

МОЛОДОЙ
УЧЁНЫЙ



II Международная научная конференция

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Уфа

УДК 61
ББК 5
М42

Главный редактор: *Ахметова Г. Д.*

Редакционная коллегия сборника:

М. Н. Ахметова, Ю. В. Иванова, К. С. Лактионов, Н. М. Сараева, О. А. Авдеюк, Т. И. Алиева, В. В. Ахметова, В. С. Брезгин, О. Е. Данилов, А. В. Дёмин, К. В. Дядюн, К. В. Желнова, Т. П. Жуйкова, М. А. Игнатова, В. В. Коварда, М. Г. Комогорцев, А. В. Котляров, С. А. Кучерявенко, Е. В. Лескова, И. А. Макеева, У. А. Мусаева, М. О. Насимов, Г. Б. Прончев, А. М. Семахин, Н. С. Сенюшкин, И. Г. Ткаченко, А. С. Яхина

Ответственные редакторы:

Г. А. Кайнова, Е. И. Осянина

Международный редакционный совет:

З. Г. Айрян (Армения), П. Л. Арошидзе (Грузия), З. В. Атаев (Россия), В. В. Борисов (Украина), Г. Ц. Велковска (Болгария), Т. Гайич (Сербия), А. Данатаров (Туркменистан), А. М. Данилов (Россия), З. Р. Досманбетова (Казахстан), А. М. Ешиев (Кыргызстан), Н. С. Игисинов (Казахстан), К. Б. Кадыров (Узбекистан), О. А. Козырева (Россия), Лю Цзюань (Китай), Л. В. Малес (Украина), М. А. Нагервадзе (Грузия), Н. Я. Прокопьев (Россия), М. А. Прокофьева (Казахстан), М. Б. Ребезов (Россия), Ю. Г. Сорока (Украина), Г. Н. Узаков (Узбекистан), Н. Х. Хоналиев (Таджикистан), А. Хоссейни (Иран), А. К. Шарипов (Казахстан)

Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). — М42 Уфа: Лето, 2014. — iv, 80 с.
ISBN 978-5-87308-133-6

В сборнике представлены материалы II Международной научной конференции «Медицина и здравоохранение».

Предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов медицинских и фармацевтических специальностей, а также для широкого круга читателей.

УДК 61
ББК 5

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Полина Ю.В., Белова Е.П.

Особенности работы психотерапевтического кабинета на базе городской бюджетной общесоматической поликлиники. 1

Рябышева Л.В., Макарова О.Н.

Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране 3

Савина О.В.

Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских колледжей. 6

Щетинкина Л.А.

Занятия физической культурой и спортом при близорукости в Тверском медицинском колледже 8

2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Даниялова Н.Д.

Человек, Врач, Воин, Строитель. 12

3. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Sidorenko M.

Pesticides and immune system – a clear link 14

5. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Шибeko P.В., Малевский Н.А., Баранов С.И.

Универсальный термический массажер 16

6. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Азизова Г.Ф.

Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности 21

Бойко А.В., Ганина Х.В., Абдулфахаб М.А.

Die Aerosoltherapie als zusätzliche Methode bei der Chemischen Grundtherapie der Kranken an der Lungentuberkulose ist mit den bronchialobstruktiven Syndrom verwickelt 25

Василенко В.С., Карповская Е.Б.

Эндогенная интоксикации как фактор развития стрессорной кардиомиопатии. 27

Зелюк С.В.

Комплексная оценка эффективности хирургического лечения генитального пролапса у женщин трудоспособного возраста. 30

Кураев Н.Ш., Иманшапиев А.М., Даниялова Н.Д.

Профилактика отека спинного мозга у больных с острой спинномозговой травмой 40

11. Шмуклер, А. Б. Психозы беременности: обзор литературы // Проблемы «продукции». 1995. №2. с. 19–22.
12. Newton, R. W. IV Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight // British medical J. 1984. V. 288. P. 1191–1194.
13. Nuckolls, K. B., Cassel J., Kaplan B. G. Psychosocial Assets, Life crisis and the prognosis of pregnancy // Amer. J. Epidem. 1972. N5. P. 431–441.
14. McDonald, R. L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review // Psychosom. Med. 1968. N30. P. 222–237.
15. McDonald, R. L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review // Psychosom. Med. 1968. N30. P. 222–237.

