

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Совет студенческих научных обществ



78-я итоговая студенческая
научно-практическая конференция
с международным участием,
посвящённая 95-летию
со дня рождения
профессора Ю. М. Лубенского
22-25 апреля 2014 года

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Красноярск
2014

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Совет студенческих научных обществ

**78-я итоговая студенческая
научно-практическая конференция
с международным участием,
посвящённая 95-летию
со дня рождения профессора
Ю. М. Лубенского**

22-25 апреля 2014 года

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Красноярск
2014

УДК 61(063)
ББК 5
С 30

78-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвящённая 95-летию со дня рождения профессора Ю. М. Лубенского, Красноярск, 22-25 апреля 2014 г.: Сб. материалов / Отв. ред. И. П. Артюхов. – Красноярск: тип. КрасГМУ, Версо, 2014. – 812 с.

Ответственный редактор:

И. П. Артюхов – доктор медицинских наук, профессор, ректор КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Редакционная коллегия:

М. М. Петрова – доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Ю. С. Винник – доктор медицинских наук, профессор, куратор Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Е. В. Серова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии, председатель Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Д. В. Трухин – студент 516-й группы лечебного факультета, заместитель председателя Совета СНО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

За содержание, корректность изложения и грамотность написания статьи ответственность несут авторы и научные руководители.

СИНДРОМ ДЪЕЛАФУА <i>А. К. Батиров, Н. Э. Бозоров, Б. Р. Абдуллажанов, М. Ф. Нишанов, А. З. Отакузиев</i>	63
СИНДРОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА-ТУРЕНА <i>А. К. Батиров, Н. Э. Бозоров, А. З. Отакузиев, М. Ф. Нишанов, Ж. А. Ботиров</i>	64
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ ГРУППЫ НООТРОПЫ <i>А. А. Башлыкова</i>	66
ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ <i>С. М. Баяндина, О. А. Крылова</i>	67
ИССЛЕДОВАНИЕ АДДИКЦИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В РАЗЛИЧНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СФЕРАХ <i>И. А. Беднов</i>	68
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И В СОЧЕТАНИИ ХОБЛ И ИБС <i>Е. В. Безуглова, Т. О. Бугакова</i>	70
ПОИСК СЕМАНТИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ ДЛЯ ЗАПОМИНАНИЯ ТЕРМИНОВ В КУРСЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЛАТЫНИ <i>А. В. Беленец</i>	71
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>А. М. Березина, В. Сергеев, М. Х. Кафеев</i>	72
ЛИХОРАДКА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Г. А. Берсенев</i>	74
ВЛИЯНИЕ ГЕНА АЛЬФА-ПОЛИПЕПТИДА В РАЗВИТИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>А. В. Беспалов, Е. Н. Скуржихин, В. Г. Ефремова, Д. О. Иванушкин</i>	75
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ГЛИКОПРОТЕИНА IIIA НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>А. В. Беспалов, Д. О. Иванушкин, Е. Н. Скуржихин</i>	77
СВЯЗЬ ГЕНА БЕТА-ЦЕПИ ФИБРИНОГЕНА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>А. В. Беспалов, Е. Н. Скуржихин, В. Г. Ефремова, Д. О. Иванушкин</i>	78
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ГЛИКОПРОТЕИНА ИНТЕГРИНА A НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>А. В. Беспалов, Е. Н. Скуржихин, В. Г. Ефремова, Д. О. Иванушкин</i>	80
РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Д. А. Богданова, А. А. Анисимова</i>	81
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПРИВИВКИ «ГРИППОЛ ПЛЮС» НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ КЛАССОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЯТИЛЕТНЕГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ) <i>О. Г. Боева</i>	83
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА НА БУКОВИНЕ <i>А. В. Бойко</i>	84
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, КОТОРЫЕ ДОСРОЧНО ПРЕКРАЩАЮТ ЛЕЧЕНИЕ <i>А. В. Бойко</i>	86
ОБЩИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОИЗВОДСТВУ ПЫЛЬЦЕВЫХ АЛЛЕРГЕННЫХ ЭКСТРАКТОВ: ПОЛУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКОГО ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «АЛЛЕРГЕННЫЙ ЭКСТРАКТ ПЫЛЬЦЫ БЕРЕЗЫ ПОВИСЛОЙ (<i>BETULA PENDULA ROTH.</i>)» <i>Д. О. Боков</i>	87
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>И. И. Бородулина, Л. П. Мартиросян</i>	88
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА <i>В. И. Бриль, А. А. Веников</i>	89
ВИТАМИН С И ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ <i>Н. Н. Бритулина</i>	91

