ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2018 Том 8 Выпуск 3
2018 Volume 8 Issue 3

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2018. Том 8. Выпуск 3 (Март)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.С. Федонников, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
О.М. Посненкова, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:
410004, г. Саратов, а/я 4440.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2018

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2018. Volume 8. Issue 3 (March)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.S. Fedonnikov, PhD, MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)
I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Всероссийская научно-практическая интернет-конференция студентов и молодых учёных с международным участием «YSRP-2017» (материалы: часть 1)

Организаторы:

- ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Общество молодых учёных и студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского,
- Проект «Медицинские конференции On-line»

Дата проведения очной сессии: декабрь 2017 года
Подробная информация о мероприятии на сайте: http://medconfer.com/YSRP-2017_about

Акушерство, гинекология и неонатология ... 88
Попова М.Ю., Танцурова К.С., Яковлева Ю.А. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов ... 88
Попова М.Ю., Танцурова К.С., Яковлева Ю.А. Рак шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин ... 90
Гуманитарные науки ... 92
Каткова А.В. Социально-ролевые факторы профессионального выгорания врача ... 92
Балакина Ю.А., Соколова А.В. Факторы привлекательности и мотивы выбора профессии врача ... 94
Жданова Д.Р., Рубизова А.А. Психофизиологические закономерности восприятия информации ... 96
Иностранные языки ... 98
Dzheyranova M.O., Soltaeva M.A. Respiratory diseases: special features and ways of treatment ... 98
Наумова Е.И., Почечуева Т.М. Otto Fritz Meyerhof und seine wichtigsten Entdeckungen ... 99
Исентаев А.А. Die Rolle der jungen Gelehrten im Staat ... 100
Безногова Е.А., Воржева М.П. Die Entdeckung des Cholesterins ... 101
Rubizova A., Zhdanova D., Kovalenko V. General issues of respiratory tract diseases ... 102
Тараскин А.А. Die jungen Wissenschaftler und seine Perspektive in der Zukunft ... 104
Корнельзен Д.А., Заболотная С.Г. Фармацевтическая терминология в языковой картине мира англичан ... 105
Лечебная физкультура и спортивная медицина ... 106
Мамедова Э.И., Журиленко Д.М. Физическая культура и спорт в жизни студента медицинского университета: дань моде или дань здоровью? ... 106
Пчелинцева Я. Спортивная медицина ... 107
Лучевая диагностика и лучевая терапия ... 108
Щелокова Е.М. Лучевые методы диагностики при опухолевом увеличении вилочковой железы ... 108
Винокурова П.И. Диагностические возможности ирригоскопии при осложненном дивертикулезе сигмовидной кишки ... 109
Сергиенко М.В. Рентгеновская маммография и ультразвуковое исследование в диагностике непальпируемых форм рака молочной железы ... 110
Мусаев А.И. Особенности рентгенодиагностики травматического эпифизеолиза ... 111
Новикова Э.В., Новикова Н.Н. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике конкрементов и полипов желчного пузыря ... 112
Котова Е.В., Шитухина Е.В. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы ... 113
Казаногина М.Н., Курсаченко А.С., Умаров Д.С-Х. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике хронического простатита и аденомы предстательной железы ... 114
Гусаров Ю.В., Гусаров В.В. Установление рентгенологических особенностей туберкулеза легких нетипичной локализации ... 115
Синицына Е.Ю. Диагностические возможности КТ-ангиографии при аневризмах сосудов головного мозга ... 116
Хусаинова Э.Ш., Хусаинова М.А. Возможности ультразвуковой диагностики при гемангиомах печени ... 117
Заболотнева О.С. Дифференциальная рентгенодиагностика рака и фибромы гортани ... 118
Медико-профилактические науки ... 119
Саргсян С.А. Изучение динамики заболеваемости гриппом в Саратовской области за 2002 – 2016 годы ... 119
Югай В.А. Преобразование эпидемиологических параметров заболеваемости гепатитом С в Саратовской области за период 1995-2016 гг. ... 120
Нахрачёва И.В. Оптимизация санитарно-просветительной работы при бешенстве ... 121
Акимова О.В. Особенности нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи пожилым людям в Российской Федерации ... 122
Кубанов И.М., Курбанов А.А., Хапчаев К.Б. Влияние курения на состояние тканей полости рта. Распространенность курения среди студентов СГМУ ... 124
Гусакова Н.А. Стоматологический статус пациентов с сахарным диабетом ... 126

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

Акушерство, гинекология и неонатология

ID: 2018-03-257-T-16807 Краткое сообщение

Попова М.Ю., Танцурова К.С., Яковлева Ю.А.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов

ФГБОУ ВО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека, ВИЧ-инфицированные беременные, антиретровирусная терапия, тактика родов, химиопрофилактика

Актуальность

Ежегодно увеличивается количество ВИЧ-положительных людей, вместе с этим растет доля женщин среди них и, следовательно, увеличивается количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин. К современной профилактике относят своевременную диагностику ВИЧ-инфекции и выявление факторов высоко риска заражения ВИЧ у беременных, медикаментозную профилактику, проводимую антиретровирусными препаратами (АРВП) у женщин и детей, тактику ведения беременности и родов, а также ведение ребенка в первые полтора года жизни [1, 3].

Цель: изучить особенности диагностики, течения беременности у ВИЧ-положительных женщин и профилактику заражения ВИЧ-инфекцией от матери к ребенку.

Задачи:

1. Определить структуру тест-консультирования у беременных женщин.
2. Обозначить последовательность действий во время принятия родов у ВИЧ-положительных женщин.

Всем беременным женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят тестирование на ВИЧ-инфекцию с обязательным пред- и после тестовым консультированием, для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Следует провести двухразовое тестирование: при первом обращении по поводу беременности и в третьем триместре беременности на 34–36 неделе. Чтобы исключить пропуски ВИЧ-инфицирования из-за нахождения беременной в серонегативном периоде, на ВИЧ-инфекцию должны протестировать биологического отца на сроке беременности женщины 20-26 недель [4]. В случае положительного результата теста, женщина подлежит тестированию на противовирусную ДНК или РНК ВИЧ в центре СПИД до 28 недели беременности. Также проводится дополнительное после тестовое консультирование, которое проводит врач-инфекционист в центре СПИД или доверенный инфекционист территориального образования непосредственно в родовспомогательном учреждении. При консультировании ВИЧ-положительных беременных, следует обсудить вопросы, касающиеся риска передачи ВИЧ от матери ребенку и методов его предупреждения, необходимости замены грудного вскармливания на искусственные смеси, диагностики ВИЧ у новорожденного, необходимости дальнейшего врачебного наблюдения женщины и ребенка в Центре СПИД.

ВИЧ-инфицированная мать может быть заразной для своего ребенка во время беременности (особенно после 30-й недели), в процессе родов и во время грудного вскармливания. Очень высок риск инфицирования ребенка, если мать была заражена в период беременности или при наступлении беременности на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции проводится в двух периодах: во время беременности и во время родов. Наиболее успешные результаты имеют место при комплексном проведении антиретровирусной терапии в сочетании с выбором адекватной тактики родов и отменой грудного вскармливания. При выборе АРВ-препаратов для химиопрофилактики во время беременности учитывают: стадию ВИЧ-инфекции, число CD-4 лимфоцитов, уровень вирусной нагрузки, срок беременности и наличие сопутствующих заболеваний.

Второй этап профилактики заражения ВИЧ-инфекцией связан с родами. Как правило, безводный период во время родов должен составлять не более 4 часов, продолжительность родового процесса не более 15 часов [2]. Во время родов немаловажным является обработка влагалища 0,25 % водным раствором Хлоргексидина при первом влагалищном исследовании, если у женщины имеется воспалительные заболевания, в частности кольпит, то при каждом последующем влагалищном исследовании. В процессе родов внутривенно капают антиретровирусный препарат – Зидовудин, с начала родовой деятельности из расчёта 0,002 г на 1 кг веса пациентки в течение первого часа родов, далее снижают дозу до 0,001 г на 1 кг веса в час до момента отделения ребёнка от матери. Резистентность вируса к Зидовудину или побочные эффекты на прием этого препарата в анамнезе является противопоказанием. Во время родов пытаются избегать таких процедур, как родовозбуждение, перинео- и эпизиотомия, наложение акушерских щипцов и вакуум-экстракция плода, но если использую их, то только по жизненным показаниям. Уровень РНК ВИЧ выше 1000 копий/мл и/ или количество CD4+ лимфоцитов < 350 мкл-1 последнем анализе перед родами, многоплодная беременность являются показаниями к плановой операции кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных женщин на сроке 38 недель беременности. При проведении операции кесарева сечения (за 4 часа до начала оперативного вмешательства) в тех же дозах назначается внутривенное введение раствора Зидовудина. По завершению родов антиретровирусная терапия у ВИЧ-инфицированных женщин не отменяется, а сохраняется пожизненно.

Таким образом, чтобы избежать заражения новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери, следует придерживаться плана ведения беременности и родов у ВИЧ-инфицированной женщины. А именно своевременно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию (с пред- и после тестовым консультированием), строго принимать антиретровирусную терапию в период беременности и родов и отказаться от грудного кормления.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Заключение

На сегодняшний день возможность завести собственных детей у ВИЧ-инфицированных женщин такая же, как и у ВИЧ-отрицательных. При правильно проведенных профилактических мероприятиях риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку равен 2%. Также у врачей поменялась тактика ведения таких беременных, если ранее ВИЧ-инфекция являлась абсолютным показанием к операции кесарево сечения, то сегодня ВИЧ-положительные женщины рожают самостоятельно.

Литература

1. Завалко А.Ф., Котельников В.В. Пути профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду (обзор литературы) / А.Ф. Завалко, В.В. Котельников // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – №4. – С. 287-293.
2. Ниязова Г.Т., Алиева Г.Р., Нурузова З.А. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных / Г.Т. Ниязова, Г.Р. Алиева, З.А. Нурузова // Актуальные проблемы современной науки. – 2017. – №3. – С. 213-214.
3. Олейник А.Ф., Фазылов В.Х. Антиретровирусная терапия как метод профилактики ВИЧ-инфекции / А.Ф. Олейник, В.Х. Фазылов // Инфекционные болезнии: новости, мнения, обучение. – 2016. – С. 113-117.
4. Садовникова В.Н., Вартапетова Н.В., Карпушкина А.В. Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции у женщин / В.Н. Садовникова, Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. – №6. – С. 4-10.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-257-T-16808 Краткое сообщение

Попова М.Ю., Танцурова К.С., Яковлева Ю.А.

Рак шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин

ФГБОУ ВО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии

Ключевые слова: рак шейки матки, вирус иммунодефицита человека, синдром приобретённого иммунодефицита, высокоактивная антиретровирусная терапия, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение

Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) представляет собой одну из наиболее частых злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. Среди онкологических заболеваний у молодых женщин рак шейки матки имеет самые высокие показатели смертности. Источником раковой опухоли шейки матки служат нормальные клетки, покрывающие шейку матки. Ежегодно эту опухоль выявляют более чем у 600 тысяч пациенток [6]. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) и является одним из факторов риска развития плоскоклеточного интраэпителиального поражения или squamous intraepithelial lesion (SIL), возникающего в результате нарушения иммунного контроля. С течением времени SIL переходит в инвазивный рак шейки матки.

Цель: изучить особенности возникновения, течения, диагностики, лечения рака шейки матки у ВИЧ- инфицированных женщин.

Задачи: установить взаимосвязь прогрессирования рака шейки матки у женщин с ВИЧ-положительным статусом.

По классификации выделяют LSIL, или Low grade SIL, или легкая степень и HSIL, или Hight grade SIL, или тяжелая степень. SIL должна своевременно лечиться (путем удаления или уничтожения внешних слоев клеток шейки матки), чтобы не дать ей перерасти в инвазивный рак.

У ВИЧ инфицированных женщин переход SIL в рак шейки матки происходит намного быстрее, чем у здоровых женщин, вследствие поражения иммунной системы. ВИЧ поражает клетки крови человека, имеющие на своей поверхности CD4-рецепторы, а именно: Т-лимфоциты, макрофаги и дендритные клетки. Инфицированные Т-лимфоциты гибнут из-за разрушения вирусом, апоптоза и уничтожения цитотоксическими Т-лимфоцитами. Если число CD4+ Т-лимфоцитов становится ниже 200 в одном микролитре крови, система клеточного иммунитета перестает защищать организм [3]. Исследования показали, что нелеченая неоплазия шейки матки с большей вероятностью переходит в инвазивный рак у ВИЧ-инфицированных женщин, чем у здоровых [4, 5].

Диагностируют неоплазию с помощью таких методов, как биопсия шейки матки, которая представляет собой медицинскую манипуляцию, позволяющую прицельно взять патологически изменённую ткань шейки матки с целью морфологического исследования. В диагностики используется мазок по Папаниколау – это соскоб тканей поверхностного слоя шейки матки и исследование полученных клеток под микроскопом после обработки красителями. Метод жидкостной цитологии – более современный и информативный вариант скрининга с помощью теста по Папаниколау (ПАП-теста), «золотой стандарт» диагностирования неоплазий слизистой шейки матки, применяемый при подозрении у пациенток на рак или дисплазию. В связи с тем, что в стабилизирующий раствор попадает абсолютно все клеточное вещество, качество материала улучшается.

При жидкостной цитологии забор материала проводится цитощетками, которые предназначены для взятия биологического материала с поверхности шейки матки и из цервикального канала для цитологических и бактериологических исследований, при этом образец не сразу переносится на стекло, а цитощетка с собранным материалом погружается в специальный раствор и затем с помощью прибора готовится образец для исследования. Цитощетка удобна в применении, атравматична для взятия материала. При необходимости рабочая часть может быть согнута под любым углом по отношению к рукоятке. Это позволяет адаптировать инструмент в зависимости от анатомических особенностей зоны, с которой выполняется забор материала.

Исследования показали, что нелеченая неоплазия шейки матки с большей вероятностью переходит в инвазивный рак у ВИЧ-инфицированных женщин, чем у здоровых. Для лечения дисплазий у ВИЧ-положительной больной на стадии LSIL используют лазер (бесконтактно, бескровно, безопасно). Данная дисплазия хорошо поддастся лечению, так как лазер разрушает поврежденную ткань, запаивая при этом кровеносные сосуды и останавливая кровотечение (одновременно с удалением поврежденных тканей происходит их коагуляция, на участке вапоризации «закрываются» мелкие кровеносные сосуды, что делает вмешательство практически бескровным) [1, 6]. Вся процедура протекает под наблюдением кольпоскопа, который увеличивает нужный участок до пятнадцати раз, тонко сфокусированный луч лазера можно точно, под контролем видеокольпоскопа направить в нужное место, что позволяет удалять только изменённые ткани [1, 2]. На стадии HSIL должно быть только иссечение патологически изменённых тканей. Шансы на рецидив у ВИЧ инфицированных женщин после прохождения лечения довольно высоки. Женщины, имеющие число CD4 клеток меньше 50 на микролитр крови подвержены более высоким шансам рецидива [4]. Рецидивирование SIL у ВИЧ-положительных женщин не связано с ее стадией, а обусловлено общим количеством Т-лимфоцитов и CD4 [1]. Женщинам, у которых диагностировали ВИЧ необходимо проводить цитологический скрининг не реже 1 раза в 6 месяцев после лечения выявленных генитальных инфекций, также тестирование на вирус папилломы человека (ВПЧ), вследствие риска развития SIL, РШМ, определения количества CD4+. Единственным известным в настоящее время методом повышения показателей Т-клеточного звена иммунитета и снижения вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных является высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), которая применяется в комплексном лечении ВИЧ инфицированных [4]. Метод терапии состоит в приёме трёх или четырёх препаратов в противоположность монотерапии (1 препарат), которая применялась ранее. Применение монотерапии нецелесообразно вследствие высокой вероятности развития резистентности вируса в течение первых 3 месяцев лечения. ВААРТ включает три препарата из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), два НИОТ + один или два препарата из группы ингибиторы протеазы (ИП), два НИОТ + один ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), НИОТ + ННИОТ + ИП.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Терапия требует чёткого соблюдения графика приёма. Недопустимо пропускать приемы препаратов, как и принимать уменьшенные или увеличенные дозы в случае пропуска.

