

**Некоммерческое партнёрство
«Инновационный центр развития образования и науки»**

**Информационный партнёр - ГБОУ ВПО Уральский государственный
медицинский университет Минздрава России**



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-
практической конференции с международным участием**

**г. Екатеринбург
2014г.**

УДК 61(06)
ББК 5я43

Актуальные вопросы современной медицины / Сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием. - Екатеринбург, 2014.-311 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Анищенко В.В., д.м.н., профессор Балязин В.А., д.м.н., профессор Белов В.В., д.м.н., профессор Быков А.В., д.м.н., профессор Грек О.Р., к.м.н. Гриб М.Н., д.м.н. Гумилевский Б.Ю., д.м.н., профессор Даниленко В.И., д.м.н. Долгушина А.И., д.м.н., доцент Изможерова Н.В., д.м.н., доцент Ильичева О.Е., д.м.н., профессор Карпищенко С.А., д.м.н. Куркатов С.В., д.м.н. Курушина О.В., д.м.н., доцент Малахова Ж.Л., д.м.н., профессор Нартайлаков М.А., д.м.н., профессор Смоленская О.Г., д.м.н., профессор Тюков Ю.А., д.м.н., профессор Юлдашев В.Л.

В сборнике научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины» (г. Екатеринбург) представлены научные статьи, тезисы, а также сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, а также врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

© ИЦРОН, 2014 г.

СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	245
АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
Францев Р.С.	245
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК	
Францев Р.С., Чумаков П.И.	247
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	250
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	
Бойко А.В., Захарук К.Н., Петрик И.В.	250
ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА, ВЫЗВАННОГО РАЗНЫМИ СУБТИПАМИ «ПЕКИНСКОГО» СЕМЕЙСТВА МБТ	
Алексеева С. И., Зоркальцева Е.Ю.	253
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	256
АРТЕРИАЛЬНЫЙ ВАЗОСПАЗМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ: РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 И С3а-ФРАГМЕНТА КОМПЛЕМЕНТА	
Чуклин С.Н., Усач О.Б.	256
ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ КРИОГЛОБУЛИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ НА ЧАСТОТУ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ С ОТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	
Шевченко Р.С., Мищан С.А., Поляков А.В., Граматюк С.Н.	260
ВЛИЯНИЕ ЭНОКСАПАРИНА НА РИСК РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ	
Бузов Д.А. ¹ , Кузьмин В.В. ^{1,2}	262
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СФОРМИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Шевченко Р.С., Набойченко Я.В., Писаренко Г.М., Граматюк С.Н.	264
ПАНКРЕАТОГЕННЫЕ ЖИДКОСТНЫЕ СКОПЛЕНИЯ И ОРГААННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	
Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б.	266
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛАЗЕРНЫХ УСТАНОВОК ДЛЯ ПУНКЦИОННОГО УЗ-КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ КИСТ И БУРСИТОВ	
Виноградов О.А., Аронов А.Л., Еремин А.А., Бабушкин Д.А., Коробова Н.Ю., Жиляков А.В.	270
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ	
Шевченко Р.С., Брек О.О., Граматюк С.Н.	272
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	274
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Санеева Г.А. ¹ , Андреева Е.И. ¹ , Унанова И.А. ¹ , Никитина О.А. ² , Карслиева М.В. ²	274
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	275
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	276
ЗНАЧЕНИЕ АВИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	
Жидик В.В., Мearаго Ш.Л.	276
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	279
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ	
Никифоров И.А., Чернобровкина Т.В.	279
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	284
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
Бойко М.П., Карабинцева Н.О.	284
О КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЯХ, ПРИОБРЕТАЕМЫХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ИСТОРИЯ ФАРМАЦИИ»	
Рябова Е.И., Кныш О.И.	286
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Кищенко Ю.М., Аджинко В.Л.	287
ПРОБЛЕМЫ ОРФАННЫХ БОЛЬНЫХ В РОССИИ	
Бондарева Т.М. ¹ , Гордиенко В.В. ¹ , Парфейников С.А. ¹	289



Рис.3. Слева – компьютерная нефроангиография больной Г. Кроме магистральных определяются добавочные сосуды обеих удвоенных почек. Справа - компьютерная нефроангиография больного О. Артериальная гипертензия. Неполное удвоение левой почки. Прободные (отходящие от аорты) добавочные артерии к нижнему сегменту удвоенной почки.

Выводы

Выявление участков ишемии почечной паренхимы в зоне кровоснабжения добавочной почечной артерии с использованием аортоангиографии и мультиспиральной компьютерной нефроангиографии позволяет выбрать оптимальный способ хирургического лечения нефрогенной артериальной гипертензии при неполном удвоении почек.