РАЗРАБОТКА ФИТОСБОРА «БИФОЛИЯ+» <i>Е. Ф. Семенова, О. В. Понкратова, В. П. Величко, Н. Н. Иванов, И. В. Китаева</i>	566
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛАГЕРЬ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>А. С. Сергунина</i>	568
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ <i>Г. В. Серков</i>	569
ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ <i>К. И. Сероева, М. Т. Марданова</i>	570
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>П. А. Симонов, А. В. Строев, М. С. Орлова</i>	572
РОЛЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. АНАЛИЗ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>П. А. Симонов, А. В. Строев, М. С. Орлова</i>	573
СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И НАРУШЕНИЙ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ <i>А. Н. Симонова, А. В. Иеличев, Т. В. Емельяненко</i>	574
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ <i>М. С. Ситнича, С. С. Бобкова</i>	576
ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА) <i>Е. С. Ситко, Л. С. Гресь</i>	578
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕНЗИТИВНОГО ПЕРИОДА ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ЖЕНЩИНОЙ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ ОТКАЗ ОТ РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ <i>М. А. Скоробогатова</i>	580
К ВОПРОСУ О ВИНТОВОМ ДВИЖЕНИИ КРОВИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>П. Э. Схрябина</i>	581
ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ <i>В. И. Сливка, И. О. Семьянив</i>	583
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СТИМУЛЯЦИИ ГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ, ИСПОЛЬЗУЯ АВТОРСКИЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТРЕНИРУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ <i>Е. В. Смакауз, М. А. Рейх</i>	584
ВЛИЯНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДРУЖБЫ И ПРИЯТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В МИКРОГРУППЕ <i>Ю. Смирнова</i>	586
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ПОДРАСТАЮЩЕЕ ПОКОЛЕНИЕ <i>Ю. Смирнова</i>	587
АНАЛИЗ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ <i>В. В. Соболева</i>	588
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЯЖЕстью ПЕРВИЧНОЙ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ И ИНТЕНСИВНОСТЬЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ДЕВУШЕК 16-22 ЛЕТ <i>В. В. Соболева</i>	590
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОПЛАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ <i>Ю. Ю. Солодов, В. Р. Чуваева, Н. С. Неженских, В. В. Кан, М. Р. Зубарев</i>	592
ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОТИПАМИ <i>И. В. Сорока, А. А. Кузьмич, А. В. Лелевич</i>	593
УРОКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ СЛУХА <i>А. В. Сорокина</i>	595

ВЛИЯНИЕ ВДЫХАНИЯ ПАРОВ АЦЕТОНА НА ПЛАСТИЧНОСТЬ НЕЙРОНАЛЬНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ МОЗЖЕЧКА У МОЛОДЫХ КРЫС <i>Е. Г. Тохтобин, А. Д. Казанцев</i>	627
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ И В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>М. О. Темникова</i>	628
УРОДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ <i>А. С. Терских</i>	629
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА ДЕПРЕССИВНЫЙ СТАТУС САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС <i>В. А. Литвинова, К. В. Мирошниченко, Ю. М. Федорук, С. А. Богданова</i>	630
ПРОБЛЕМА ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА <i>А. В. Тихомирова</i>	631
БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ АНТОЦИАНОВ В ЖИЗНИ РАСТЕНИЙ И ЧЕЛОВЕКА <i>А. В. Тихонов</i>	632
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СНИЖЕНИЕМ СЛУХА, В Г. КРАСНОЯРСКЕ <i>А. О. Тишин, Н. С. Зеленюк</i>	634
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ МЕТАБОЛИЗМА КСЕНОБИОТИКОВ (ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ M1 TA T1) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ <i>Л. Д. Тодорико, И. О. Семьяниев</i>	636
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ <i>Л. Д. Тодорико, Е. В. Подвербецкая, В. П. Шаповалов</i>	637
РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ПОРОКОВ <i>Ф. И. Тожиев, Е. К. Эронов, Ш. А. Юсупов, Б. Н. Жураев</i>	638
ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ ВРОЖДЁННЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В НАВОЙСКОМ РЕГИОНЕ <i>Ф. И. Тожиев, Ш. А. Юсупов, Б. Н. Жураев</i>	640
ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА <i>А. С. Тонконозов, Д. Д. Гасымлы</i>	641
ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ <i>А. С. Тонконозов, Д. Д. Гасымлы</i>	642
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ <i>М. Н. Торчило, Е. В. Синкевич</i>	644
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОПАГАНДЕ ЗОЖ. ВЛИЯНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОВ <i>А. Г. Тохтобина</i>	645
ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА НА СИНТЕЗ SCD31 ПРИ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ <i>Н. Г. Третьякова, М. Ю. Юрьева</i>	646
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНА ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У ПАЦИЕНТОВ С ОТМОРОЖЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ <i>Н. Г. Третьякова, М. Ю. Юрьева</i>	648
ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ К ГИСТАМИНУ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФЕНОТИПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Пател Трушаркумар, Е. П. Ортеменка</i>	649
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Б. Б. Тураев</i>	651
СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП СРЕДИ НАРКОМАНОВ <i>Б. Б. Тураев, Ю. Ш. Тураева</i>	651
СКРИНИНГ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ <i>А. Р. Тютина, С. А. Касумова, А. В. Попов</i>	653