Появление и развитие рака шейки матки — это многоступенчатый процесс. Этапы развития рака шейки матки представлены следующим образом: нормальный эпителий шейки матки => дисплазия эпителия (легкая, умеренная, тяжелая) => внутриэпителиальный рак (или рак 0 стадии, неинвазивный рак) => микроинвазивный рак => инвазивный рак. Самыми ранними проявлениями могут быть водянистые обильные выделения, кровянистые выделения, которые у женщин детородного возраста не связаны с менструациями, а у женщин в постменопаузе наблюдаются постоянно или периодически, выделения могут иметь неприятный запах. Выделение мочи и кала через влагалище свидетельство мочевлагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей. При IV стадии появляются метастатические паховые и надключичные лимфоузлы.

Рак шейки матки делят на четыре стадии (I, II, III и IV), каждая из стадий делится на две подстадии (A и B), а каждая из подстадий IA и IB еще на две — IA1, IA2 и IB1, IB2. Выбор метода лечения рака шейки матки зависит от стадии заболевания. Хирургическое лечение используют при стадиях IA1, IA2, IB и реже IIA. Объем операции зависит от глубины инвазии, наличии метастазов в тазовых и парааортальных лимфоузлах. При стадии IA1 возможно выполнение конизации шейки матки (клиновидная биопсия, конусовидная эксцизия — ампутация конусовидного участка шейки матки, которая состоит в удалении части шейки матки в виде конуса) или простой экстирпации матки с придатками: трубами и яичниками. При стадиях IA2, IB1, IB2 и IIA показана радикальная экстирпация матки с удалением тазовых, а иногда и парааортальных лимфоузлов. Во время этой операции кроме матки с придатками и лимфоузлов удаляют еще и верхнюю треть влагалища, а также части связок матки и жировую клетчатку параметрия и клетчатку, окружающую шейку матки. При обнаружении метастазов в лимфоузлах, лечение после операции дополняют лучевой или одновременной химиолучевой терапией. Обычно комбинированное лечение (операция+лучевая терапия) проводят при стадиях IB и IIA. Иногда при инвазивном раке шейки матки (стадии IA2, IB1) выполняют сложную радикальную операцию, которая позволяет сохранить детородную функцию, под названием трахелэктомия. Во время операции удаляют только пораженную раком ткань шейки матки и окружающие лимфатические узлы [4]. Эффективность хирургического лечения и лучевой терапии при ранних стадиях инвазивного рака шейки матки практически одинаковая, лучевая терапия используется в виде дистанционной гамматерапии и брахитерапии. Длительность сочетанной лучевой терапии (дистанционной и брахитерапии) не должна превышать 55 дней. При стадиях IB2–IV стандартным лечением во всем мире признана одновременная химиолучевая терапия (раньше при этих стадиях проводили только лучевую терапию). При IVB стадии возможно применение только химиотерапию. Однако, женщины больные СПИДом и раком шейки матки одновременно, вылечиваются от рака не так успешно, как ВИЧ-отрицательные пациентки [5, 6].

Таким образом, в связи с большой вероятностью возникновения рака шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин и с целью раннего его выявления, им необходимо сделать ПАП-мазок, при отсутствии выявления атипичных клеток, необходимо повторить исследование через полгода, а затем, при отрицательных результатах, 1 раз в год. При обнаружении в ПАП-мазке всех видов SIL выполняется кольпоскопия с прицельной биопсией изменённых участков слизистой матки. Это позволяет не только выявить рак шейки матки на начальных стадиях, но также предупредить его развитие, путём диагностирования предопухолевых изменений эпителия шейки матки, лечение которых не позволяет развиться опухоли.

Заключение

СПИД-ассоциированный рак шейки матки развивается более стремительно, чем рак шейки матки ВИЧ-отрицательных женщин и приводит к многочисленным осложнениям. У женщин с положительным ВИЧ статусом предопухолевое состояние шейки матки с большей вероятностью переходит в инвазивный рак, чем у ВИЧ-отрицательных женщин. Женщины, больные СПИД и ВИЧ-инфицированные женщины, должны находиться под постоянным наблюдением системой здравоохранения, так как имеют более высокий риск развития рака шейки матки.

Литература

1. Ошибки в лечении дисплазии шейки матки / В.Н. Беляковский // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2008. – №1. – С. 83-87.
2. Биджиева Б.А. Генетическая нестабильность и аллельный полиморфизм у больных с дисплазиями и раком шейки матки, вызванными персистенцией ДНК вируса папилломы человека / Б.А. Биджиева. – М.: МИА, 2008. – 34 с.
3. Красногольский В.И. Патология влагалища и шейки матки / В.И. Красногольский. – М.: Медицина, 2007. – 172 с.
4. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова С.А. Кольпоскопия: практическое руководство / В.Н. Прилепская, С.И. Роговская, С.А. Межевитинова. – М.: МИА, 2001. – 100 с.
5. Садовникова В.Н., Вартапетова Н.В., Карпушкина А.В. Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции у женщин / В.Н. Садовникова, Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. – №6. – С. 4-10.
6. Трушина О.И., Новикова Е.Г. Роль папилломавирусной инфекции в генезе рака шейки матки / О.И. Трушина, Е.Г. Новикова // Российский онкологический журнал. – 2009. – №1. – С. 45- 51.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

Гуманитарные науки

ID: 2018-03-2164-A-16834 Краткое сообщение

Каткова А.В.

Социально-ролевые факторы профессионального выгорания врача

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе рассматривается проблема профессионального выгорания в медицине, исходя из социально-ролевой трансформации статуса врача в настоящее время. Определены факторы, влияющие на формирование синдрома профессионального «выгорания», такие как падение престижа профессии, образ врачей, формируемый масс-медиа.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, профессиональное взаимодействие, врач, пациент

На современном этапе развития российского общества и здравоохранения на врача действует множество социальных стрессоров, и в то же время растут требования, предъявляемые к его профессионализму. Однако далеко не каждый может адаптироваться, эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность и социальную роль, а потому возрастает вероятность развития неблагоприятных психических состояний [1].

По современным данным, высокая степень эмоционального выгорания отмечается у 49,7 % врачей первичного звена [2]. Кроме того, проблема эмоционального выгорания затрагивает всё более молодых специалистов, что, в первую очередь, связано с большой ролевой нагрузкой. Признаки эмоционального выгорания, истощения впервые начинают появляться уже в возрасте 30 до 40 лет, когда частично утрачивается интерес к работе, деформируется отношение с пациентами и коллегами, негативно оцениваются собственные успехи, достижения [3].

Кроме того, что профессиональное выгорание разрушает личность и здоровье самого врача, следует отметить, что оно также отражается и на пациентах. Вследствие выгорания врач теряет интерес к больному и происходит снижение качества медицинского обслуживания. Выгоревший специалист выполняет работу механистически, формально, снижается качество его взаимодействия с пациентом.

Однако в России профилактике эмоционального выгорания пока уделяется недостаточное внимание. Между тем ущерб от этой проблемы, если ее не решать, составляет в среднем 4% валового национального дохода страны. Потому что вначале появляется просто психосоматический компонент, а потом к нему присоединяются и различные психогенные реакции, которые ведут к разрушению личности и здоровья специалистов, на которых затрачены большие деньги и масса времени.

Таким образом, проблема «эмоционального выгорания» является актуальной и помимо научного интереса представляет также большую практическую значимость. Более детальное исследование данного вопроса на практике позволит разработать программу мероприятий, направленных на укрепление здоровья и уменьшение ролевой напряженности у медицинского персонала, и как следствие, повышение эффективности профессионального взаимодействия и лечебного процесса.

Если ранее врач воспринимался пациентом, как сакральный носитель сокровенного знания и то, что говорил врач воспринималось как абсолютная истина и не подвергалось ни малейшему сомнению, то в настоящее время ситуация несколько изменилась. Пациенты по-прежнему уверены в том, что за их здоровье отвечает в первую очередь врач, но при этом вся информация, полученная от доктора, подвергается пациентами сомнению. Уровень доверия врачу в настоящее время значительно снижен. И поэтому, как отмечают Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д. сами врачи отмечают, что повышается уровень требований к ним со стороны пациентов [4].

Врачи признают, что в последние годы, главным образом, благодаря Интернету, растет общая осведомленность пациента о своей болезни. Однако Геращенко Л.И. и Крещик А.В. в своей работе указывают, что, несмотря на то, что специализированная информация становится доступной большим слоям населения, это формирует лишь «ложную медицинскую грамотность» [5]. Порой пациенты слепо доверяют Интернету и рассматривают врача просто как механического исполнителя тех рекомендаций, которые представлены в Интернете [6]. Врачи, в свою очередь, всё чаще сталкиваются с необходимостью убеждать пациентов в целесообразности назначенного лечения и расценивают такие ситуации как результат отсутствия прежнего уважения граждан к медикам.

Кроме того, многие врачи видят в качестве причин нарастания напряженности во взаимоотношениях с пациентом политику средств массовой информации, которые, глубоко не вникая в ситуацию, вольно или невольно нагнетают еще больше и так высокий уровень напряженности в отношении граждан к медикам. Грещенко Л.И. И Крещик А.В. отмечают, что сегодня мы сталкиваемся с ситуацией, когда СМИ формируют негативный образ врача, «профессия теряет свое лицо». Авторитет врача снижается и формируется его негативный образ в общественном мнении. Этому способствует популяризация отдельных эпизодов врачебных ошибок, коррупции в системе здравоохранения. В результате создается фантом в массовом сознании, который с одной стороны «занижает» роль врача, с другой предъявляет завышенные требования к профессионализму, этичности, ответственности за решения.

Исторически предписанный высокий статус врача, который достигается личными усилиями и результатами длительного обучения, требует от личности больших физических и душевных затрат, а также осознания ею реальной полезности своих социальных функций для общества. Однако идеализированные ожидания от работы и жизни в целом, а также чрезмерное стремление к доказательству собственной ценности – это и есть фактор эмоционального выгорания. Характер отношения к профессии начинает меняться в зависимости от того, насколько совпадают ожидания врачей от профессиональной деятельности с

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ее реалиями. Таким образом, недооценка ролевого статуса врача, утрата значения важной миссии врача в современном обществе вступает в конфликт с попытками врача доказать свою ценность, с чего и начинается процесс профессионального выгорания. Anthony L. Back; Karen E. Steinhauser в своей работе указывают на то, что выгорание не начинается с ощущения усталости, циничности и неэффективности – триады, определенной в эмпирических исследованиях. Эта триада является кульминацией выгорания. Начало выгорания выглядит совсем по-другому. Начало выгорания – это не истощение. Так Freudenberger - психолог, который впервые описал выгорание, сделал важное и противоречивое наблюдение о том, выгорание начинается с желания доктора доказать свою ценность[7].

Таким образом, в данном процессе ролевой конфликт врача усиливается. При этом он пытается снизить внутреннее напряжение, перестраивая восприятие социальной ситуации, а не изменяя свои ожидания. В результате воспринимается уже не реальная ситуация, а её упрощенная модель, согласующаяся с восприятием в ней себя [8]. Возникает дистанцированность врача от пациента и происходят негативные изменения в модели взаимодействия врача и пациента [9].

Заключение

Таким образом, институциональными факторами, влияющими на формирование синдрома профессионального «выгорания» является падение престижа профессии, образ врачей, формируемый СМИ.

Решение данного вопроса возможно при междисциплинарном и комплексном подходе. Важно сформировать позитивное общественное мнение и повысить статус врача в обществе, изменить идеологию и прекратить антипропаганду СМИ в отношении медицины. Кроме того, одной из ключевых задач по профилактике, должна быть заинтересованность руководителей медицинского учреждения по сохранению эмоционального здоровья сотрудников, путем выработки комплекса мер по информированию, консультированию, диагностике и предупреждению «выгорания». В частности, одним из эффективных методов профилактики профессионального стресса и эмоционального выгорания является участие врачей в Балинтовской группе. Помимо этого наряду с профилактическими мерами, медицинским работникам, страдающим от синдрома эмоционального выгорания, должна быть оказана профессиональная психологическая помощь, в частности, консультативная и коррекционно-реабилитационная.

Литература

1. Мишкина Е. А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности сотрудников предприятия // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 10. – С. 96–100.
2. Саблина Т. А., Бутенко Т. В. Синдром профессионального выгорания средних медицинских работников // Медицинская сестра. — 2011. — № 2.
3. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов / Н.А. Огнерубов, М.А. Огнерубова// Вестник ТГУ. – 2015. – № 2(20). – С. 307-318.
4. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова. Руководитель: С.В. Шишкин - М.: ГУ ВШЭ, 2004.
5. Геращенко Л. И., Крещик А. В. Проблема профессионального выгорания врачей: социологический анализ. // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2013. – Т. 3. – С. 881–885.
6. Чирикова А.Е. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России [Текст] : векторы изменений / А. Г. Чирикова, С. В. Шишкин // Мир России. - 2014. - № 2. - С. 154-182.
7. Anthony L. Back; Karen E. Steinhauser; Arif H. Kamal; Vicki A. Jackson J Oncol Pract. 2017;13(6):348-351.
8. Цюхай Е. И. Взаимосвязь профессионального выгорания с показателем ролевого конфликта у педагогов начальных классов // Молодой ученый. — 2016. — №13. — С. 890-892.
9. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Роль мотивационной составляющей профессиональной социализации в процессе подготовки медицинских кадров // Основные вопросы теории и практики педагогики и психологии: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Омск, 2015. С. 176-179.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-1151-A-16840 Краткое сообщение

Балакина Ю.А., Соколова А.В.

Факторы привлекательности и мотивы выбора профессии врача

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: Девличарова Р.Ю.

Резюме

Работа посвящена изучению влияния факторов привлекательности и мотивам выбора профессии врача.

Ключевые слова: мотивация, мотивация в обучении, профессия

Актуальность

В современных условиях, когда отмечается уход из профессии, постарение кадров в наиболее сложных и при этом социально важных сферах организации здравоохранения, к которым можно отнести службы (реанимационные, онкологические, фтизиатрические, инфекционные и многие др.), где наиболее остро наблюдается недостаток молодых кадров. В связи с этим возрастает необходимость изучать такие сферы психической деятельности как мотивационная, сферу выбора профессии студентами медицинского вуза. Изучение мотивации позволит организовать более эффективный и гибкий учебный процесс, при подготовке специалистов с высшим медицинским образованием, учитывающий индивидуальные особенности мотивационной сферы учащихся, обеспечивающий высокий уровень учебной и профессиональной мотивации. Формирование мотивации учения в профессиональной подготовке без преувеличения можно назвать одной из центральных проблем профессионального образования [3].