Die Aerosoltherapie als zusätzliches Methode bei der Chemischen Grundtherapie der Kranken an der Lungentuberkulose ist mit den bronchialobstruktiven Syndrom vernickelt

Бойко Анна Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент;
Ганина Христиана Вячеславовна, студент;
Абдулфахаб Мохамед Ахмед, клинический ординатор
Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы, Украина)

Boiko Anna Viktorovna, Doktor der Medizin, Dozent, Lehrstuhl für Phtisiatrie und Pulmonologie;
Hanina Khrystiana Vjacheslavovna, Studentin der medizinischen Fakultät;
Abdulfahab Mohamed Ahmed, Klinischen intern Lehrstuhl für Phtisiatrie und Pulmonologie
Bukowiner medizinische Staatsuniversität (St. Czernowitz)

Die zweckgebunden und verbunden Verwendung von einigen Mittelsgruppe für Verneblungstherapie liegt in der respiratorische Therapie der Lungentuberkulose zugrunde. Für heute gibt es eine Auswahlmöglichkeit der Arzneimittel für Verneblungstherapie. Aber man kann sich auf Präparaten, einschließlich der Hauptmittel aus der Gruppe von Bronchodilatoren, Steimlöser, Glukokortikoide, Antiseptika und Tuberkulosemittel beschränken. Nach unserer Erfahrung soll man ins Behandlungsschema Antroent oder Berodual, Lasolvan oder Fluimucil, Isoniazidum Amikacinum und andere Tuberkulosemittel einschließen. Die Vielfachheit der Verneblungstherapiebehandlungen und auch Dosierung, die oben genannt sind, können verändert sein. Die Aerosoltherapie kann bei Bedarf verwendet werden, aber es soll nicht die Tagesdosis der Präparate gesteigert werden.

Schlüsselwörter: die Respiratorische Therapie, der Lungentuberkulose.

Die Verneblungstherapie ist neben der grundlegenden Chemotherapie hauptsächlich den Kranken an der infiltrativen Tuberkulose und auch bei Vorhandensein der Destruktionsleeren in den Lungen verwendet. Sie ist auch am meisten effektiv bei der Bronchientuberkulose mit erweitertem Tuberkuloseprozess. Für Aerosole werden wasserlösliche Tuberkulosemittel ausgenutzt [2].

Bei der Auswahl des antimykotisch-bakteriellen Präparats für Inhalationstherapie muss seinen verschiedenen Einfluss auf extrazellulär und intrazellulär angeordnete MTB berücksichtigt werden. Da die Mehrheit von MTB sich auf der ersten Stufe der Tuberkuloseinfektion extrazellulär befindet, werden die Inhalationen in den ersten zwei Monate von Streptomizin (2 Kurse je 25 Inhalationen mit der Pause für 12 Tage — 250–500 mg, es wird in 3–5 ml. der isotoni-schen Lösung NaCl jeden Tag oder jeden zweiten Tag aufgelöst, der zweite Dosisteil wird mit dem konventionellen Verfahren eingeführt) bevorzugt. Während des Nachlassens vom

Tuberkuloseprozess die Mehrheit von MTB befinden sich intrazellulär. In dieser Zeit soll Isoniazidum (2 Kurse je 25 Inhalationen mit der Pause für 12 Tage — 5% Lösung (oder 10% aufgelöste in Salzlösung je 2 ml zwei — oder dreimal pro Tag) der zweite Dosisteil wird konventionell eingeführt) bevorzugt werden, da es bessere Durchdringung und intrazelluläre Aktivität hat. Wenn die Tuberkulosemittel schlecht bei den gewöhnlichen Ausnutzung ertragen werden, kann die ganze Tagesdosis per Inhalation eingeführt werden [1].