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

В. И. Сливка, И. О. Семьянин

Буковинский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: к. мед. н., доц. В. И. Сливка

Актуальность проблемы. Для улучшения отрицательных тенденций в эпидемиологии туберкулеза в Украине на первый план выходят общегосударственные мероприятия, направленные на улучшение экономической ситуации, полноценное финансирование медицинских учреждений и профилактических программ, оздоровление окружающей среды. Однако не теряют своего значения дальнейшие научные исследования особенностей патогенеза различных форм туберкулеза, разработки новых патогенетически обоснованных программ лечения больных туберкулезом, в частности, на его легочные формы.

Цель работы: изучить изменения функционального состояния почек у больных деструктивным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Для достижения цели работы обследовано 53 человека, больных деструктивным туберкулезом легких, которые находились на стационарном лечении в Черновицком областном противотуберкулезном диспансере. Впервые выявленные больные составили 77,8 %, ранее прошедшие лечение больные составили 22,2 %. Больных в возрасте до 20 лет составило 7,4 %, от 21 до 30 лет - 16,7 %, 31-40 лет - 18,5 %, от 41-50 лет - 14,8 %, от 51-60 лет - 8,3 %. Остальные больные принадлежали к возрастной группе от 61 года и старше. Явления интоксикации наблюдались в 75,9 %, выраженные катаральные явления в легких - в 79,6 % случаев. В 47,2 % больных выявлены осложнения, среди которых кровохарканье - в 9,2 %, легочно-сердечная недостаточность - в 5,6 %, дыхательная недостаточность - в 13,0 %, плеврит - в 10,1%, туберкулез бронхов - в 6,5% случаев. При рентгенологическом обследовании органов дыхания в 48,1 % больных выявлена деструкция легочной ткани, в 29,8 % - фаза инфильтрации и в 12,1 % - фаза отсева. У больных туберкулезом легких преобладал реструктивный тип дыхательной недостаточности - 72,2 %, смешанный тип отмечался в 13,0 % больных, obstructивный - в 13,0 %, в 1,8 % случаев показатели спирограммы были в пределах нормы.

Лечение больных первой категории проводили согласно схеме, рекомендованной унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи туберкулезом, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения 22.12.2012 № 1091.

Исследование экскреторной, нонорегулирующей и ислотовыделительной функции почек у больных туберкулезом легких проводили с помощью клиренс - метода оценки деятельности сосудисто - клубочкового и канальцевого отделов нефрона в условиях спонтанного ночного двенадцатичасового диуреза [3,7].

Определение pH мочи осуществляли с помощью микробиоанализатора «Redelkys» (Венгрия), содержание кислот и аммиака в моче - методом титрования [2]. Урокиназную активность мочи определяли по лизисом азофибрину в присутствии плазминогена. Статистическая обработка полученных данных проведена на PC IBM 586 с помощью программы «Биостат. Анализ функционального состояния почек в динамике стандартного лечения проведено у 53 больных деструктивным туберкулезом легких в условиях спонтанного ночного диуреза [4].