Мотивацию можно определить как совокупность причин психологического характера, объясняющих поведение человека, его начало, направленность и активность [6]. Мотивация определяет поведение и деятельность человека и оказывает влияние на профессиональное самоопределение. Любые действия человека исходят из определенных мотивов и направлены на определенные цели. Мотив – это то, что побуждает человека к действию. В качестве мотива называются самые разные психологические феномены. Но чаще всего мотив – это либо побуждение, либо цель (предмет), либо намерение, либо потребность, либо свойство личности, либо ее состояние [4].

Желания, влечения, намерения, интересы также характеризуют мотивационную сферу, входят в группу мотивационных образований и оказывают влияние на профессиональное самоопределение. К видам мотивов относят познавательные (направленность на содержание учебного предмета) и социальные мотивы (направленность на другого человека в ходе учения) [1].

Именно в ранней юности, благодаря новой социальной ситуации развития, проблема выбора профессии и самоопределения становится актуальной для личности, при этом определяющей её намерения и переживания. В ранней юности существенно изменяются внутренние условия, опосредующие внешние воздействия на личность. Потребность в самоопределении становится стержневой в личности [7]. В данном возрасте обнаруживается преобладание мотивов, связанных с профессиональным и жизненным самоопределением, происходят изменения в системе мотивов, они становится более осознанными [5].

Профессиональная мотивация – это действие конкретных побуждений, которые обусловливают выбор профессии и продолжительное выполнение обязанностей, связанных с этой профессией. Профессиональное самоопределение – это процесс формирования личностью своего отношения к профессионально-трудовой среде и способ ее самореализации [2]. Это готовность личности к осознанному построению своего развития и способность самостоятельно находить значимые смыслы в профессиональной деятельности. Таким образом, выбор профессии будет осмысленным только тогда, когда он глубоко мотивирован. Человек правильно оценивает свои возможности и знает содержание профессии. Мотивы выбора профессии разнообразны и зависят от многих ситуаций в жизни молодых людей.

Цель: изучение мотивов выбора и факторов привлекательности профессии у студентов 1 курса лечебного факультета СГМУ им. В.И.Разумовского (r=51).

Гипотеза исследования: между мотивами выбора и факторами привлекательности профессии врача существует тесная взаимосвязь.

Материал и методы

В качестве респондентов выступили студенты 1 курса (51 человек) факультета «Лечебное дело» СГМУ им. В.И.Разумовского.

Для определения основных мотивов были использованы следующие методики: «Определение основных мотивов выбора профессии (Е.М.Павлютенков)»; «Мотивация профессиональной деятельности (модификация Н.В. Кузьминой, А.А.Реана)».

Результаты

Полученные результаты по методике «Определения основных мотивов выбора профессии» показали, что преобладающие мотивы это мотивы, связанные с содержанием труда (31 человек). То есть студенты знают содержание своей будущей профессиональной деятельности, и им нравится то, что они будут делать профессионально в своей жизни. На втором месте по значимости стоят социальные мотивы (26 человек). Студенты 1 курса лечебного факультета хотят, чтобы их будущий труд помогал обществу, приносил пользу. На третьем месте – познавательные мотивы, связанные с желанием узнавать что-то новое, связанное с медицинской профессией, с расширением кругозора в этой области.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Таблица 1. Факторы привлекательности профессии

Фактор	*n+*	*n-*	*КЗ*
Профессия одна из важнейших в обществе	49	2	0,922
Работа с людьми	48	3	0,882
Работа требует творчества	35	16	0,373
Работа не вызывает переутомления	7	44	-0,725
Большая зарплата	19	32	-0,255
Возможность самосовершенствоваться	48	3	0,882
Работа соответствует моим способностям	51	0	1
Работа соответствует моему характеру	47	4	0,843
Небольшой рабочий день	5	46	-0,804
Отсутствие частого контакта с людьми	5	46	-0,804
Возможность достичь социального признания, уважения	50	1	0,961

При исследовании факторов привлекательности профессии были рассмотрены окончательный показатель – коэффициент значимости (КЗ), а также учитывались соотношение количества респондентов, отметивших данный фактор, как «привлекательный» с количеством респондентов, отметивших данный фактор, как «не привлекательный» (Таблица 1).

По результатам исследования выявлено, что меньше всего на выбор профессии респондентов повлияли «творческие» и «материальные мотивы». Творческие мотивы были ведущими только у 1 респондента, а материальные – у 3 респондентов. То есть желание как мотив создавать что-то свое новое и оригинальное, и желание иметь хорошо оплачиваемую работу не являются для студентов ведущими.

Высокое значение получено по шкале «фактор – будущая работа соответствует способностям», этот фактор является значимым для всех респондентов. Второй по значимости фактор – «возможность достичь социального признания, уважения», данный фактор отмечают 50 респондентов; третий – «профессия врача имеет высокое социальное значение и является одной из важнейших в обществе», это подчеркивают 49 респондентов. Эти факторы относятся к социальным мотивам, которые являются для студентов 1 курса «лечебного факультета» преобладающим в мотивах выбора будущей профессии. Факторы «работа с людьми» и «частый контакт с людьми» относятся к моральным мотивам, данный показатель выбрали 48 респондентов, что также является высоким показателем в мотивации студентов.

Заключение

Поставленная гипотеза подтвердилась, между мотивами и факторами привлекательности профессии врача существует тесная взаимосвязь. Из полученных результатов исследования можно отметить, что факторы привлекательности профессии для студентов 1 курса «лечебного факультета», прежде всего, связаны с высокими социальными мотивами и желанием помогать, что очень важно в профессиях направленных на другого человека, т.е. относящихся к «помогающим профессиям».

Литература

1. Айсмонтас Б.Б. Педагогическая психология: Учебное пособие для студентов. – М.:МГППУ, 2004 г. – 368 с.
2. Головин С.Ю. Словарь практического психолога, Минск: Харвест, 1998 г.
3. Р. Ю. Девличарова Исследование мотивации и когнитивных процессов старших школьников / Р.Ю. Девличарова, А.С. Попова. Данные по интернет конференции IV Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием «76-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция «Молодые ученые – здравоохранению».
4. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.
5. Канаева Н. А. Мотивация учебно-профессиональной деятельности и её влияние на становление будущих специалистов // Молодой ученый. – 2010. - №4. – С. 271-273. – URL https://moluch.ru/archive/15/1407/ (дата обращения: 24.12.2017).
6. Немов Р.С. Психология: Учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 4-е изд. – М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Общие основы психологии. – 688 с.
7. Шавир П.А. Психология профессионального самоопределения в ранней юности. – М.: Педагогика, 1981. – 96 с.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-81-A-16843 Краткое сообщение

Жданова Д.Р., Рубизова А.А.

Психофизиологические закономерности восприятия информации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра педагогики, образовательных технологий и профессиональной коммуникации ИДПО

Научный руководитель: Рамазанова А.Я.

Резюме

В данной работе представлен анализ значимых психофизиологических компонентов процесса обучения. Рассмотрены основные закономерности их влияния на эффективность образовательного процесса и успешность реализации потенциала учащихся.

При усвоении информации учащиеся задействуют все возможные ресурсы, но наиболее существенным компонентом процесса обучения является самостоятельная работа учащихся, при которой используются различные психофизиологические закономерности восприятия информации.

Ключевые слова: психофизиологические компоненты, обучение, студенты

Обучение представляет собой целенаправленный процесс формирования знаний, умений и навыков учащихся, а также развития их интеллектуального потенциала.

В первую очередь следует рассмотреть, как реализуется процесс обучения. Процесс обучения реализуется посредством деятельности анатомо-физиологического аппарата, определяющего наличие такого онтологического свойства человека, как его способность перенимать знания и опыт, а также осуществлять познание. Из чего следует, что обучение можно определить как процесс развития мышления, опирающийся на закономерности психологии и физиологии высшей нервной деятельности; а теория обучения в свою очередь имеет тесную связь с психофизиологией и психологией обучения.

Формирование новых знаний, умений и навыков происходит посредством установления ассоциаций между имеющимися знаниями и вновь приобретенными; повторения однотипных действий; самостоятельной познавательной деятельности.

Обучение осуществляется благодаря различным психическим познавательных процессам, мгновенно преобразующим поступающую информацию в образ, позволяющим зафиксировать его в сознании и сформировать представление человека о конкретном явлении или объекте. Среди познавательных процессов выделяют восприятие, память, мышление.

Хранение, прием, переработка и выдача информации осуществляются в головном мозге. Данные процессы образуют достаточно сложную систему. При функционировании данной системы у учащихся, в независимости от степени включенности в учебную деятельность, происходит процесс восприятия информации и активизируется мышление.

Восприятие представляет собой интерпретацию объекта познавательной деятельности на основании имеющихся знаний и жизненного опыта.

Существует несколько способов восприятия информации: зрение, слух, ощущение, обоняние и осязание. Указанные способы восприятия называют репрезентативными системами.

Обучение, предполагающее непрерывное пополнение знаний и их трансформацию, тесно связано с памятью и практически неотделимо от нее. Память – это комплекс познавательных способностей по фиксированию, сохранению, воспроизведению и переработке человеком разнообразной информации. Успешность образовательной деятельности учащегося во многом определяется его способностью на длительное время фиксировать в памяти полученную информацию.

Основными приемами заучивания учебного материала являются повторение, мнемоника (ассоциативное запоминание), внутреннее структурирование материала, разложение на семантические части и т.д.

Был проведен ряд исследований, по результатам которых были сформулированы следующие выводы: в среднем при первом знакомстве с информацией человек усваивает лишь 12-15% при слуховом восприятии, и около 25% информации – при зрительном восприятии. Если же оба эти канала используются одновременно, то человек может воспринять до 65% информации.

На эффективность процесса восприятия оказывают существенное влияние психофизиологические особенности личности. По характеру восприятия выделяют 2 типа людей: эмоциональный тип, восприятие которого базируется на ощущениях; логический тип, предполагающий вербальное восприятие.

Необходимо отметить, что восприятие новой информации у учащихся осуществляется через призму уже имеющихся знаний. Именно поэтому учебные программы и учебные материалы составляются по принципу нарастающей сложности.

Таким образом, необходимыми условиями запоминания учебного материала являются осуществление процесса его многократного воспроизведения, установление ассоциативных связей с имеющимися в сознании элементами и образами, а также большой эмоциональный потенциал информации.

Следует отметить, что преподавателю в процессе обучения необходимо активизировать психическую деятельность студента, влияющую на развитие творческой и мыслительной сферы.

По длительности следует различать четыре вида памяти: оперативная (данный вид памяти может удерживать информацию около 6-12 секунд); кратковременная (15-20 секунд); переходная (от 5 минут до 24 часов) и долговременная память (может длиться всю жизнь).

По характеру объекта выделяют образную память, позволяющую зафиксировать образы, эмоциональную память, нацеленную на запоминание чувственных явлений, логическую, которая осуществляет запоминание вербальной информации. Задействование

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

различных видов памяти обеспечивает высокую прочность запоминания. Известно, что образы, формирующиеся в нашем сознании, сохраняются в памяти на более длительное время, чем абстрактные понятия.

Из этого следует, что основной задачей преподавателя является активизация всех видов памяти для закрепление информации, которую он доносит до студента.

Одним из важнейших является понятие «мышление». Под мышлением понимают процесс отражения окружающей действительности в виде суждений, а также наивысшую форму познания.

Психологи выделяют три уровня человеческого мышления:

1. наглядно-действенное мышление, основной единицей которого является действие;
2. образно-художественное мышление; основная единица — образ;
3. словесно-понятийное, логическое мышление; основная единица — понятие.

Интересным является тот факт, что на протяжении долгого времени психологи считали, что при переходе к логическому мышлению образное «выключается». Однако позже ученые доказали, что образный компонент оказывает существенное влияние на продуктивность мышления в процессе обучения.

Следует отметить, что при самостоятельной выработке способов решения поставленных задач важным фактором является уровень развития образных компонентов в структуре интеллекта. Это заставляет по-новому взглянуть на процесс обучения, который обычно носит преимущественно вербальный характер.

Говоря о психофизиологических закономерностях восприятия информации у студентов, следует обратить внимание на то, как происходит процесс самостоятельной работы.

Самостоятельная работа – определенный набор действий, который происходит в процессе обучения во внеурочное время. Данный вид деятельности требует выполнения определенных заданий. Основой самостоятельной работы следует считать познавательную или проблемную задачи. Именно существование задачи и мотивация к ее решению определяют весь процесс самостоятельной работы. Мотивация может быть внешней и внутренней - может быть обусловлена требованиями преподавателя или же вызвана собственным стремлением получить знания.

В качестве основного мотива обучения выступают противоречия между наличным уровнем знаний учащегося и предъявляемым требованиям.

Чем больше учащийся знает, тем легче он устанавливает ассоциативные связи и быстрее усваивает новые знания. Если при этом уровень предъявляемых требований невысок, то мотивация к обучению отсутствует.

При самостоятельной работе студент наблюдает, конспектирует, осмысливает, запоминает и воспроизводит определенную информацию. В данном процессе функционируют и мышление, и умение найти нужный ответ на поставленный вопрос, формируется определенный взгляд на мир.

Теория активного формирования психических процессов и свойств личности исходит из того, что учащийся должен в процессе активной деятельности присваивать исторический опыт человечества, зафиксированный в предметах материальной и духовной культуры.

Процесс обучения нацелен не только на приобретение определенных знаний, но и на совершенствование личностных качеств учащегося. Степень усвоения учебного материала, развитие мыслительных возможностей определяется структурой познавательной деятельности учащегося, ее содержанием и применяемыми методами обучения.

Развитие происходит при условии, что учащиеся осуществляют самостоятельное выявление особенностей усваиваемой информации и нахождение правильных и наиболее эффективных способов решения задач. Для обеспечения успешности обучения важно создать условия для выработки приемов умственной деятельности.

Все это осуществляется на основе восприятия и воспроизведения полученной студентом информации.

Для восприятия и изучение нового материала у студентов, важным является активное восприятие и интенсивность их мыслительной деятельности.

Осмысление новой информации и впечатления, полученные от ее восприятия, являются результатом намерениями, поставленными целями, интересами и желанием получить результат.

Следует отметить, что если студент работает над приобретением нового знания с удовольствием, без принуждения, с использованием определенных приемов стимулирования, то результат будет более высоким.

Чтобы подготовить студентов к более осмысленному сознательному усвоению нового, нужно подготовить различные виды самостоятельной работы. Потому что результатом активной самостоятельной деятельности будет овладение знаниями в полном объеме.

Важным является тот факт, что если студент во время освоения и изучения информации может найти признаки нового и сумеет применить их на практике, именно в этот момент обнаруживается более высокий уровень аналитико-синтетической деятельности студентов. Именно тогда студенту предоставляется максимальная возможность для самостоятельного анализа обобщений.

Креативность зависит от его умения использовать имеющуюся информацию разными способами и характеризуется следующими интеллектуальными способностями: беглость и гибкость мысли, оригинальность, любознательность, способность выдвинуть гипотезу, усовершенствовать конструкцию, способность к анализу и синтезу, фантастичность.

Из всего вышесказанного следует вывод, что при усвоении информации студент затрагивает все свои ресурсы, но важным остается именно самостоятельная работа, при которой используются все психофизиологические закономерности восприятия информации.

Литература

1. Басова Н. В. Педагогика и практическая психология. Ростов-н/Д., 2000.
2. Гончаров В. С. Типы мышления и образная деятельность. Свердловск, 2008.
3. Данилова Н.Н. Психофизиология: Учебник для вузов. – М., 1998.
4. Наатанен Р. Внимание и функции мозга: учебное пособие/ Пер. с англ. Под ред. Е.Н.Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1998.
5. Психофизиология. Учебник для вузов /Под ред. Ю.И.Александрова. – СПб., 2001.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

Иностранные языки

ID: 2018-03-4451-A-16796 Краткое сообщение

Dzheyranova M.O., Soltaeva M.A.