Die Vorteile der Inhalation von Rifampicinum ist eine große klinische Effektivität, aber eine schlechte Lösbarkeit lässt es ins Aerosol nicht verwenden, darum kann Dime-xidum als Lösungsmittel und Leiter von Rifampicinum sein, das seinerseits antimikrobische Wirkung hat und positiv die Funktionen der T- und B-Lymphozyten beeinflusst. Die Arzneimittelmischung wird mit dem Lösen von 150–300 ml. von Rifampicinum in 3–4 ml. DMCO bekommt. Amika-cinum ist ein halbsynthetisches Antibiotikum aus der Gruppe

der Aminoglykoside, das ein breites Wirkungsspektrum hat. Es ist meistens aktiv in Bezug auf gram-negative Mikroorganismen einschließlich Stämme, die resistent gegen Gentamycinum sind. Für Aerosoltherapie wird Amikacinum zweimal pro Tag je 250mg (100 mg — 2 ml) benutzt, das in 2–3 ml isotonischer Lösung NaCl aufgelöst wird, und Kanamycinum — einmal pro Tag je 0,5 g, das in 5 ml der isotonischen Lösung NaCl aufgelöst wird [3,4].

Am Anfang der Verneblungstherapie wird die Inhalation der Prüfungsdosis durch antibakterielle Mittel durchgeführt, die der Halbe von Einzeldosis gleichgesetzt ist um sich von dem Fehlen des Bronchospasmus der allergischen Reaktion zu überzeugen. Am nächsten Tag wird die Prüfungsdosis wiedergeholt. Bei guter Verträglichkeit der zweiten Prüfungsdosis wird die Volldosis des Präparats gewöhnlich mehr niedrig als bei der parentalen Anwendung beschrieben.

Die Verwendung von kurzen Kursen (bis 4 Woche) der Aerosoltherapie erhöht die Behandlungseffektivität der Kranken an der Tuberkulose einschließlich chemo-resistente und verringert die Entwicklung von sklerotischen Prozessen in dem Parenchym, aber mehr dauernde Kurse (mehr als 30 Tage) beeinflussen die Elemente der aero-hematischen Barriere negativ. Im Notfall dauernder Benutzung der Aerosoltherapie in der Komplexbehandlung muss man Pausen zwischen Inhalationskursen für 2 Woche mit dem Ziel der Erneuerung von mykozellulärer Clearance der Schleimhaut der Luftwege [5].

Die Verwendung der kurzen Inhalationskurse von Tuberkulosemitteln bei der Komplexbehandlung der Kranken an Tuberkulose trägt solche Weise der Beseitigung der Vergiftungssymptome; der Resorption der Entzündungsveränderungen in den Lungen bei; ihrer Benutzung erhöht in der präoperativen Periode zusammen mit den Bronchodilatoren und anderen pathogenetischen Mitteln die Synthese von Surfactant und in der postoperativen Periode verringert die Häufigkeit solcher Verwicklungen wie Atelektase, Lungenentfaltung, Lungenentzündung.

Die Tuberkulosemittel sollen als Aerosol nach der vorigen Vorbereitung als Reinigung der Atmungswege von zähflüssigem eitrigem Auswurf und Öffnung der Bronchiolen und Alveolen in den Verletzungsherden benutzt werden, sonst ist ihre Effektivität misstrauisch und steigert das Allergorisko und Unverträglichkeit der Chemopräparaten. Bei der Auswahl der Arzneimittel muss man Gegenüberstellung zwischen dem Risiko und der Nützlichkeit davon schätzen. Man soll berücksichtigen, dass die Effektivität der Verneblungstherapie nicht nur von optimaler Dosierung der Tuberkulosemittel, ihrer Ausnutzungsperiodizität, sondern auch von technischer Charakteristik der Verneblungsmittel, das heißt von Verneblern, Aerosolen und Verdichtersinhalatoren abhängt. Nach Vorschrift der Tuberkulosemittel wird die beste Desposition der Aerosole mit der Hilfe der Vernebler erreicht, die die feindispersene Teilchen erzeugen. Da die Antibiotikumslösungen hohe Zähigkeit haben, sollen starke Verdichter und Vernebler benutzt werden.

Die Antibiotika, Tuberkulosemittel, Immunomodulatoren und Antiseptika als Aerosole werden mit der Hilfe der Vernebler lokal, direkt in den Lungen eingeführt, darum können die Dosen der Präparaten gesunken oder mit der Hilfe der einigen Behandlungen der Verneblungstherapie hineingeführt werden. Aber die Einführung oben genannter Präparaten mit dem Inhalationsverfahren kann zu ihrem Eindringen in den entzündlichen, angeschwollenen Alveolen gebracht werden, die mit dem Bronchialsekret eingefüllt sind, dann wird die Resorption der Präparate mangelhaft. Nur nach der Erneuerung der Durchgängigkeit der Atemwege, besonders kleiner Bronchien, soll man die Grundtherapie mit der Inhalationsweise beginnen.