Рентгенологическое исследование проводили в начале лечения, в конце интенсивной фазы и в конце основного курса химиотерапии (после приема 120 доз при положительных мазках мокроты). Анализ крови, мочи, биохимический анализ крови осуществляли больным 1 раз в месяц. В конце интенсивной фазы лечения у больных деструктивным туберкулезом легких нарушение экскреторной функции почек характеризуются повышением концентрации креатинина в плазме крови до верхней границы нормы, что обусловлено уменьшением скорости клубочковой фильтрации и сопровождается развитием протенурии.

Вместе с тем, наблюдается дисфункция канальцевого отдела нефрона - снижение реабсорбции воды сочетается с уменьшением концентрационной способности почек. В конце основного курса химиотерапии (после приема 120 доз при положительных мазках мокроты), обследование показало, что негативные изменения деятельности сосудисто - клубочкового аппарата нефрона в динамике стандартного лечения остаются постоянными, а нарушение реабсорбции воды и связанной с ней концентрационной способности почек обнаруживают устремленность к прогрессированию [5]. Анализ почечного транспорта натрия обнаружил, что у больных деструктивным туберкулезом легких в конце стандартного лечения почечный транспорт натрия ухудшался: относительно исходных данных подвергались дополнительному уменьшению такие показатели как концентрация в плазме крови, фильтрационный заряд, абсолютная и относительная реабсорбция натрия и коэффициент соотношения концентрации натрия и калия в моче. Одновременно наблюдалось увеличение концентрации в моче и экскреции натрия и калия, а также достоверное и существенное (на 49,0 %) увеличение клиренса натрия [6].

Указанные изменения можно трактовать как срыв адаптационно - компенсаторных механизмов на уровне почечных канальцев, когда вторичный ишемический компонент реализации тубуло - гломерулярной обратной связи вызывает значительное повреждение канальцевых отделов нефрона, а почки теряют способность удерживать параметры натриевого гомеостаза, что приводит к развитию гипонатриемии [1].

Нарушение почечного транспорта натрия крайне отрицательно влияет на динамику параметров кислотовыделительной функции почек, такой интегральный показатель почечного кислотовыделения, как pH мочи прогрессивно рос и в конце лечения превышал не только контрольные величины (на 28,6 %), но и исходные данные, полученные у больных туберкулезом при первом обследовании (на 14,0 %). Таким образом, у больных деструктивным туберкулезом легких первичное поражение почек, которое связывают с туберкулезной интоксикацией, локализован на уровне почечных канальцев и приводит, прежде всего, к нарушению транспорта натрия в канальцевом отделе нефрона [8]. Увеличение потерь натрия с мочой и гипонатриемия способствуют активации внутрипочечной ренин - ангиотензиновой системы с реализацией механизмов тубуло - гломерулярной обратной связи, вторичным ишемическим поражением нефроцитов, снижением скорости клубочковой фильтрации и способности почек концентрировать мочу. При этом, наибольших повреждений испытывают натрийзависимые механизмы ацидофикации мочи, что значительно снижает интенсивность почечного кислотовыделения и способно ухудшить результаты лечения вследствие нарушения кислотно - щелочного гомеостаза.

Еще одним важным аспектом гомеостатической функции почек является их влияние на систему регуляции агрегатного состояния крови через секрецию в кровь урокиназы, регулирующей интенсивность ферментативного фибринолиза. Оказалось, что у больных деструктивным туберкулезом легких в динамике стандартного лечения урокиназная активность мочи прогрессивно снижалась. Следовательно, у больных деструктивным туберкулезом легких в динамике стандартного лечения наблюдаются нарушения не только экскреторной, натрийрегулирующей и кислотовыделительной функции почек, но и их инкреторной деятельности.

Выводы.