Respiratory diseases: special features and ways of treatment

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Коваленко В.С.

Abstract

The article is devoted to the analysis of respiratory diseases, its main types and reasons of their occurrence. Also general characteristics of some respiratory diseases, their frequency in children and adults are described in the article. Finally, medical methods of preventive treatment of such diseases are discussed as an example of effective therapy.

Keywords: respiratory diseases, pneumonia, asthma, pleurisy, bronchiectasis

The respiratory system is composed of nasal passages, larynx (throat), air-vessel, bronchus, lungs and pleural membranes (tunica conjunctiva that covers lungs). The respiratory system facilitates the absorption of oxygen in the organism, its transportation into the bloodstream and letting carbon dioxide out.

The respiratory illnesses are frequent, that is why studying this problem is especially relevant nowadays. The main reason for respiratory system illness progression among people is the presence of pathogens. They are viruses, bacteria, fungus and, in less incident cases, parasites. Besides the listed problems, another important factor that incites the respiratory illnesses is allergens. This case observes indoor allergens such as dust and domestic mites that often cause bronchial asthma.

All respiratory diseases own some general characteristics that will be discussed further in the article.

Pneumonia is an acute infectious-inflammatory disease that affects lung tissues. Inflammation process affects the alveoli and results in filling them with liquid. Pneumonia might be caused by various etiological agents as viruses, bacteria, fungus, achaea, rickettsia. Pneumonia is characterized by severe acute disease. During the disease, there might be observed such general intoxication symptoms as temperature rise and general weakness along with a cough, shortness of breath and pain in the chest.

Bronchial asthma is a chronic inflammatory disease of air passage containing an allergic component. Throughout this disease, the bronchial permeability may be observed and its lumens narrowing as well. The main disease expressions are choking attack, cough, rales, labored breathing.

Chronic Obstructive Lung Disease (COLD) is non-allergic nature inflammation of bronchi that is followed by bronchi narrowing causing in normal respiratory metabolism disorder. The main symptoms of COLD are cough with sputum and shortness of breath.

Multiple bronchiectasis is chronic disease that is followed by bronchi expansion in lower lungs and its suppuration. The main symptoms of multiple bronchiectasis are cough with purulent sputum, shortness of breath, pain in the chest. Among respiratory distress-syndrome it can be outlined an acute respiratory failure caused by serious lung injuries at any reason and effecting in pulmonary edema of non-coronary origin and labored breathing.

Thromboembolia of the Pulmonary Artery (PATE) is a disease when there is the embolism of the pulmonary artery by a blood clot (formed in great blood circulation circle) brought by bloodstock into the lungs' vessels. PATE's Patients mainly complain for a sudden chest pain, cough, shortness of breath, dizziness, heartbeat.

Pleurisy is a disease when the pleura inflammation happens (tunica conjunctiva that covers lungs). This disease is the result of many other respiratory illnesses. There are two types of pleurisy: dry and pericardial. The symptoms of pericardial pleurisy are heavy feeling in the chest, shortness of breath, cough. The reason is the accumulation of effusion within the pulmonary pleurae. In the case of dry pleurisy patients usually complain for the chest pain at the time of cough, while turning, subfebrile fever. The reason for these symptoms is the formation of the fibrin thread on the pulmonary pleurae.

Taking into consideration the fact that all the respiratory system illnesses are the most common ones, both for kids and for adults, its care and preventive treatment must be as clear and adequate as possible. In case of respiratory illness not being diagnosed in time, the sequences might be cures for a longer period resulting in therapy added complexity.

As for medical methods of therapy, they are used in complex. There include causal treatment (when medicine eliminate the cause of the illness), symptomatic therapy (when symptoms are eliminated) and supporting treatment which deals with recovering the functions being damaged during the illness. However, the treatment may be prescribed only by medical professional according to the results of complex investigation. In the majority of cases antibiotics are prescribed, which are effective against the particular etiologic agent.

References

1. http://medside.ru/bolezni-organov-dyihaniya
2. http://comp-doctor.ru/dyh/
3. Иванова Н.Н. Дыхательная система человека. Органы дыхательной системы/Медицина и развитие. 2000
4. Rathaur S., Sharma S., Singh R.N. Antibody responses of Wuchereria bancrofti patients to recombinant Brugi pahangi superoxide dismutase // Indian Journal of Experimental Biology, 2001. – C.35-40.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-4451-T-16799 Тезис

Наумова Е.И., Почечуева Т.М.

Otto Fritz Meyerhof und seine wichtigsten Entdeckungen

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

Eine der bedeutendsten Entdeckungen der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Entdeckung des gesetzmäßigen Zusammenhangs zwischen Sauerstoffverbrauch und Milchsäureumsatz in Muskeln. Im Jahre 1922 erhielten der deutsche Biochemiker Otto Meyerhof zusammen mit dem englischen Physiologen Archibald Hill den Nobelpreis für Physiologie und Medizin für seine Entdeckung.

Hill analysierte die Wärmeproduktion im Muskel, aber Meyerhof untersuchte mit chemischen Methoden den Sauerstoffverbrauch des Muskels und die Umsetzung von Kohlenhydraten in Milchsäure. Die Methode zur Abschätzung der Milchsäure im Muskel war schwer und erforderte etwa eine Woche. Meyerhof entwickelte selbst neue, Schnellmethode und so interessante Schlussfolgerung. Die Milchsäure unter anaeroben Bedingungen bildet sich aus dem Glykogen im Muskel und dass die Menge der gebildeten Milchsäure proportional zur Spannung im Muskel war.

Meyerhof führte auch den Begriff "Glykolyse" für den anaeroben Abbau von Glykogen in Milchsäure ein und demonstrierte zum ersten Mal die zyklische Natur von Energietransformationen in lebenden Zellen. Er legte fest, dass der Unterschied zwischen der Verbrennungswärme von Glykogen und Milchsäure 170 Kalorien pro Gramm Molekül beträgt. Seine Resultate wurden von Hopkins vollständig bestätigt. Diese Erfassung war schon fundamental.

1932 extrahierten Meyerhof und seine Kollegen Enzyme für die grundlegenden biochemischen Reaktionen, die bei der Umwandlung von Glycose in Milchsäure auftreten. Dieser grundlegende zelluläre Weg des Kohlenhydratstoffwechsels wird auch Embden-Meyerhof genannt.

Im Jahre 1946 hat er calciumaktivierte Enzym Adenosintriphosphatase in den Muskeln von Myosin teilweise getrennt. 1948 demonstrierte er in den Muskeln eine neue magnesiumaktivierte ATPase und band sie mit der mikrosomalen Fraktion der Zelle zusammen.

Ключевые слова: Otto Fritz Meyerhof, bedeutendsten Entdeckungen der ersten Hälfte des 19 Jahrhunderts

ID: 2018-03-3755-T-16800 Тезис

Исентаев А.А.

Die Rolle der jungen Gelehrten im Staat

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

Die jungen Wissenschaftler sind eine soziale Gruppe innerhalb der wissenschaftlichen Gesellschaft. Zu dieser Gruppe gehören Menschen nach zwei Kriterien: erstensist der professionelle Kompetenzbereich (die wissenschaftliche Stufe oder das wissenschaftliche Dienstalter), zweitensist das Alter (die Kandidaten der Wissenschaften bis zu 35 Jahren, des Doktors der Wissenschaften bis zu 45 Jahren).

Weltweit ist die Jugend eine aktive öffentliche Kraft und daher der strategischen Ressource der Entwicklung der Gesellschaft und dem Staat. Deshalb für die Überwindung der negativen Tendenzen und die Lösung der Probleme in der Wissenschaft und der Bildung wird die große Aufmerksamkeit den Problemen der jungen Gelehrten und der Lehrer gewidmet. Gerade das Verständnis des Wertes der jungen Gelehrten und der Wichtigkeit ihrer Rolle wie der Triebkraft der Entwicklung des Staates in der Zukunft wird diesem Staat den stabilen Fortschritt und das kulturelle Blühen gewährleisten.

In diesem Zusammenhang des Staates ist fertig, die ernste Unterstützung dem jungen Wissenschaftler zu leisten. So in der Hochschule ist das System der Erziehung der jungen Gelehrten von den ausgeprägten wissenschaftlichen Kollektiven geschaffen. Sie haben eine Möglichkeit, an verschiedenen Programmen der Unterstützung der Forschungen durch das System der Beihilfen und der Vorhabenprogramme zu beteiligen.

Heute haben viele junge Wissenschaftler den bedeutenden Beitrag an die Entwicklung verschiedener Sphären der Wissenschaftsowie für die Entwicklung der Proben der neuen Technik und die fortschrittlichsten Technologien, die innovative Entwicklung aller Branchen des Landes.

Ключевые слова: der jungen Gelehrten, Die Rolle, der wissenschaftlichen Gesellschaft

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-2076-T-16803 Тезис

Безногова Е.А., Воржева М.П.

Die Entdeckung des Cholesterins

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

Konrad Bloch begann 1930 mit dem Studium der Chemie an der Technischen Hochschule München, wo er sich bald der organischen Chemie zuwandte. Nach dem Diplom musste er wegen nationalsozialistischer Verfolgung 1934 Deutschland verlassen. Dann fand er Arbeit am Schweizerischen Forschungsinstitut in Davos. Ab 1954 bis zu 1982 war er der erste Besitzer des Lehrstuhls der Biochemie der Universität Garwardski in Cambridge. Im Jahre 1955 war er in die Amerikanische Akademie der Künste und der Wissenschaften gewählt. Bloch konnte in seiner Arbeit über die Regulierung des Cholesterin-und Fettsäure-Stoffwechsels den Vorgangidentifizieren, bei dem im menschlichen Körper Fettsäure zu Cholesterin umgewandelt wird.

Zwischen 1930 und 1934 studierte Feodor Lynen Chemie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Ab 1972 bis zu 1979 war Lynen Direktor der Abteilung Enzymchemie und Stoffwechsel, von 1974 bis zu1976 „Geschäftsführender Direktor“ des Max-Planck-Instituts für Biochemie in Martinsried bei München.1951 gelang ihm die Isolierungaktivierter Essigsäureaus Hefezellen, 1958 identifizierte er Isopentenylpyrophosphat als Baustein der Terpene und des Cholesterins.

Für seine Arbeiten über den Mechanismus und die Regulierung des Cholesterin- und Fettsäurestoffwechsels bekam Lynen 1964 zusammen mit Konrad Bloch den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin. Durch die Forschung der bei den Wissenschaftlern wurden nennenswerte Grundlagen für Therapien gegen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und für cholesterinsenkende Medikamente gelegt. Mit der Isolierung der „aktivierten Essigsäure“ stellte er die Grundlage zur klinischen Erforschung von Fettstoffwechselstörungen etwa bei Diabetes.

Ключевые слова: Cholesterins, Konrad Bloch, Feodor Lynen

ID: 2018-03-4451-A-16805 Краткое сообщение

Rubizova A., Zhdanova D., Kovalenko V.

General issues of respiratory tract diseases

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Abstract

The article is devoted to the analysis of most common respiratory diseases, importance of their study and negative factors that affect the activity of respiratory system. Also the article states necessary steps of diagnosis of respiratory diseases and treatment by way of medicine for better results.

Keywords: respiratory diseases, symptoms, asthma, pneumonia, chronic

The role of the respiratory tract in a human body is very important, because lungs fill the whole body with oxygen, and this is the reason why people live. The relevance of this study is of high value, because according to the statistics respiratory diseases occupy the third place after oncology and diseases of the cardiovascular system.

Nowadays, when the air is polluted with harmful wastes, hazardous industry and many other factors negatively affect the environment and, as the result, activity of the respiratory system. Scientists came to the conclusion that people who have been smoking for more than ten years caused severe damage to their body, especially lungs, which have a tendency to develop various diseases and infections due to harmful effects.

All respiratory diseases have unpleasant symptoms and dangerous consequences. The most common respiratory diseases are acute respiratory infections, found in both adults and children. Let us consider some of them.

More than 10 million people suffer from chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This is a respiratory disease associated with the chronic bronchitis, which is often caused by infections and smoking. The main symptoms of the disease are daily cough, chronic sputum, torturous dyspnea, persistent bronchitis. The disease manifests itself in a mild form, not accompanied by obvious symptoms. Then moderate and severe stages develop, accompanied by a significant deterioration in health. Later, permanent changes can occur in case of the absence of treatment.

Bronchial asthma that equally affects both adults and children is the next in the frequency of extension among diseases of respiratory system. The causes of the disease are bad ecological environment, professional activity, malnutrition, infection, stress, alcohol, genetic predisposition, etc.

Particularly, it is worth mentioning exogenous bronchial asthma, which develops as a result of the influence of an allergen in the form of animal hairs, pollen, and mold fungi. The disease manifests itself in labored respiration with whistling and wheezing, shortness of breath, and paroxysmal cough. In the process of bronchiectasis development, bronchi dilate, sputum stagnates and breaks the lung tissue. The main symptoms of it are full breath and partial exhalation. The patient, who suffers from the disease, tries to pump more and more air with each breath, the lungs become full and their cells break as the air does not come back.

The failure in the gene of the cystic fibrosis transmembrane regulator causes a disease – cystic fibrosis, occurring in more than 5% of people. This defect is inherited. The main symptom of the disease is mucus secretion, which causes very unpleasant consequences.

Pneumonia is one of the most frequent and dangerous consequences of ingress of pathogens. This disease is caused by gram-positive and gram-negative microorganisms, mycoplasma, viruses, and fungi. Pneumonia is very dangerous and unpredictable, as it can quickly cause death.

Each disease of the respiratory system has its own peculiarities and differences. However, there are general symptoms that signal abnormalities in these organs:

- Shortness of breath: objective, subjective, pathological, physiological, severe;
- Cough: non-productive (dry), productive (wet), chronic;
- Hemoptysis: as a result of diseases of respiratory system or pathology of cardiovascular system;
- Pain: all diseases of respiratory system are accompanied by pains that have a different nature and duration depending on the act of breathing, body position, etc.

All of the above-mentioned symptoms can be associated with respiratory diseases, but their cause cannot be determined without diagnosis. Therefore, when such symptoms appear, it is necessary to undergo a series of examinations in a medical institution. In such cases, self-medication is strictly forbidden.

Respiratory diseases are severe and require careful diagnosis on the initial stage include the following steps:

- examination of chest for the presence and localization of protuberances, listening to the patient's breath, determining its rhythmicity, frequency, depth;
- palpation reveals the power of vocal tremor, strengthened with pneumonia and weakened with pleurisy;
- assessment of breathing during auscultation, determination of wheezing;
- instrumental diagnostics;
- laboratory diagnostics.

Respiratory diseases are treated with the use of medications, treatment procedures and lifestyle adjustments, most often in a hospital under the supervision of physicians.

