантному типу. Известны гены, мутация которых приводит к развитию ночного энуреза; *Enur1* расположен в регионе 13q, *Enur2* на хромосоме 12. *Enur3* в 22q. Ген, ответственный за возникновение первичного ночного энуреза, локализован на 4p.

5. Действие психологических факторов и стресса. Дети с энурезом не отличаются по поведению от своих сверстников. Энурезы могут возникать из-за задержки созревания нервной системы ребенка (остаточные явления перинатальной энцефалопатии, травм и нейроинфекций). Проявления ночного энуреза может оставаться к подростковому возрасту, и частота невротических расстройств возрастает. Дети с энурезом социально адаптированы, имеют низкую тревожность, высокую степень потребности соответствия социальным стереотипам, высокую экстравертированность. В 25% случаев в основе энуреза нарушенные внутрисемейные ссоры в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком. Наблюдаемые у некоторых детей невротические нарушения являются следствием ночного энуреза. У 80% детей с ночным энурезом отмечаются эмоциональная лабильность и заниженная самооценка, 45% детей считают, что их не любят, 36% – испытывают чувство одиночества, 20% – неуверенность в себе, 12% – агрессивны. Отмечается снижение тонкой координации движений, неловкость, что иногда служит причиной насмешек сверстников и может усугубить протекание основного заболевания. Существует связь синдрома дефицита внимания (СДВ) с нарушением ночного мочеиспускания. Частота СДВ у детей в возрасте 6-12 лет составляет 3-5%, и среди них проблемы с мочеиспусканием отмечаются в 32% случаев. У части детей с энурезом выявлена задержка развития, которая может проявляться в трудности обучения чтению, дизлексией. Среди детей с поведенческими расстройствами (тревога, фобии и депрессивные расстройства) энурез регистрируется в два раза чаще.

Таким образом, ребенок с энурезом должен находиться под наблюдением врачей различных специальностей, поскольку не всегда удается быстро выявить ведущую причину возникновения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) А.Ю. Дерюшева, З.Кызы Ализаде Акберова. «Особенности этиологии и энуреза у детей» (<http://www.scienceforum.ru/2018/3013/1529>)
- 2) А.А. Кузнецова «Ночной энурез у детей»/Научно-практический журнал «Нефрология», 2012, т. 16, №3, выпуск 2, стр. 16-24
- 3) Т.В. Отпущенникова «Современные методы лечения энуреза при нарушениях мочеиспускания у детей»/Бюллетень медицинских Интернет-конференций», 2015, т 5, № 6 стр, 918-922