Für Vorsanierung der Atemwege werden Reinigungsmittel, Antiseptika, Schleimlöser, in einigen Fällen — Kortikosteroide und andere Antiphlogistika verwendet. Mit dem Ziel des tiefen Eingangs der Arzneilösung ins Schadenbereich können zum Beispiel die Kranken von dem ersten Tag Bronchialdilatation, solche Vorschriftsweise im Laufe von 2–3 Tage mit der Hilfe der Aerosole von bronchial-dilatierendem Gemisch gemacht werden, das aus den folgenden Präparaten besteht: 5 ml 2,4% Euphyllinum, 0,5 ml 2% Papaverinum, 0,25 ml 1% Dimedrol, 2 ml 5% Glucose.

Für Schaffen des bronchial-dilatierendem Gemisches können solche Arzneimittel genutzt werden, wie Euphyllinum, Papaverinum, Platyphyllinum, Dimedrol, Prednisolonum und ähnliche Mittel. Man muss berücksichtigen, dass diese Präparate nicht direkt die Schleimhaut der Bronchien beeinflussen.

Eine der wichtigsten Gründe mangelhafter Behandlungseffektivität der Tuberkulose ist ihre Verwicklung von bronchial-obstruktivem Syndrom. Das wichtigste Kettenglied der Pathogenese von der Herausbildung der epidemischen Lungentuberkulose ist ein epidemischer Bronchialbefall von dem Tuberkuloseprozess mit der Entwicklung der generalisierten Atemwegenobstruktion. Bei den Patienten, die wegen Lungentuberkulose operiert werden, verschärfen sich nicht nur Obstruktionserscheinungen, sondern auch gibt es die Wahrscheinlichkeit der nächsten Entwicklung von chronischer obstruktiver Bronchitis wegen der Architektoniksveränderung der Strukturelemente der Lungenwege und Bronchialverformung infolge des chirurgischen Eintritts.

Das einfache Schema der Verneblungstherapie der obstruktiven Bronchitis ist am meisten der Verwendung von Berodual — 1 ml. für 4 ml. physiologische Kochsalzlösung je 1 Prozedur. Die Reihe der ganz verschiedenen Kombinationen der Arzneistoffe in den Aerosolen ist wie Grundtherapie der Bronchialobstruktion abhängig von Vorherrschen des Bronchialkrampfes oder mangelhafter Expektoration zähflüssigen Auswurfes. Sowohl bei der Grund — als auch intensiver Therapie kann die Reihenfolge von Antrovent oder Berodual mit dem Steimlöser Lasolvan und auch in Komplex mit den Kortikosteroiden durch konkrete Indikationen an ihre Benutzung und den Charakter der Lungenpathologie, im besonderen bei den Kranken an der Tuberkulose in der postoperativen Periode, die an den Lungen operiert

werden, festgestellt werden. Ihre Anwendung muss von behandelndem Arzt in jeder konkreten Situation mit der Information und Anweisung für den Patienten bestimmt werden. Man soll sich ans Konsequenzsprinzip der Ausnutzung im Laufe des Tages von medizinischen Präparaten mit verschiedener pharmakologischer Aktivität und der Ausrichtung halten. Dabei ist es bequem, mehrere Vernebler, jeden mit seinem Präparat, zu benutzen. Es wird die Verbindung von Berodual — 1–2 ml, Lasolvan — 2–3 ml, Pulmicort 2 ml (0,5 oder 0,25 ml) in einem Vernebler zugelassen.