References

1. Бабаян М. Л. Часто болеющие дети: проблемы терапии острых респираторных инфекций у детей// Медицинский совет. - 2014. - № 14. - С. 11-13.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

2. Горностаева Ю. А. Подходы к лечению инфекций верхних дыхательных путей у пациентов с аллергопатологией// Медицинский совет. - 2015. - № 7. - С. 64-67.
3. Данилова М. А. Комплексный подход к лечению детей дошкольного возраста с нарушением носового дыхания// Стоматология. - 2015. - № 5. - С. 58-60.
4. Дыхание. Техника исследования и наблюдение// Медицинская сестра. - 2015. - № 8. - С. 26-27.
5. Зайцева О. В. Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли предупредить?// Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2015. - № 2. - С. 185-192.
6. Сологуб Т.В. Интерферон-гамма в терапии гриппа и других респираторных вирусных инфекций// Медицинский совет. - 2015. - № 7. - С. 54-58.
7. Краснова Е.И. Кашель у детей с острой респираторной инфекцией: когда назначать муколитики?// Лечащий врач. - 2015. - № 9. - С. 42-46.
8. Овсянникова Е.М. Кашель. Что делать, как помочь?// Медицинский совет. - 2015. - № 6. - С. 30-33.
9. Колосова Н. Г. Диагностика и лечение кашля у детей// Лечащий врач. - 2015. - № 10. - С. 23-26.

ID: 2018-03-4451-T-16806 Тезис

Тараскин А.А.

Die jungen Wissenschaftler und seine Perspektive in der Zukunft

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

In den letzten Jahren geht die Jugend nach Hochschulen in die wissenschaftliche Sphäre immer seltener, denn es wird angenommen, dass das Geld nicht da ist, und alle Plätze sind besetzt von namhaften Wissenschaftlern mit einer beeindruckenden Erfolgsbilanz. Zum Glück bröckelt das etablierte Klischee dank der aktiven Beteiligung der Länder bei der Förderung und Entwicklung fortschrittlicher Bereiche der Wissenschaft wie synthetische Biologie kollabiert, Bionik, Cognitive Wirtschaft, Settleretika und viele andere. Um bekannt als Gelehrte zu machen muss man an wissenschaftlichen Konferenzen für junge Wissenschaftler teilnehmen.

Die Teilnahme an internationalen wissenschaftlichen Konferenzen für junge Wissenschaftler gibt jedem Teilnehmer die Möglichkeit, ein Zuschuss zu bekommen und alle notwendigen Ressourcen für neue Entdeckungen und Errungenschaften, von denen in der einen oder anderen wissenschaftlichen Bereich ein Durchbruch sind. Die Förderung von jungen Wissenschaftlern seiner Ideen, Pläne, Studien regt jeder Staat auf Schritte zur Erhöhung der Zahl der großen Laboratorien, Schutz des geistigen Eigentums und die Bereitstellung der besten Bedingungen zu erhöhen.

Ключевые слова: Perspektive, Zukunft, jungen Wissenschaftler

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-4017-T-16830 Тезис

Корнельзен Д.А., Заболотная С.Г.

Фармацевтическая терминология в языковой картине мира англичан

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, кафедра иностранных языков

Любой язык является отражением общего представления говорящих на нем людей о том, как устроен окружающий их мир. В языке отражаются результаты практического, художественного, научного познания мира человеком. Так, например, в языковой картине мира англичан – “pharmacy – 1. a shop or a part of a shop where medicines are prepared and sold. 2. The study or practice of preparing drugs and medicines”. В русскоязычной картине мира – «фармация» – не аптека, а область научных знаний и практической деятельности, занимающаяся исследованием, изготовлением, стандартизацией, хранением и отпуском лекарственных средств. Следовательно, картина мира разных народов по-разному категоризирует одни и те же предметные ситуации, т.е. каждый народ по-своему видит окружающую действительность, что и отражается в языке, формируя языковую картину мира. Являясь посредником между самим человеком и окружающей реальностью, языковая картина мира не проводит внешних границ между терминологией и остальной лексикой языка. С одной стороны, некоторые слова бытового языка могут стать терминами, с другой стороны, некоторые термины, попадая в обиходную речь, перестают быть таковыми. Следовательно, в обиходной речи употребляются не термины, а лишь их «звуковые оболочки», с весьма расплывчатым и приблизительным значением, далеким от научных понятий.

Таким образом, необходимо отметить, что с одной стороны, каждый человек формирует куртину мира в ходе своих контактов с окружающей действительностью. С другой стороны, картина мира оказывает свое влияние на восприятие человеком реальности и определяет характерную особенность его деятельности, в том числе и речевой. Языковая картина мира сочетает в себе одновременно как субъективное, так и объективное.

Ключевые слова: фармацевтическая терминология, фармация, языковая картина мира, фармация, язык, термины

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

Лечебная физкультура и спортивная медицина

ID: 2018-03-4343-T-16810 Тезис

Мамедова Э.И., Журиленко Д.М.

Физическая культура и спорт в жизни студента медицинского университета: дань моде или дань здоровью?

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: Мелехов Я.П.

Актуальность. Еще в школе в нас заложили принципы здорового образа жизни и знания о пользе спорта и физической культуры. Тем не менее, как следует из данных литературы, включая исследования ВОЗ, в современных условиях уровень физической активности двух третей взрослого населения не достигает рекомендуемых значений. Принимая за аксиому тот факт, что будущие медицинские работники должны подготовить себя к высоким нагрузкам нельзя не говорить об отношении студентов медиков к физической культуре.

Цель: выявление отношения студентов медицинского университета к физической культуре и спорту.

Задачи: анализ литературных данных по проблеме физического воспитания в студенческой среде медицинских ВУЗов, анкетирование студентов 2,3,4 курсов лечебного факультета.

Материал и методы: обзор литературных источников по данной проблеме, анкетирование среди 90 студентов 2, 3, 4 курсов.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выяснено, что 40% опрошенных учитывают соотношение белков, жиров, углеводов в рационе питания в соответствии с нагрузками, 40% - стараются придерживаться норм, 20% - не обращают на это внимание и могут позволить себе питание фаст-фудом. 50% - регулярно занимаются в спорт зале, 30% - занимаются дома, 20% - не занимаются вовсе. 60% опрошенных считают, что спорт – это, прежде всего, польза для организма, 30% - мода, 10% - залог успеха. На вопрос о просмотре аккаунтов спортивных блогеров ответы распределились следующим образом: 30% - приятно смотреть такие аккаунты, 40% - считают, что это реклама моды, 20% - пропускают такие аккаунты. В вопросе о значении спорта в жизни студентов были получены следущие результаты: 70% считают, что это профилактика для здоровья, 30% занимаются спортом, т.к. не довольны своими формами.

Выводы. Приоритетная задача преподавателей медицинского университета – непрерывное повышение качества знаний студентов в области укрепления и сохранения здоровья населения через профилактику.

Ключевые слова: спорт, физическая культура, мода, здоровье, студенты

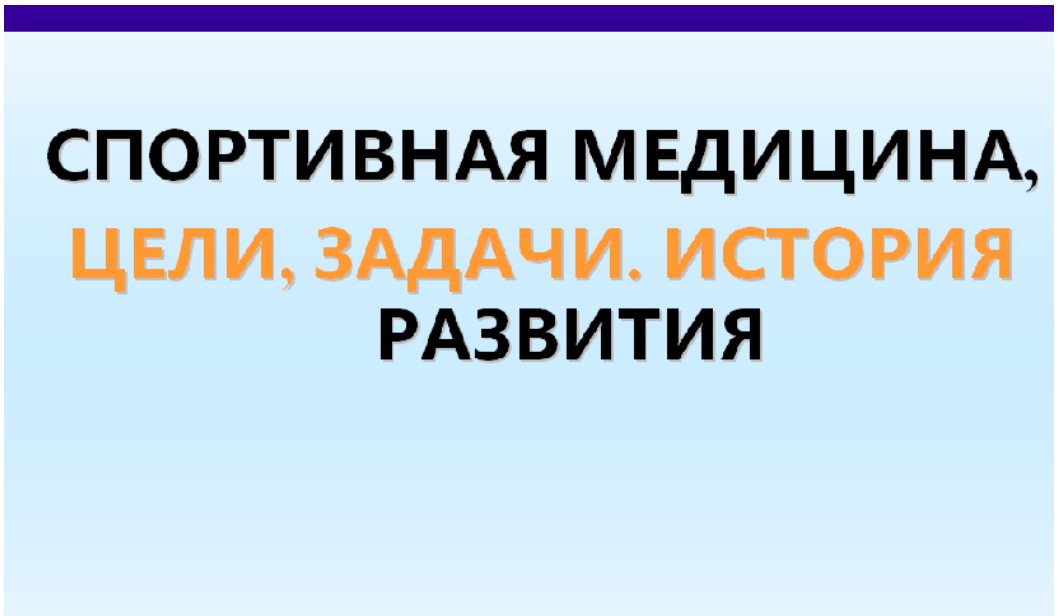
 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-4343-T-16832 Тезис

Пчелинцева Я.

Спортивная медицина

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



Презентация доступна по ссылке: https://medconfer.com/files/authors/139948/konferenciya_fiz-ra_pchelinceva.ppt

Ключевые слова: физкультура, медицина, спорт, лечебная, реабилитация

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

Лучевая диагностика и лучевая терапия

ID: 2018-03-2467-T-16797 Тезис

Щелокова Е.М.

Лучевые методы диагностики при опухолевом увеличении вилочковой железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

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

Актуальность. Для исследования поражения вилочковой железы используются методы рентгендиагностики: полипозиционная рентгеноскопия, рентгенография. В структуре новообразований средостения органоспецифические опухоли и кисты вилочковой железы занимают по частоте 5-е место и составляют более 12%.

Цель исследования: изучить возможности рентгенологического метода исследования в дифференциальной диагностике кист и опухолей вилочковой железы.

Материал и методы: анализ рентгенограмм с помощью полипозиционной рентгеноскопии и рентгенографии.

Результаты. При рентгеноскопии кисту можно отдифференцировать от опухоли экскурсионным движением грудной клетки.

Вывод. Комплексное применение исследования позволяет в полном объеме оценить субстрат заболевания, динамику, тактику лечения.

Ключевые слова: лучевые методы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-1658-T-16798 Тезис

Винокурова П.И.

Диагностические возможности ирригоскопии при осложненном дивертикулезе сигмовидной кишки

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность изучения проблемы диагностики дивертикулеза сигмовидной кишки обусловлена высокой частотой встречаемости данной патологии, занимающей пятое место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта и высоким процентом осложнений (10-30%).

Цель исследования: уточнить возможности ирригоскопии для диагностики осложнений дивертикулеза сигмовидной кишки.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ историй болезни 50 пациентов с дивертикулезом сигмовидной кишки, находившихся на лечении в клинической больнице им. С.Р. Миротворцева СГМУ. Всем пациентам проводилась ирригоскопия на аппарате Apelem DX – 90.

Результаты. Установлено, что из общего числа пациентов в 22 случаях (44%) были выявлены осложнения – в 100% дивертикулит и в 32% (7 чел.) перфорация.

Задержка контраста в дивертикуле встречалась в 100% (15 чел.) случаев у больных с дивертикулитом без перфорации и в 100% (7чел.) у больных с перфорацией. Были выявлены отличия по размерам дивертикулов: до 0,5 см. без перфорации у 73% (11 из 15 чел.), с перфорацией у 28,5% (2 из 7 чел.); свыше 0,5 см. без перфорации у 27% (4 из 15 чел.) и с перфорацией у 71% (5 из 7 чел.). Инфильтрация в зоне дивертикулов при рентгенопальпации у пациентов без перфорации встречалась в 7% (1 из 15 чел.), у пациентов с перфорацией в 86% (6 из 7 чел.). Затек контраста за пределы сигмовидной кишки не зарегистрирован у пациентов без перфорации и у 71% (5 из7 чел.) при перфорации. Наличие пузырьков газа в мягких тканях вблизи сигмовидной кишки не встречалось у больных без перфорации и у 86% (6 из 7 чел.) с перфорацией. У больных без перфорации сужение сигмовидной кишки было непостоянное и симметричное в 40% случаев (6 из 15 чел.) и обусловлено спазмом стенки кишки; у остальных 60% (9 из 15 чел.) сужения не наблюдалось. У больных с перфорацией сужение стенки сигмовидной кишки наблюдалось в 100% (7 из 7 чел.), при этом было постоянное и ассиметричное, за счет сдавления инфильтратом извне.

Заключение. Таким образом, ирригоскопия является достаточно информативным методом диагностики осложнений при дивертикулезе сигмовидной кишки и позволяет уточнить характер этих осложнений, что определяет дальнейшую лечебную тактику.

Ключевые слова: ирригоскопия при осложненном дивертикулезе сигмы

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-2467-T-16804 Тезис

Сергиенко М.В.

Рентгеновская маммография и ультразвуковое исследование в диагностике непальпируемых форм рака молочной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: Климашин Д.Ф.

Актуальность. Рак молочной железы(РМЖ) является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения, что связано со значительным ростом заболеваемости данной патологии во всем мире. Несмотря на достижения в диагностике и лечении рака молочной железы, снижение смертности от данной патологии не отмечается. Ведущими в диагностике образований молочной железы остаются рентгеновская маммография(РМ) и ультразвуковое исследование(УЗИ). На сегодняшний день маммография является «золотым стандартом» диагностики заболеваний молочных желез. Целью маммографии является снижение смертности путем выявления ранних стадий рака молочной железы.

Цель и задачи: определить достоинства и возможности РМ и УЗИ в диагностике непальпируемых форм РМЖ на основании комплексного клинико-инструментального исследования.

Материал и методы. В работе, представлен результат ретроспективного анализа диагностики 11 пациенток с диагнозом РМЖ. У всех пациенток пальпаторно не выявлялись очаговые образования молочной железы. Проведено сравнение рентгенологического и ультразвукового методов в диагностике как злокачественных, так и доброкачественных очаговых образований молочной железы. При этом некоторые признаки выявлялись одинаково достоверно обоими методами, а некоторые получали надежное отображение только рентгенологически или только эхографически.

Результаты. Из 11 пациенток, при проведении РМ очаговые патологические образования были обнаружены у всех обследуемых. Подозрение на злокачественное образование выдвинуто в 63,6% (7 пациенток) случаев. При этом эхографически подозрение на злокачественное образование только у 54,54% (6 пациенток). У 2 пациенток, у которых при РМ не было признаков злокачественного образования, при ультразвуковом обследовании было выдвинуто подозрение на злокачественное образование. В 3 наблюдениях при УЗИ не было признаков злокачественного образования, при РМ было выдвинуто подозрение на злокачественное образование. В 2 случаях было использовано клиническое понятие « очаговое образование молочной железы», которое не верифицировалось данными методами. Совпадение результатов сравниваемых методов при подозрении на злокачественное образование составило 36,36% (4 пациентки). Окончательный клинический диагноз был подтвержден гистологически. Данные гистологического исследования в 1 наблюдении (9,09%) подтвердили отсутствие очаговых патологических образований молочных желез. В 1 случае (9,09%) дали заключение о наличии доброкачественного образования.

Выводы:

1) РМ и УЗИ, взаимно дополняя друг друга, дают объективную информацию и возможность верифицировать очаговые образования молочной железы на этапе неинвазивного обследования.
2) В диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований молочной железы РМ и УЗИ не имеют решающих преимуществ одно перед другим.

Ключевые слова: маммография, ультразвуковое исследование, рак молочной железы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-25-T-16811 Тезис

Мусаев А.И.

Особенности рентгенодиагностики травматического эпифизеолиза

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Кондратьева О.А.

Актуальность. Эпифизеолиз – нарушение целости кости в несозревшем скелете, которое проходит полностью или частично по эпифизарной пластинке роста. Удельный вес эпифизеолизов среди всех повреждений костей и суставов в детском возрасте достаточно велик. Важным рентгенологическим признаком остеоэпифизеолиза является щель, идущая от эпифизарного хряща чаще в направлении метафиза, реже — эпифиза. В случаях отсутствия выраженного смещения периферического костно-хрящевого фрагмента достоверными признаками травматического эпифизеолиза считаются наличие на рентгенограмме неравномерно расширенной эпифизарной щели.