Список литературы

1. Ефремова Е.Д. Особенности реактивности системного кровообращения у практически здоровых молодых лиц, имеющих родственную связь первой степени с больными гипертонической болезнью/ Ефремова Е.Д. // Автореф. Дис. канд. мед. наук. - 2004. – 24 с.
2. Францев Р.С. Хирургическое лечение нефрогенной артериальной гипертензии при неполном удвоении почки / Францев Р.С., Чумаков П.И. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1; URL: <http://www.science-education.ru/115-11930>
3. Hillege H.L. Urinary albumin excretion predicts cardiovascular and noncardiovascular mortality in general population / Hillege H.L., Fidler V., Diercks G.F. et al. // *Circulation*. - 2002. - Vol. 106. – P. 1777 - 1782.
4. Croley J.J., Santos R.M., Peter R.H. et al. Progression of renal artery stenosis in patients undergoing cardiac catheterization // *Am. Heart J.* — 1998. — 136. — 913-918.
5. Dorros G., Jaff M., Mathiak L. et al. Four-year follow-up of Palmaz-Schatz stent revascularization as treatment for atherosclerotic renal artery stenosis // *Circulation*. - 1998. - 7. - 642-647.

СЕКЦИЯ №43.

ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Бойко А.В., Захарук К.Н., Петрик И.В.

Буковинский государственный медицинский университет Украины, г.Черновцы

Лечение химиорезистентных форм туберкулеза (ТБ) легких, которые характеризуются быстрым размножением микобактерий туберкулеза (МБТ), массивными инфильтративно-казеозными изменениями в легких, многочисленными деструкциями легочной ткани, выраженным интоксикационным синдромом, вызывает значительные трудности. Одна из

главных причин недостаточной эффективности лечения данного контингента больных – побочные реакции, возникающие в процессе комбинированной терапии противотуберкулезными препаратами (ППП).

В последнее время в литературе много научных работ посвящено изучению эндогенной интоксикации (ЭИ) при различных патологических заболеваниях, поскольку ЭИ является одним из самых важных критериев, которые определяют тяжесть состояния человека [1,2,3]. Учитывая данные многих исследователей, ЭИ – это отравление организма промежуточными и конечными продуктами обмена веществ, вследствие их накопления выше нормы в связи с повышенным катаболизмом или блокадой детоксикационных систем организма и с последующим повреждением других органов и систем организма.

Цель

Определить степень активности специфического воспалительного процесса при различных клинических формах химнорезистентного ТБ на основании комплекса клинических, лабораторных, инструментальных и рентгенологических данных, определить основные побочные действия, вызванные теми или иными ППП, которые чаще встречаются в регионе и усовершенствовать пути фармакологической коррекции отдельных звеньев метаболических изменений, в зависимости от функционального состояния органов системы пищеварения.

Результаты исследования

Объектом исследования были 112 впервые диагностированных больных с химнорезистентным ТБ легких, 22 пациента с сохраненной устойчивостью МБТ к ППП, которые находились на лечении в стационарах 1 и 2-го фтизиатрических отделений Черновицкого областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД), 20 больных с химнорезистентным туберкулезом городского противотуберкулезного диспансера, у которых проводилось исследование непереносимости ППП. Диагностику туберкулеза и определение степени активности специфического воспалительного процесса применяли на основании комплекса клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Для сравнения те же показатели исследовали у 21 здоровых добровольцев, которые составили контрольную группу. Полученные результаты обрабатывались по общепринятым методикам с применением критерия отличия Стьюдента и приложений из пакета Microsoft Office-XP, Statistica 6.0 (StatSoft™).

Анализ проведенных исследований показал: развитие побочных реакций при проведении полноценной химиотерапии у больных химнорезистентным туберкулезом возникает преимущественно вначале интенсивной фазы лечения. Анализ показателя частоты возникновения побочных реакций ППП проводился среди 132 больных химнорезистентным туберкулезом легких, которые находились на лечении во II фтизиатрическом отделении ОПТД и городского противотуберкулезного диспансера, он составил 15,2 % от общего количества пациентов. В 8 % случаев приходилось полностью отказаться от дальнейшего применения ППП, к которым развилось побочное действие.

Данные клинических, лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости у 20 пациентов с химнорезистентным туберкулезом свидетельствуют о том, что нарушения функционирования органов системы пищеварения наблюдается в основном со стороны гепато-панкреато-билиарной системы в виде диффузных изменений печени, иногда ее увеличения, а также признаков холецисто-панкреатита встречаются среди больных с монорезистентностью - у 41%, среди пациентов с мультирезистентностью в 72% случаев, с полирезистентностью - почти в 90 % и у всех больных с расширенной устойчивостью МБТ.

В результате исследования непереносимости ППП оказалось, что среди препаратов I и II ряда чаще побочные реакции возникают при приеме протинамида - у 30% больных, которые предъявляли жалобы на тошноту, головокружение, боль в животе, тахикардию, а также при применении канамицина - у 25 %, пациенты жаловались на ухудшение слуха, возникал шум в ушах. У 10% больных при приеме левофлоксацина возникали артралгия, миалгия, тошнота и головокружение. Аллергические реакции в виде сыпи на коже, зуда возникали у 15% пациентов при приеме пипразинамида, этамбутола и гатифлоксацина. У 15 % наблюдались расстройства ЖКТ - диарея, тошнота, рвота при приеме офлоксацина, коксерина и териза. У 5 % наблюдался эпилептический припадок после приема клозерина.