1. У больных туберкулезом легких нарушения функционального состояния почек характеризуется снижением экскреторной способности почек.
2. У больных деструктивным туберкулезом легких повреждения канальцев почек приводят к нарушению ионорегулирующей функции почек с развитием гипонатриемии.
3. Максимальные нарушения наблюдаются со стороны кислотовыделительной функции почек, обусловленное угнетением натрийзависимых механизмов ацидификации мочи.
4. Уменьшение урокиназной активности мочи у больных деструктивным туберкулезом легких свидетельствует о нарушении инкреторной деятельности почек.
5. Отсутствие позитивных изменений функционального состояния почек в динамике лечения больных деструктивным туберкулезом легких свидетельствует о необходимости назначения дополнительных лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоженко А. И. Формирование хронической почечной болезни у больных туберкулезом легких / А. И. Гоженко, А. П. Воробей, Л. В. Клеменко [и др.] // Одесский мед. журнал. – 2008. – № 5. – С. 39-42.
2. Зубань А. Н. Выявление и диагностика туберкулеза мочевой системы / А. Н. Зубань // Еще раз о выявлении и диагностике туберкулеза: доклады науч.-практ. конф. / Под ред чл.-корр. РАМН Ю.Н. Левашева. СПб., 2007. – С. 117-128.
3. Камышан И. С. Оценка современных методов диагностики туберкулеза почек / И. С. Камышан // Урология. – 2006. – № 4. – С. 57-61.
4. Кузьмин Н. Н. Функциональное состояние почек у больных с тяжелыми формами впервые диагностированного туберкулеза легких / М. М. Кузьмин // Украинский пульмонологический журнал. – 2006. – № 2. – С. 47-49.
5. Особенности выявления и тактика ведения больных туберкулезом мочеполовых органов / В. Н. Журавлев, Д. Н. Голубев, Б. И. Новиков [и др.] // Урология. – 2012. № 1. – С. 11-15.
6. Особенности клинического течения и диагностики туберкулеза почки и мочеточника / О. Я. Зубань, Э. П. Бородин, А. А. Волков [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2013. № 4. – С. 33-38.
7. Особенности течения и диагностики нефротуберкулеза в сочетании с туберкулеза органов дыхания / З. Х. Корнилова, Р. Р. Рахматуллин, Ф. А. Батыров, А. Т. Сигаева // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 2. – С. 23-28.
8. Сахелашвили М. И. Особенности клиники и диагностики сочетанного туберкулеза легких и почек / М. И. Сахелашвили, И. Л. Платонова, Т. В. Луцишин // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 5. – С. 39-42.

УДК 616.831-005-036.85:612.789-08:004.42

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СТИМУЛЯЦИИ ГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ, ИСПОЛЬЗУЯ АВТОРСКИЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТРЕНИРУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ

Е. В. Смакауз, М. А. Рейх

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научный руководитель: ас. И. Н. Швецова

По данным ВОЗ, инсульт является одной из ведущих причин смертности населения, в России занимает 2 место после сердечно-сосудистых заболеваний, опередив онкологическую патологию [13]. Когнитивные нарушения выявляются у 30-70% [7,8] больных, перенесших инсульт, что в значительной степени ухудшает прогноз основного заболевания и качество лечебно-реабилитационных мероприятий, и способствует снижению качества жизни пациента [9]. Необходимость когнитивной реабилитации у больных, перенесших ОНМК, не вызывает сомнения [14], так как треть населения перенесшего инсульт составляют лица трудоспособного возраста [1].

Когнитивная реабилитация в клинике нервных болезней, имея многолетнюю историю, в последнее время получила мощное развитие, что связано с высокотехнологическими методами диагностики и лечения нарушений познавательных функций, а также с активным общественным вниманием к проблеме формирования и прогрессирования заболеваний, касающихся нарушений когнитивной сферы. В различных источниках, отражены различные аспекты реабилитации пациентов с когнитивными расстройствами, возникающие на фоне сосудистой коморбидности, а также показано влияние когнитивных расстройств на социально-бытовую инвалидизацию.

Согласно концепции А.Р.Лурни, каждый отдел мозга соответственно их структурно функциональной организации вносит специфический вклад в формирование когнитивных функций [12]. Современные высокотехнологические исследования подтвердили и углубили концепцию А.Р.Лурни, выявив не только структурно-функциональные закономерности когнитивных функций, но и их иерархичность в процессе онто- и филогенеза [2, 10, 12]. Организация системы когнитивной реабилитации в современном виде включает раннюю комплексную адекватную коррекцию когнитивных нарушений с позиций системного подхода (П. К. Анохин, Л. С. Выготский), основанного на филоонтогенетическом принципе развития нервной системы. Когнитивная реабилитация в остром периоде заболевания включает специфические, и неспецифические принципы [2, 10].