Различия в исходах связаны с глубиной повреждения эпифизарного хряща, особенно его слоев, активно участвующих в процессах роста. Укорочения, как и удлинения конечностей, у детей после перенесенных эпифизеолизов могут зависеть от тяжести травмы и характера повреждения росткового хряща, и от функциональной активности всей пострадавшей зоны, а также правильного выбора метода первичной репозиции и лечения ребенка на всех этапах.

Цель: оценка информативности рентгенологического исследования в диагностике травматического эпифизеолиза у детей.

Материал и методы. Проанализированы результаты 50 клинико-рентгенологического исследования детей, поступивших в травмпункт по поводу травматического эпифизеолиза. Всем пациентам выполнялись рентгенографические исследования костей в прямой и боковой проекциях.

Результаты. Проанализировав клинико-рентгенологические данные детей с повреждениями эпиметафизарных отделов конечностей (верхних — 76,0 %, нижних — 24,0 %). Повреждения плечевой кости наблюдались в 43,2 % случаев. Повреждения предплечья составляют 32,8. В области бедренной кости повреждения зон роста наблюдались у 5,1 % пациентов. Повреждения зон роста костей голени наблюдались у 18,8 %.

Выводы. Рентгенологическое исследование должно быть основным методом диагностики травматических эпифизеолизов у детей. Оно позволяет выявить наличия перелома, определить механизм его возникновения, наличие или отсутствие смещения отломков.

Ключевые слова: эпифизеолиз

ID: 2018-03-8-T-16812 Тезис

Новикова Э.В., Новикова Н.Н.

Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике конкрементов и полипов желчного пузыря

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность. Полипы и особенно конкременты желчного пузыря часто встречаются при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и нередко требуют проведения дифференциальной диагностики для определения дальнейшей тактики лечения.

Цель исследования: анализ результатов УЗИ при конкрементах и полипах желчного пузыря с выделением общих и дифференциально-диагностических признаков.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни и результатов УЗИ органов брюшной полости у 178 пациентов, поступивших в ГУЗ СО «Марксовская» РБ с клиническим подозрением на желчекаменную болезнь. Всем пациентам проводилось УЗИ органов брюшной полости в В-режиме конвексным датчиком с частотой 3.5-5 МГц на аппаратах SonoScape SSI-6000 и Mindray DC-N6. Критерием точности диагностических данных послужили результаты операции у 69 пациентов.

Результаты. Для сравнения результатов УЗИ было отобрано 50 пациентов с полипами желчного пузыря (П) и 50 с конкрементами желчного пузыря (К). Сравнительный анализ полученных данных показал следующее. Общими признаками, которые давали основания для проведения дифференциальной диагностики, являлись: высокая эхогенность образований (К в 92% случаев, П в 76%), однородность структуры (П в 100%, К в 78%), округло-овальная форма (П в 86%, К в 80%). Дифференциально-диагностическими признаками, которые отличали конкременты от полипов, были: стойкая акустическая тень (К в 96%, П в 0%), смещаемость при изменении положения тела (К в 90%, П в 0%), размеры до 10 мм (К в 40%, П в 87%), связь со стенкой желчного пузыря (К в 2%, П в 100%).

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование является достаточно информативным при выявлении конкрементов и полипов желчного пузыря, которые имеют много как общих, так и отличительных ультразвуковые признаков, позволяющих произвести их дифференциальную диагностику.

Ключевые слова: УЗД полипов и конкрементов желчного пузыря

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-3928-T-16815 Тезис

Котова Е.В., Шитухина Е.В.

Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Двоенко О.Г.

Актуальность. Очаговые образования щитовидной железы различной природы характеризуются схожими признаками, что затрудняет проведение дифференциальной диагностики. Раннее обнаружение и морфологическая верификация патологии важны для прогноза заболевания, трудовой и социальной реабилитации.

Цель исследования: определение дифференциально-диагностических признаков очаговой патологии щитовидной железы различной природы.

Материал и методы. Ультразвуковое исследование проводилось на базе Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ на аппарате Philips HD 11 XE, в В-режиме, с применением ЦДК. Обследовано 50 пациентов с подтвержденным диагнозом по данным тонкоигольной аспирационной биопсии под УЗИ контролем.

Результаты. У обследуемых пациентов были обнаружены очаговые образования щитовидной железы (ЩЖ) размерами от 15 до 36 мм. При морфологическом исследовании в 31 случае (62%) был выявлен узловой коллоидный зоб (УКЗ), в 13 случаях (26%) — аденома, в 4 (8%) — папиллярный рак (ПР), в 2 (4%) — фолликулярный рак (ФР). В В-режиме выявлены следующие эхографические признаки УКЗ: в 21 случае (68%) — изоэхогенное образование с гипоэхогенным ободком, в 10 (32%) — гиперэхогенное, в 14 (45%) — неоднородной структуры за счет наличия жидкостного компонента. У пациентов с аденомой ЩЖ в 9 случаях (70%) определяется однородное гиперэхогенное образование, у 4 человек (30%) — неоднородное образование смешанной эхогенности. При ПР в 4 случаях (100%) визуализировалось гипоэхогенное образование с гиперэхогенными включениями, с ровными нечеткими контурами. При ФР у 2 пациентов (100%) — гиперэхогенное образование однородной структуры с нечетким неровным контуром. Диффузное увеличение объема щитовидной железы регистрировалось при УКЗ в 25 случаях (81%), при аденоме ЩЖ — в 4 (31%), при ПР — в 3 (75%), при ФР - 0.

Выводы. УЗИ является простым и информативным методом исследования, позволяющим выявить очаговые образования щитовидной железы и провести их дифференциальную диагностику.

Ключевые слова: УЗД образований щитовидной железы

ID: 2018-03-1276-T-16817 Тезис

Казаногина М.Н., Курсаченко А.С., Умаров Д.С-Х.

Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике хронического простатита и аденомы предстательной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Двоенко О.Г.

Актуальность. Хронический простатит и аденома простаты часто встречаются при ультразвуковом исследовании (УЗИ) у мужчин за 40-45 лет и нередко требуют проведения дифференциальной диагностики для определения дальнейшей тактики лечения.

Цель исследования: анализ результатов УЗИ при хроническом простатите и аденоме предстательной железы с выявлением общих и дифференциально-диагностических признаков.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни и результатов УЗИ предстательной железы у 123 пациентов, обратившихся в КБ им. С.Р.Миротворцева СГМУ с клиническим подозрением на ДГПЖ и на профилактический медицинский осмотр. Всем пациентам проводилось УЗИ предстательной железы в В-режиме конвексным датчиком с частотой 3.5-5 МГц на аппарате Philips XE 11. Критерием точности диагностических данных послужили результаты операции у 42 пациентов.

Результаты. Для сравнения результатов УЗИ было отобрано 30 пациентов с хроническим простатитом (ХП) и 30 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Сравнительный анализ полученных данных показал следующее. Общими признаками, которые давали основания для проведения дифференциальной диагностики, являлись: повышение эхогенности предстательной железы (ХП в 89% случаев, ДГПЖ в 95 %), однородность структуры (ХП в 59%, ДГПЖ в 78%), сохранение симметрии железы (ХП в 100%, ДГПЖ в 99%), ровные контуры (ХП в 85%, ДГПЖ в 88%). Дифференциально-диагностическими признаками, которые отличали хронический простатит и аденому простаты, были: увеличение размеров предстательной железы (ХП в 5%, ДГПЖ в 98%), изменение формы – округлая (ХП в 0%, ДГПЖ в 99%), остаточная моча (ХП в 5%, ДГПЖ в 96%).

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование является достаточно информативным при дифференциальной диагностике хронического простатита и аденомы предстательной железы, которые имеют много как общих, так и отличительных ультразвуковые признаков.

Ключевые слова: УЗД хронического простатита и аденомы предстательной железы

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-1749-T-16824 Тезис

Гусаров Ю.В., Гусаров В.В.

Установление рентгенологических особенностей туберкулеза легких нетипичной локализации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность. Туберкулез легких (ТБЛ) остается одним из тяжелых инфекционных заболеваний. Наряду с часто встречающимися локализациями ТБЛ, встречаются нетипичные места расположения, что затрудняет диагностику.

Цель: выявление рентгенологических признаков ТБЛ нетипичной локализации и определение их особенностей по сравнению с ТБЛ типичной локализации.

Материал и методы. Проанализировано 79 пациентов в возрасте 32-44 лет, находившихся на базе Туберкулезной больницы ФКУЗ МСЧ64 ФСИН России. Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, линейная томография легких на рентгеновском диагностическом аппарате «Диаком». Компьютерная томография проводилась на базе ГУЗ «ОКБ» на аппарате Optima CT 660.

Результаты. При уточнении локализации ТБЛ оказалось, что типичное расположение в S1S2S6 наблюдалось в 71 случае (89,9%). Среди ТВС легких нетипичной локализации наиболее часто отмечалось расположение в S8S9S10 – в 3 случаях (3,8%). С одинаковой частотой ТБЛ локализовался в S_{ax} – в 2 случаях (2,5%) и S4S5 – в 2 случаях (2,5%). В 1 случае (1,2%) патологический процесс располагался в дополнительной доле v. azygos. При уточнении формы ТБЛ нетипичного расположения чаще всего встречался инфильтративный туберкулез - в 5 случаях из 8 (62,5%). Наиболее часто данная форма ТВС легких локализовалась в S_{ax} – 2 случая (40%), с одинаковой частотой в дополнительной доле v. azygos – 1 случай (20%), в S4S5 – 1 случай (20%), в S8S9S10 – 1 случай (20%). Очаговый туберкулез встречается реже – в 2 случаях из 8 (25%). С одинаковой частотой данная форма ТБЛ локализовалась в S4S5 – 1 случай (50%) и в S8S9S10 – 1 случай (50%). При ТБЛ нетипичного расположения туберкулема встретилась реже всего – 1 случай из 8 (12,5%) – с локализацией в S8S9S10 – 1 случай (100%). При установлении формы ТБЛ типичной локализации в S_{1S2S6} были выявлены: 28 случаев инфильтративного туберкулеза (40%), 12 случаев очагового туберкулеза (17%), 1 случай туберкулемы (1%), 30 случаев других форм туберкулеза (42%). Без существенной разницы показателей рентгенсемиотика нетипичной локализации не отличилась от типичной. При анализе историй болезни пациентов с ТВС легких нетипичной локализации длительность лечения чаще всего составляла более 24 месяцев – 7 случаев из 8 (87,5%). Реже длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 1 случай из 8 (12,5%). Для пациентов с ТБЛ типичной локализации в S1S2S6 чаще всего длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 45 случаев из 71 (63%). В 26 случае из 71 (37%) наблюдался переход в другие формы туберкулеза.

Вывод. При рентгенологическом исследовании пациентов с ТБЛ не удалось установить признаки более характерные для нетипичной локализации. При нетипичной локализации чаще встречается инфильтративная форма ТВС, реже очаговая форма. Сроки лечения при нетипичной локализации были длиннее по сравнению с типичной локализацией ТБЛ.

Ключевые слова: рентгенография легких

ID: 2018-03-24-T-16833 Тезис

Синицына Е.Ю.

Диагностические возможности КТ-ангиографии при аневризмах сосудов головного мозга

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность. КТ-ангиография - метод, позволяющий неинвазивно и с высокой точностью оценить сосудистые структуры на большом протяжении. Это метод выбора при острой сосудистой патологии: аневризма, расслоение аорты, ТЭЛА. Смертность при разрыве аневризмы составляет около 65%, в связи с чем своевременное выявление этой жизнеугрожающей патологии является крайне важным для предупреждения фатальных последствий.

Цель исследования: оценка информативности метода КТ-ангиографии при аневризмах сосудов головного мозга.

Материал и методы. Проведен анализ 17 историй болезни и результатов КТ-ангиографии головного мозга пациентов ГУЗ «ОКБ» с аневризмой головного мозга. КТ-ангиография головного мозга проводилась на компьютерном томографе Optima CT 660. Внутривенное усиление - препарат Омнипак.

Результаты. Анализ клинико-диагностических данных показал единообразие аневризм головного мозга по форме-мешотчатые и по количеству камер-однокамерные. По размерам: у 1 пациента-большая (17х12 мм) аневризма; в остальных случаях-обычного (4-15 мм) размера; милиарных и гигантских размеров не наблюдалось. Самая частая локализация образований- передняя мозговая, передняя соединительная артерии (53%), что совпадает с литературными данными (45%). У одного больного зафиксирована редкая локализация аневризмы- в вертебро-базилярной системе. Множественные аневризмы (левой-10х7 мм и правой- 3,2х2,5 внутренних сонных артерий) у одного пациента. У остальных больных-аневризмы внутренней сонной и средней мозговой артерий.

Выводы. Таким образом, КТ-ангиография головного мозга должна быть основным методом диагностики церебральных аневризм. Высокая информативность КТ головного мозга, прогностическая значимость получаемых результатов и быстрота исследования делают этот метод обязательным при обследовании больных с подозрением на наличие или разрыв внутричерепных аневризм.

Ключевые слова: КТ-ангиография, аневризма

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-24-T-16839 Тезис

Хусаинова Э.Ш., Хусаинова М.А.

Возможности ультразвуковой диагностики при гемангиомах печени

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность. Гемангиомы − наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли печени, при этом необходима их ранняя диагностика на доклинической стадии развития, т.к. клиническая стадия свидетельствует о больших размерах гемангиомы, что опасно развитием осложнений.

Цель: оценить информативность ультразвукового исследования при диагностике гемангиом печени.

Задачи: изучить симптомы гемангиом печени при ультразвуковом исследовании, выявить пациентов с гемангиомой печени, определить характеристики гемангиом в зависимости от их размеров, провести анализ результатов ультразвукового исследования.

Материал и методы. Проведен анализ результатов ультразвукового исследования 10 пациентов (0,127% от всего населения р.п. Дергачи) с гемангиомой печени, поступивших в ГУЗ СО «Дергачевская РБ». Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Mindray DC-7.

Результаты. Анализу были подвергнуты пациенты с капиллярным типом гемангиомы. Проведено сравнение симптомов гемангиомы, в зависимости от ее размеров.

Гемангиом капиллярного типа, размерами до 4 см (малые) у 5 пациентов и более 4 см (средние и большие) у 5 пациентов обладают следующими сходными симптомами: во всех случаях у них отмечались: повышенная эхогенность, локализация преимущественно в правой доле печени (у 9 пациентов, у 1 пациента – в левой доле печени), отсутствие эффекта дорсального усиления.

Отличительными признаками при малых размерах были: гомогенная структура, четкие и ровные контуры, отсутствие васкуляризации, случайное выявление. В случаях средних и больших размеров: гетерогенная структура, эхогенность повышена (при этом могут быть участки сниженной эхогенности), контуры могут быть четкие и ровные или неровные, может присутствовать васкуляризация, выявление целенаправленное (при появлении жалоб, после физикального осмотра).

Выводы: ультразвуковой метод обладает достаточной информативностью при диагностике кавернозного типа гемангиом печени различных размеров.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика гемангиом печени

ID: 2018-03-2467-T-16940 Тезис

Заболотнева О.С.

Дифференциальная рентгенодиагностика рака и фибромы гортани

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.