Нами было отобрано 59 пациентов с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких, у которых выявлялись изменения в гепато-панкреато-билиарной системе. У 20 пациентов был химнорезистентный туберкулез, они составили 1 группу обследования, 2-ю группу составили пациенты с чувствительными МБТ, 3-ю группу составили 22 пациента с химнорезистентным туберкулезом легких, у которых не было выявлено нарушений со стороны пищеварительной системы. Контрольную группу составили 21 здоровых волонтеров.

У большинства исследуемых пациентов 2 и 3 групп (в 57,5 % случаев) встречался умеренно выраженный интоксикационный синдром, о чем свидетельствовали преимущественно фебрильная температура тела, жалобы на общую слабость, утомляемость, резкое похудение, отсутствие аппетита, изменения клинического анализа крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, выраженные катаральные явления в легких. Рентгенологически у всех больных выявлено деструкции в легких, инфильтративно-очаговые изменения различной распространенности. Для более полной характеристики тяжести заболевания мы определяли ряд индексных показателей - лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ), лимфоцитарный индекс (Илим) и индекс алергизации (ИА).

Снижение лимфоцитарного индекса является прямым показателем наличия эндотоксикоза у больных 1-3 групп в той или иной степени. Лейкопения и уменьшение СОЭ приводит к снижению ГПИ и отображает интоксикацию как стадию эндотоксикоза. В группах, которые исследовались, наблюдались лейкоцитоз и повышение СОЭ а соответственно и повышение ГПИ, что свидетельствует о выходе интоксикации за пределы интерстициального пространства и манифестации

эндотоксикоза на уровне периферической крови. Самое большое различие ЛИИ и ГПИ наблюдалось в 1 группе пациентов, что свидетельствует о высокой выраженности эндотоксикоза (ГПИ превышает ЛИИ) (Таб.1).

Таблица 1.

Таб.1. Расчет показателей эндогенной интоксикации ($\bar{x} \pm Sx$)

Показатели	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=17)	Группа 3 (n=22)	Контрольная группа Практически здоровые люди (n=21)
Лейкоцитарный индекс интоксикации	1,92±0,07 p<0,05	1,84±0,06 p<0,05	1,89±0,06 p<0,05	1,65±0,03
Гематологический показатель интоксикации	2,35±0,06 p<0,05	2,03±0,06 p<0,05	2,0±0,06 p<0,05	0,62 ± 0,09
Индекс сдвига лейкоцитов	3,2±0,07 p<0,01	3,06±0,07 p<0,01	2,9±0,07 p<0,01	1,94±0,05
Лимфоцитарный индекс	0,35±0,07 p<0,01	0,29±0,07 p<0,01	0,36±0,07 p<0,01	0,57±0,06
Индекс алергизации	0,96±0,06 p<0,01	0,92±0,06 p<0,01	0,89±0,06 p<0,01	0,84±0,04

Достоверность отличий: p - по сравнению с контролем, n - число наблюдений.

Анализ результатов исследования также свидетельствует о том, что степень тяжести ЭИ не зависит от клинической формы туберкулезного процесса в легких. При сопоставлении полученных результатов в случае инфильтративной и диссеминированной форм достоверных различий показателей не наблюдалось. Следует также отметить, что показатели интоксикации постоянно повышаются по мере тяжести формы туберкулеза легких. Показатель лейкоцитарного индекса интоксикации является наиболее чувствительным в отношении оценки выраженности эндогенной интоксикации всех изученных групп больных в нашем исследовании.

Вывод

Чрезмерно выраженная острофазовая мобилизация защитных сил организма сопровождается истощением резервов детоксикации, что может приводить у больных туберкулезом к ряду негативных последствий - развитию анемии, гиперкоагуляционного синдрома, синдрома мальабсорбции и др., которые требуют соответствующей коррекции программ лечения. Перевод таких пациентов на инъекционные схемы лечения ПТП, позволяет проводить 100% контроль за химиотерапией, обеспечивает 100% биодоступность препаратов и снижает токсическое влияние с потенцированием действия первичного препарата, способствует повышению эффективности и сокращению сроков лечения, а также имеет фармакоэкономический эффект при лечении больных химиорезистентным туберкулезом.

Список литературы

1. Андрейчин М.А., Бех М.Д., Дем'яненко В.В., Ничик А.З., Ничик Н.А. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму (методичні рекомендації). – К., 1998. – 33 с.
2. Дунтау А.П. Механизмы эндотоксикоза при туберкулезе легких / А.П. Дунтау, А.В. Ефремов, В.В. Бакаев // Пробл. туберкулеза. – 2000. – №1. – С. 37–39.
3. Инсанов А.Б. Оценка степени эндотоксикоза при туберкулезе легких / Инсанов А.Б. // Материалы 7 съезда фтизиатров России, 2003.