Die Kranken an der Tuberkulose sollen auf Ausnutzung eiweißabbauenden Enzymen in Aerosolen Trypsinum, Chymopsin, Chymotrypsin, Streptokinasum, Ribonuclease und andere wegen negativer Eigenschaften und verstärkter Hypersekretion verzichtet werden. Die Steimlöser sollen nicht bei der Tracheitis und der Bronchitis mit kärglicher Absonderung aus den Bronchen genutzt werden. Wie die Literaturangaben und unsere Erfahrung zeugen, ist die Verneblungstherapie der Bronchialobstruktion meistens effektiv hauptsächlich bei der umgekehrten Faktoren, wenn Bronchialkrampf, Entzündungsödem, Infiltration der Schleimhaut und der Submukosa der Bronchien, Schleimverschluß der Atemwege infolge seiner Expektorationsverletzung. Die Verneblungstherapie ist weniger effektiv bei der morphologischen Unrückfaktoren, wenn es Bronchialstenose Bronchialobliteration wegen ausgedrückter Dyskinesie gibt.

Literatur:

1. Бабаджан В. Д. Небулайзерная терапия: стандарты применения и современные возможности в Украине / В. Д. Бабаджан // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2013. — № 5 (64). — с. 71–74.
2. Бекетова Г. В. Современные возможности лечения бронхообструктивного синдрома у детей / Г. В. Бекетова // Здоров'я України. — 2012. — октябрь. — 47 с.
3. Бухтияров Э. В. Небулайзерная терапия заболеваний органов дыхания у детей / [Бухтияров Э. В., Коринева Л. С., Подоляка В. Л., Самойленко И. Г., Максимова С. М.] // Дитячий лікар — 2011. — № 4 (11). — с. 1–4.
4. Коваленко С. В. Досвід застосування небулайзерної терапії Декасаном хворих із інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень в умовах пульмонологічного відділення / С. В. Коваленко // Укр. хіміотерапевтичний журнал. — 2010. — № 1–2 (23). — с. 65–66.
5. Лапшин В. Ф. Небулайзерна терапія в педіатричній практиці / [Лапшин В. Ф., Уманець Т. Р., Дзись О. П.] // Педіатрія. Акушерство. Гінекологія. — 2007. — № 18/1. — с. 21–23.

Эндогенная интоксикация как фактор развития стрессорной кардиомиопатии

Василенко Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор;
Карповская Екатерина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение

Эндогенную интоксикацию (ЭИ) рассматривают как один из универсальных механизмов патогенеза различных заболеваний, который включает выход в кровь из патологического очага токсических продуктов, их рас-

пространение по организму с током крови и воздействие на другие органы и ткани (Чаленко В. В., Кутушев Ф. Х., 1990; Горбинский А. М., 1994).

Очевидно, что развитие патологических нарушений в организме при интоксикации будет зависеть от баланса двух противоположно направленных процессов — ско-

Для Verneblungstherapie in der Pulmo-physiopraxis können die Lösungen der modernen Bronchodilatoren und Stabilisatoren der fetten Zellenmembrane (Salbutamol, Neobutamol, Fenoterol, Terbutalin), Antiphlogistika/lokale Glukortikoide (Budesonid, Fluticason), Steimlöser (Ambroxol, N-Acetylcysteinum), Rehydratoren der Schleimhaut der Atemwege (alkalische Mineralwasser: «Lushanska», «Poljana Kvasova», «Borshomi» und andere), Antiseptika (Decasan, Dioxidinum, Furacilinum), Immunomodulatoren (Ribavirinum, Laferonum, Acidum Aminocaprocidum) und verschiedenen bakterienfeindliche Mittel genutzt werden.

Die zweckgebunden und verbunden Verwendung von einigen Mittelsgruppe für Verneblungstherapie liegt in der respiratorische Therapie der Lungentuberkulose zugrunde. Für heute gibt es eine Auswahlmöglichkeit der Arzneimittel für Verneblungstherapie. Aber man kann sich auf Präparaten, einschließlich der Hauptmittel aus der Gruppe von Bronchodilatoren, Steimlöser, Glukokortikoide, Antiseptika und Tuberkulosemittel beschränken. Nach unserer Erfahrung soll man ins Behandlungsschema Antroent oder Berodual, Lasolvan oder Fluimucil, Isoniazidum Amikacinum und andere Tuberkulosemittel einschließen. Die Vielfachheit der Verneblungstherapiebehandlungen und auch Dosierung, die oben genannt sind, können verändert sein. Die Aerosoltherapie kann bei Bedarf verwendet werden, aber es soll nicht die Tagesdosis der Präparate gesteigert werden.