Актуальность. Рак гортани занимает первое место среди злокачественных опухолей головы и шеи, его первичная диагностика зачастую затруднена и имеет важное значение для назначения адекватного лечения и, тем самым, повышения шансов пациента на частичное или полное выздоровление, либо улучшение качества жизни.

Цель исследования: изучение возможностей комплексного рентгенологического исследования (РИ) в дифференциальной диагностике рака (РГ) и фибромы (ФГ) гортани.

Проведён анализ историй болезни и результатов рентгенологического исследования гортани 12 пациентов, находившихся на лечении в Клинической больнице им. С.Р. Миротворцева с окончательным диагнозом рак гортани (6) и с фиброма гортани (6). Всем пациентам проводились: рентгенография (РГ) шеи в прямой и боковой проекциях, рентгеновская томография (РТГ) гортани и рентгеновская компьютерная томография (РКТ) шеи.

Выводы. Комплексное РИ даёт достаточно сведений, позволяющих выявить объёмное образование гортани, найти общие и дифференциально-диагностические признаки злокачественных и доброкачественных опухолей гортани, поэтому является одним из важных диагностических методов для назначения пациентам адекватного лечения.

Ключевые слова: рентгенодиагностика, рак гортани, фиброма

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Медико-профилактические науки

ID: 2018-03-977-T-16818 Тезис

Саргсян С.А.

Изучение динамики заболеваемости гриппом в Саратовской области за 2002 – 2016 годы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эпидемиологии

Для изучения динамики заболеваемости гриппом в Саратовской области, ее характера и тенденции за 2002 – 2016 годы нами были изучены официальные статистические данные, опубликованные в государственных докладах за указанные годы «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области».

В эпидемическом сезоне 2015/2016 гг. в структуре циркулирующих респираторных вирусов превалировали вирусы гриппа А (H1N1)2009 (80,0%), на долю вирусов гриппа А (H3N2) пришлось - 13,1%, гриппа В - 0,5%, вирусов негриппозной этиологии– 6,4%.

Динамика заболеваемости гриппа за 2002 – 2016 гг. проявлялась ее подъемами и спадами.

Динамический ряд заболеваемости за 15 лет содержал резко выделяющиеся величины, это подтверждало неравномерность анализируемого периода.

Для обобщения количественной оценки тенденции многолетней заболеваемости использовался показатель темпа прироста (снижения). За исследуемый период произошло существенное снижение заболеваемости.

Изучив все полученные данные, проведя необходимые расчеты, были построены диаграммы, наглядно отражающие динамику заболеваемости за последние 15 лет.

Представленные выше анализ заболеваемости позволили сделать следующие **выводы:**

1. Заболеваемость гриппом в Саратовской области в течение анализируемого периода регистрировалась постоянно;
2. Характер заболеваемости гриппом характеризовался криволинейной динамикой и наличием цикличности;
3. Особое внимание при проведении санитарно-просветительной работы среди населения было обращено на ограничение посещений массовых мероприятий, пропаганду мер личной и коллективной профилактики гриппа, соблюдение масочного режима и своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания;
4. Необходимо проводить иммунопрофилактику населения в предэпидемический сезон, начиная с сентября месяца.

Ключевые слова: грипп, заболеваемость, эпидемический сезон, цикличнось

Sargsyan S.A.

A retrospective epidemiological analysis of the influenza sick rate in 2002 - 2016 in the Saratov region

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Epidemiology

Influenza is an acute infectious disease of the respiratory system caused by the influenza virus. It is included in the group of acute respiratory viral infections. The flu is caused directly by the influenza virus, which belongs to the family of Orthomixoviruses.

The urgency of the flu problem is due to the high incidence of not only adults, but also children.

The objective of this research is to study the dynamics of the incidence of influenza in the Saratov region for the period 2002-2016.

Materials and methods used in this research are information on the incidence of influenza taken from the Office of Rospotrebnadzor for the Saratov region for 2002-2016. All materials of the epidemiological analysis are processed by statistical methods and methods of epidemiological diagnosis

During this research there was performed the analysis of the long-term dynamics of the incidence of influenza in the Saratov region from 2002 to 2016. Upon the examination of all the data obtained, having necessary calculations performed, there were constructed diagrams that clearly reflect the dynamics of morbidity over the last 15 years.

Dynamics of the incidence of influenza in 2002 – 2016 are characterized by linearity and heterogeneity, which is manifested by ups and downs of morbidity.

Examining the dynamic range of morbidity for 15 years, sharply evolved values were revealed, this indicates once again that during the analyzed period there were sharp recessions and incidents of morbidity.

During the study period, there is a tendency to reduce the incidence.

Analyzing the obtained data, we can draw the following conclusions: The incidence of influenza has curvilinear dynamics and the presence of periodicity. Particular attention was paid to health education among the population to restrict visits to mass events, to promote measures of prevention of influenza, compliance with the mask regime and the timely application of medical care in the event of a disease. It is necessary to conduct immunization of the population against the flu in the pre-epidemic season.

Keywords: Influenza, morbidity, epidemic season, cyclicity

ID: 2018-03-1656-T-16821 Тезис

Югай В.А.

Преобразование эпидемиологических параметров заболеваемости гепатитом С в Саратовской области за период 1995-2016 гг.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эпидемиологии

Вирусный гепатит С (ВГС) чрезвычайно актуальная инфекция не только для РФ и, в частности, для Саратовской области, но также и для других стран. Это обусловлено показателями заболеваемости, высокой частотой хронизации с перспективой развития цирроза печени(ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы(ГЦК). По данным ВОЗ (2017г.) в мире хронической инфекцией гепатита С страдает 71 миллион человек. В то же время, примерно 400000 человек ежегодно умирают от ЦП и ГЦК, являющимися следствием перенесения хронического вирусного ГС.

Цель: анализ динамики заболеваемости вирусным ГС по Саратовской области.

Материал и методы: статистические данные взяты из государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Саратовской области за период 1995-2016 гг. и обработаны методами статистического анализа.

Результаты. Доля острого ГС за период наблюдения составила в 1995 году 6,9, в 2000 г. 24,1, в 2016 г. – 1,6 на 100 тыс. населения, однако доля хронических форм болезни увеличилась к 2016 г. до 52,1 на 100 тыс. населения. В целом, динамика заболеваемости вирусным ГС по Саратовской области повторяет таковую по РФ. Областной показатель при хроническом ГС на 44% выше показателя заболеваемости по РФ в 2016 г. При вирусном ГС максимальные показатели за 1994-2010 гг. в РФ составили: острый ГС – 22,2 (2000 г.), хронический ГС – 40,2 (2010 г.), бессимптомные формы ГС – 127,0 (2001 г.), что свидетельствует о значительном массиве действующих источников инфекции среди населения, подавляющее большинство которых (бессимптомных в 3 раза больше, чем манифестных форм) в практике не выявляются.

Основная группа заболевших отмечена у лиц 20 - 29 лет – 32,5%, на втором месте - возрастная группа 30 - 39 лет(27,5%). Наибольшую группу заболевших составили неработающие лица – 67,5%, на втором месте – рабочие и служащие – 22,5%, что в большей степени отражает социальную структуру населения, а никоим образом не контингенты риска при данной изучаемой инфекции.

Заключение. Таким образом, Саратовская область является неблагополучной по вирусному ГС, что определяет необходимость дальнейшего глубокого изучения эпидемиологии данной инфекции для оптимизации комплекса профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гепатит С

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

ID: 2018-03-1656-T-16831 Тезис

Нахрачёва И.В.

Оптимизация санитарно-просветительной работы при бешенстве

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эпидемиологии

В течении многих лет Саратовская область является неблагополучной по бешенству. Природные очаги бешенства имеются во всех районах области, при этом случаи бешенства животных регистрируются ежегодно. Так, за период с 2007 по 2016гг. зарегистрировано 1620 случаев этого заболевания среди различных видов животных: из числа диких животных 90 и более процентов приходится на лисиц – основных носителей рабического вируса.

Цель работы: анализ эпизоотической ситуации на территории Саратовской области за 10лет; анализ данных по обращению за антирабической помощью в следствие повреждений, а так же ослюнений, нанесённых различными животными; изучение порядка проведения курса антирабических прививок пострадавшим лицам.

Материал и методы. При проведении работы были использованы статистические данные государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Саратовской области за период 2007-2016 годы.

Результаты. За последние десятилетия ежегодно в Саратовской области за антирабической помощью обращается 6-8 тысяч человек. Отказ отдельных лиц от курса проведения антирабических прививок, либо самовольно его прервавших неуклонно растёт – с 17,4% в 2007г. до 32,6% в 2016г. Учитывая абсолютную летальность заболевших бешенством это является крайне неблагоприятных фактором. То обстоятельство, что более 40% нападений животных на человека являются спровоцированными самими пострадавшими, можно предположить, что правильное поведение людей могло бы полностью исключить какие-либо контакты с животными и, следовательно, имело бы место снижение как обращаемости населения за указанной помощью, так и назначение лечебно-профилактических прививок.

За анализируемые годы санэпид службой проведено большое количество лекций, бесед, публикаций и др. по профилактике данного заболевания.

Заключение. Учитывая изложенное выше, необходимо совершенствовать работу по санитарному просвещению населения с учётом форм проведения, возрастных и гендерных факторов.

Ключевые слова: бешенство, санпросвет работа

ID: 2018-03-231-A-16835 Краткое сообщение

Акимова О.В.

Особенности нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи пожилым людям в Российской Федерации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе проведен анализ нормативно-правовой базы медико-социальной помощи пожилым. Рассмотрены медицинские и социльные аспекты помощи данной категории граждан. Раскрыта специфика понятия пожилой возраст.

Ключевые слова: пожилой возраст, медико-социальная помощь, гериатрия

Актуальность

Анализ и прогноз динамики демографических процессов показывают тенденции к общему постарению населения. Россия относится к демографически старым странам, которые характеризуются относительно высокой продолжительностью жизни населения. По данным Федеральной службы государственной статистики с 2004 года по 2017 год наблюдается неуклонный рост численности населения нетрудоспособного возраста (с 29778 миллионов человек до 36685) [1]. Рост популяции пожилых людей приводит к увеличению их потребности в специализированной медико-социальной помощи. Кроме того, лица пожилого возраста можно отнести к группе риска суицидального поведения. По данным ВОЗ каждый год в России добровольно уходят из жизни 40-45 пенсионеров из ста тысяч [2]. России является одним из лидеров по количеству суицидов среди пожилых. В данной возрастной группе процент законченных суицидов выше по сравнению с лицами младших возрастов. Одной из причин такого большого числа суицидов можно назвать отсутствие адекватной социальной поддержки и медицинской помощи. Также существует проблема одиночества, которое поражает депрессивные переживания. Очевидна несформированность установок ответственных государственных структур относительно предупреждения суицидального поведения среди пожилых людей необходимо разрабатывать адекватные меры медико-социальной помощи.

Цель: изучить специфику медико-социальной помощи пожилым людям на территории Российской Федерации.

Понятие пожилой возраст: по данным ВОЗ пожилой возраст начинается с 60 лет. Современные трактовки возрастных границ в основном базируются на положениях, которые были приняты в 1963 г. на семинаре советских геронтологов и представителей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Киеве. На данном семинаре было принято определение возрастных границ пожилого возраста: от 60 до 74 лет [3]. Существует также точка зрения, согласно которой пожилой возраст определяется достижением пенсионного возраста. Такой точки зрения придерживается Краснова О.В. автор труда «Социальная психология старения» [4]. Пенсионный возраст на территории Российской Федерации разнится в зависимости от гендерной принадлежности: под это определение подпадают женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет. Однако под это определение не попадает категории граждан, которые выходят на пенсию по выслуге лет – это, в основном, работники силовых структур. Согласно статье 49 Федеральный закон от 28.03.1998 N 53-ФЗ (ред. от 27.11.2017) «О воинской обязанности и военной службе» существует понятие предельный возраст службы – после достижения данного возраста работник уже не может выполнять свои должностные обязанности [5]. Предельный возраст службы существует во всех силовых структурах Российской Федерации, и на наш взгляд, отражает момент вступления лица в возрастной диапазон пожилого возраста.

Оказание медико-социальной помощи пожилым людям является важнейшим направлением в государственной социальной политике России. Согласно постановлению Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 (ред. от 09.08.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» к приоритетным направлениям социальной политики Российской Федерации отнесено обеспечение доступности социальных услуг высокого качества для всех нуждающихся граждан пожилого возраста. Сфера реализации Программы отнесена к предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации [6]. На данный момент действующим является Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», где прописаны основные принципы социального обслуживания населения. В рамках данного закона был признан утратившим силу Федеральный закон от 2 августа 1995 года N 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 32, ст. 3198), который прописывал основные принципы оказания социальной помощи лицам пожилого возраста. Согласно ФЗ N 442 основным из принципов оказания социальной помощи гражданам является равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию независимо от возраста [7]. Также здесь же прописаны права и обязанности поставщиков и получателей социальных услуг, формы и виды социального обслуживания и др. Данные документы регламентируют социальную сторону помощи.

Медицинская часть помощи пожилым регламентируется Приказом Минздрава РФ от 28.07.1999 N 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности гериатрического центра», «Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи») [8]. Необходимость в мерах совершенствования медицинской помощи гражданам обусловлена высоким уровнем заболеваемости данной возрастной группы. При этом в рамках данного приказа указывается, что «существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает особенностей» пожилых людей. Это «требует осуществления целенаправленных мер по созданию системы гериатрической помощи, повышению уровня знаний по гериатрии врачей общей лечебной сети и проведению научно - исследовательских работ в области геронтологии и гериатрии, в том числе и по вопросам профилактики преждевременного старения населения».

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

В письме Министерства труда и социального развития РФ от 5 января 2003 г. № 30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» определены учреждения, которые должны оказывать медико-социальную помощь лицам пожилого возраста [9]. Среди них есть различные геронтологические центры, дома-интернаты, реабилитационные центры и социально оздоровительные центры [10].

К формам медико-социального обслуживания пожилых, регламентированное рамками современного законодательства относят: стационарное обслуживание; полустационарное социальное обслуживание, социально-медицинское обслуживание на дому; срочное социальное обслуживание, социально-консультативная помощь. Перечисленные виды помощи в первую очередь направлены на повышение уровня качества жизни лиц пожилого возраста, адаптацию граждан в обществе, ослабление социальной напряженности.

Заключение

Медико-социальная помощь пожилым является актуальным направлением деятельности социальной и медицинской структур общества. Она является приоритетным направлением в социальной политике государство и существует обширная законодательная база, регламентирующая и регулирующая данный процесс. Однако, признается недостаток организованного взаимодействия между социальной и медицинской системами.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. Раздел «Демография» URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
2. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257606/9789241564779_ru.pdf
3. Кувшинова Оксана Анатольевна Проблемы социального конструкта пожилого возраста // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2012. №1 (17). С.24-30
4. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М.: Академия, 2002. 278 с.
5. Федеральный закон от 28.03.1998 N 53-ФЗ (ред. от 27.11.2017) "О воинской обязанности и военной службе" URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_18260/c779997121ba7c2fac1...
6. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 (ред. от 09.08.2017) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Социальная поддержка граждан" URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162171/
7. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/
8. Приказ Минздрава РФ от 28.07.1999 N 297 "О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации" (вместе с "Положением об организации деятельности гериатрического центра", "Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)", "Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи") URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=282906#0
9. Письмо Министерства труда и социального развития РФ от 5 января 2003 г. № 30-ГК "О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов" URL: http://www.consultant.ru/search/
10. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А. Активный образ жизни в пожилом возрасте: медико-социальные стратегии, риски, практики. Саратов, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-5-A-16943 Краткое сообщение

Кубанов И.М., Курбанов А.А., Хапчаев К.Б.

Влияние курения на состояние тканей полости рта. Распространенность курения среди студентов СГМУ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В данной работе раскрывается влияние табака на состояние тканей в полости рта, проведено исследование на состояние пародонта у курящих и не курящих пациентов, указаны результаты опроса о осведомленности вреда курения среди студентов СГМУ.

Ключевые слова: курение, пародонтит, индекс РМА

Актуальность

В наше время проблема курения глобальна, эта проблема несёт характер пандемии. В стоматологии курение самая распространенная вредная привычка. Исследователи отмечают высокую распространенность курения среди подростков и взрослых, даже среди беременных женщин[1]. Данные ВОЗ отмечают, у людей поверхностные знания о вреде курения, многие не осознают к чему может это привести, а некоторые, осознавая не предпринимают меры. Начинают курить, как правило в подростковом возрасте[2]. Доказано, что курение вызывает ряд страшных, а даже смертельных заболеваний это заболевания: ССС, заболевания легких, ЖКТ, вызывает различные онкологические заболевания[3]. Исследователи отмечают, что по данным ВОЗ, посредством заболеваний, вызванных курением каждые восемь секунд умирает один человек, если не предпринять меры, то этот показатель к 2020 возрастет в два раза[4]. И о статистике распространенности курения наиболее распространено курение в Евразии, а именно в России, по исследованиям ВОЗ, число курящих женщин растет, в том числе число беременных курящих женщин, а число курящих мужчин сокращается [9]. Помимо этого доказано, что курение вызывает заболевания связанные с полостью рта такие как: пародонтит, гингивит, лейкоплакия, онкологические заболевания слизистой полости рта, вызывает эстетические нарушения зубов, нарушает биохимический состав слюны [5].

Цель: выявить патологическое действие курения по отношению к тканям полости рта; выявить осведомлённость студентов СГМУ о серьёзности вреда курения по отношению к органам полости рта, выявить распространенность курения среди студентов СГМУ.

Задачи:

1) Изучить состав табачного дыма и его влияние на состояние тканей полости рта на основе изучения статей.
2) Оценить изменения со стороны тканей пародонта у курильщиков и не курящих пациентов.
3) Провести опрос среди студентов СГМУ.

Материал и методы

Был проведен анализ научной литературы, статей, журналов, диссертаций. Также для достижения поставленных задач было исследовано полость рта, двух курящих и двух не курящих пациентов был использован индекс РМА и внутренний визуальный осмотр полости рта. Был проведен опрос студентов СГМУ возраста от 17-25 лет, было опрошено 170 студента, в социальной сети «Вконтакте» задавались следующие вопросы: «Знаете ли вы о серьёзности вреда курения?», «Злоупотребляете ли вы курением?».

Результаты и обсуждение

Авторами проводимых исследований выделены основные компоненты табачного дыма: никотин, угарный газ, смолы и жирные соединения, метан, кадмий, фенол, бензоприен, тоулен и другие ядовитые компоненты. Доказано, что никотин нарушает микроциркуляцию и ослабляет защитные клетки в тканях десны за счет сужения концевых сосудов, кроме того никотин вызывает эйфорию и зависимость, тем самым гингивит и пародонтит у курильщиков протекают бессимптомно, отсутствуют признаки воспаления из-за, которых пациенты обращаются к стоматологу- кровоточивость и болезненность. Кроме того из-за сужения сосудов никотин приводит к нарушению трофики десен и в дальнеишем к атрофии десен. Смолы и жирные соединения, также кадмий, фенол, бензоприен, тоулен – субстанции вызывающие рак, доказано, что эти вещества, очень канцерогенны. Кроме того исследователи отмечают, что смолы и жирные соединения оседают черным слоем на эмаль, что в последствии приводит к разрушению эмали [6]. Табачный дым вызывает микротрещины в эмали зуба, где оседают вредные компоненты табака, вызывающие налёт, в котором, размножаются бактерии и со временем налёт переходит в зубной камень. Нарушая микроциркуляцию и снижая активность макрофагов табак вызывает гингивит и пародонтит [7]. Изменяя биологические свойства слюны, а также способствуя накоплению стойкого налёта табак приводит к образованию кариеса. А также канцерогены табачного дыма вызывают злокачественные опухоли, лейкоплакию. Это мы привели только краткий механизм негативного действия табака и табачного дыма в полости рта[8]. Для исследования состояния тканей полости рта у курильщика и не курящего пациентов, мы использовали индекс РМА и объективный осмотр полости рта.

Первый пациент стаж курения 2 года, возраст 19 лет, значение индекса 6,79 менее 30% - легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, налёт на оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти.

Второй пациент стаж курения 2 года, возраст 21 год, значение индекса 16,66 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, обнаружили незначительную рецессию десны 33 зуба, на оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти зубные отложения.

Третий пациент не курящий, возраст 21 год значение индекса 5.55 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости рта новообразования отсутствуют, налёт в оральной поверхности фронтальных зубов нижней челюсти.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Четвертый пациент не курящий, возраст 18 лет, значение индекса 3.33 менее 30%-легкая степень гингивита, при визуальном осмотре полости новообразования отсутствуют, налёт чёрного цвета на оральной поверхности.

Результаты полученных данных при опросе о осведомленности, серьезности вреда курения говорит о том, что осведомлено человек 96%,не осведомлено 4 % опрос производился внутри СГМУ и из них 16% злоупотребляют курением.

Выводы

1) Курение негативно влияет на состояние тканей полости рта.
2) У курильщиков риск заболевания пародонта выше.
3) Несмотря на осведомленность о вреде курения 96%, злоупотребляют табаком 16% опрошенных студентов СГМУ.

Литература

1. Солдатова Ю.О., Булгакова А.И., Зубаирова Г.Ш. Клиническая характеристика состояния полости у лиц с табакозависимостью, //Медицинский вестник Башкортостана 2014 С.60-63.
2. Бабанов С.А. Табакокурение в молодежной среде и пути профилактики /С.А. Бабанов// Проблемы гигиены здравоохранения и истории медицины-2002 ,№1, С. 13-14.
3. Johnson G.K. Impact of tobacco use on periodontae status/ N.A. Slach, G.K. Johnson //J Dent Educ.2001-V65-P.313-321.
4. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios / WHO-official web-site//URL: http://www.who.int/bulletin/volumes/89/3/10-079905/en/
5. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости-М. 2000-95с.
6. Шабалин В.Н., Разумова С.Н., Уварова Д.С., Булгаков В.С. Композиция химических элементов в ротовой жидкости // Здоровье и образование в 21 веке-2015 2 том 17.-С.39-40.
7. Haber J. Cigarette smoking in a periodontal practice / J. Haber, Kent R.L.//J.Periodontol-1992-Vol.63.-P.100-106.
8. Вавилова Т.П. «Биохимия тканей и жидкостей полости рта» учебное пособие. М. :ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 89.
9. Новость «Госдума ратифицировала рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака»/ newsru.com // URL: http://www.newsru.com/russia/11apr2008/voz.html

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2018. Volume 8. Issue 3

ID: 2018-03-5-A-17330 Краткое сообщение

Гусакова Н.А.

Стоматологический статус пациентов с сахарным диабетом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В данной работе рассмотрены изменения и заболевания полости рта у больных с сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, кариес, пародонтит, заболевания слизистой

Актуальность

Сахарный диабет – это одно из прогрессирующих заболеваний во всем мире, приводящее к большому количеству осложнений в различных системах организма, в том числе и в зубочелюстной [1]. За последние годы исследований было выявлено, что распространенность диабета во всех странах составляет 1,5 - 3% всего населения и общее число людей с данной патологией превысило 177 миллионов, а по данным ВОЗ к 2025 году оно возрастет до 300 миллионов [2].

Цель: изучить стоматологический статус больных сахарным диабетом.

Задачи:

1) Исследовать проявления сахарного диабета в полости рта.
2) Выявить наиболее распространенное стоматологическое заболевание при СД.
3) Ознакомиться с особенностями проявления стоматологических патологий у детей больных сахарным диабетом.

Материал и методы

Был проведен анализ двух научных статей, двух диссертаций и девяти учебных пособий.

Результаты и обсуждение

Сахарный диабет 1-го типа – это хроническое заболевание, характеризующееся абсолютным дефицитом инсулина в результате прекращения его выработки поджелудочной железой. Приводит к развитию стойкой гипергликемии и осложнений. Частота заболеваемости составляет 15/100 000 населения. Обычно возникает у людей у людей в возрасте до 30 лет, но в 10-15% позднее. Сахарный диабет 2-го типа – хроническое заболевание, вызванное инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или дефектом секреции инсулина в сочетании с инсулинорезистентностью или без неё. Возникает эта форма сахарного диабета в 80-90% случаев. Частота заболеваемости 300/100 000 населения [3]. Известны случаи, когда именно стоматолог впервые устанавливал диагноз сахарный диабет. В числе первых проявлений данного заболевания отмечены следующие признаки: сухие и ярко-красные губы; ангулярный хейлит; ксеростомия; жжение слизистой оболочки; запах ацетона изо рта; отсутствие нитевидных сосочкой на поверхности языка; полидепсия; полифагия; припухлость околоушных слюнных желез [4]. Кожа лица у больных с сахарным диабетом розовая (вследствие расширения капилляров), также могут наблюдаться печеночные хлоазмы и холестериновые узлы на коже век. При декомпенсированной форме может развиться рубеоз («диабетический румянец») - гиперемия кожи в области скул, подбородка и надбровных дуг [5].

Поражения твердых тканей зубов при сахарном диабете встречаются не чаще, чем у здоровых людей и зависят от течения основного заболевания и наследственных факторов. При патогистологическом исследовании пульпы удаленных зубов у лиц с сахарным диабетом было выявлено, что она в основном содержит крупные множественные дентикли, а патоморфологические изменения имеют как воспалительный, так и дистрофический характер. Так же было установлено, что содержание таких макроэлементов как цинк и медь, в зависимости от длительности заболевания, уменьшается, что вероятно влияет на резистентность зубов к кариесу [5]. Концентрация глюкозы в слюне у больных с сахарным диабетом составляет от 0,44 до 6,33 мг на 100 мл (норма – от 0,24 до 3,33), что способствует активному размножению бактерий, быстрому образованию налета и отложению зубного камня. Отмечено, что уровень гигиены у больных с СД 2,5 раза хуже, чем у здоровых людей (гигиенический индекс по Федорову - Володкиной) [7]. Среди неспецифических изменений и заболеваний слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете выделяют: отечность слизистой оболочки щек и поверхностей языка по линии смыкания зубов (31,7%); атрофия нитевидных сосочков языка (2,6%); хейлит, рецидивирующий афтозный и язвенный стоматит (17%); красный плоский лишай и лейкоплакия (3,2%) [7]. Отмечено, что на стадии декомпенсации у больных с сахарным диабетом происходит снижение вкусовой чувствительности, что связано с работой компенсаторных механизмов [8]. Частота развития пародонтита у больных с сахарным диабетом варьирует от 52% до 90%. Установлена зависимость между состоянием тканей пародонта и течением сахарного диабета. У больных со скрытой или легкой формой сахарного диабета чаще развивается пародонтит 1 и 2 степени, а при средней и тяжелой формах – 2 и 3 степени. При давности заболевания до 1 года наблюдаются изменения в пародонте у 28% больных, а после 10-15 лет заболевания – у всех больных. В настоящее время ведущее место в патогенезе пародонтита при СД занимает ангиопатия сосудов тканей пародонта. Причиной поражения сосудов является диспротеинемия, которая в свою очередь развивается из-за изменения сосудистой проницаемости и накоплении жидкости и белка в тканях. При сахарном диабете нарушение обмена веществ может привести к различным изменениям. В результате экспериментальных исследований установлено, что при аллоксановом диабете снижается функция слюнных желез [9]. У 95% больных СД наблюдается ксеростомия, у 5%- сладковатый вкус в ротовой полости. Для больных пожилого возраста характерно недостаточное выделение слюны, вследствие этого слизистая оболочка становится матовой и восковой, язык с выраженной атрофией сосочков [7].

У больных с сахарным диабетом отмечаются поражения периферической нервной системы, при этом из черепных нервов чаще поражаются лицевой (1,9%) и тройничный (2,3%)[10].

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018

Проявление стоматологических осложнений у детей. Характер изменений в полости рта у детей при сахарном диабете зависит от течения и давности заболевания. Интенсивность поражения кариесом детей с сахарным диабетом выражена не больше, чем у здоровых, при этом даже осложнения не способствуют его развитию. Среда полости рта больных детей не содержит дополнительных факторов, понижающих устойчивость твердых тканей зуба к кариесу, но регенеративные способности слизистой оболочки полости рта снижены [11]. Сосудистые изменения в тканях пародонта у детей с СД наблюдаются раньше, чем в других органах. При обследовании детей с сахарным диабетом в 50% случаев обнаруживается поражение пародонта, при этом поражения чаще локализуются в зоне моляров нижней челюсти. При отсутствии лечения признаками пародонтита при диабете в детском возрасте являются: кровоточивость десневых сосочков, ярко-красный цвет десневого края, возможно выбухание грануляций из патологических десневых карманов. У детей также наблюдаются ангулярный хейлит, географический язык, кандидоз полости рта, хронический катаральный и рецидивирующий афтозный стоматит [12,13].

Выводы

1. В числе первых проявлений сахарного диабета отмечены следующие признаки: сухие и ярко-красные губы; ангулярный хейлит; ксеростомия; жжение слизистой оболочки; запах ацетона изо рта; отсутствие нитевидных сосочкой на поверхности языка; полидепсия; полифагия; припухлость околоушных слюнных желез.
2. Среди стоматологических заболеваний наиболее распространенным при сахарном диабете является пародонтит (до 90%).
3. У детей больных сахарным диабетом изменения в полости рта имеют такой же характер, как и у больных взрослых.

Литература

1. Самойлик М.М. Стоматологический статус больных инсулиннезависимым сахарным диабетом и его коррекция: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2003.
2. Селифанова Е.И. Стоматологический статус и особенности кристаллизации слюны у больных сахарным диабетом: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2005.
3. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1328 с.
4. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 160 с.
5. Бутова Ю.С., Скрипкина Ю.К., Иванова О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 896 с.
6. Максимовский Ю.М., Неживенко Л.Н. Сахарный диабет и содержание цинка, меди в твердых тканях зуба. // Поражение твердых тканей зуба. М.: Медицина, 1973.С.117-120.
7. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. 2-е изд. – М.: БИНОМ, 2014. 176 с.
8. Будылина С.М., Резцова Л.Д. О вкусовой чувствительности у больных сахарным диабетом // Стоматология. 1969. Т.48. N 4. С.76-78.
9. Баранов В.Г. Эксперементальный сахарный диабет: монография. - Л.: Наука, 1983. 240 с.
10. Мехтиева З.Х Изменение нервной системы при сахарном диабете. - Баку : Азернешр, 1973. 143 с.
11. Rosana Garcia, Ana Coelho, et al. Prevalence of Dental Caries in Type 1 Diabetic Patients Treated with Insulin Pump // Acta Médica Portuguesa. 2016. Vol. 29. N 7. P. 61-67.
12. Леонтьева В.К., Кисельниковой Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 896 с.
13. Кирюхина С.А. К вопросу о распространенности кариеса и пародонтоза у детей больных сахарным диабетом. // Актуальные вопросы сахарного диабета у детей. М.: Медицина, 1968, С.103.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2018