



**НАУЧНЫЙ
ФОРУМ**
nauchforum.ru

ISSN 2618-9399



**XXIV Студенческая международная
заочная научно-практическая
конференция**

**ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.
СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ
№1(24)**

г. МОСКВА, 2020



ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

*Электронный сборник статей по материалам XXIV студенческой
международной научно-практической конференции*

№ 1 (24)
Январь 2020 г.

Издается с февраля 2018 года

Москва
2020

УДК 50+61
ББК 20+5
Е86

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, г. Киев, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Волков Владимир Петрович – кандидат медицинских наук, рецензент АНС «СибАК»;

Елисеев Дмитрий Викторович – кандидат технических наук, доцент, начальник методологического отдела ООО "Лаборатория институционального проектного инжиниринга";

Захаров Роман Иванович – кандидат медицинских наук, врач психотерапевт высшей категории, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) г. Москва;

Зеленская Татьяна Евгеньевна – кандидат физико-математических наук, доцент, кафедра высшей математики в Югорском государственном университете;

Карпенко Татьяна Михайловна – кандидат философских наук, рецензент АНС «СибАК»;

Копылов Алексей Филиппович – кандидат технических наук, доц. кафедры Радиотехники Института инженерной физики и радиоэлектроники Сибирского федерального университета, г. Красноярск;

Костылева Светлана Юрьевна – кандидат экономических наук, кандидат филологических наук, доц. Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС), г. Москва;

Попова Наталья Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и психологии института детства НГПУ;

Е86 Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум.

Электронный сборник статей по материалам XXIV студенческой международной научно-практической конференции. – Москва: Изд. «МЦНО». – 2020. – № 1 (24) / [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: https://nauchforum.ru/archive/SNF_nature/1%2824%29.pdf

Электронный сборник статей XXIV студенческой международной научно-практической конференции «Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной науки.

Данное издание будет полезно магистрам, студентам, исследователям и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития современной науки.

Оглавление

Секция 1. Медицина и фармацевтика	4
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ Ахметгареева Раиля Раилевна Никифорова Светлана Александровна	4
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ АРХИВНЫХ ДАННЫХ КБ СОГМА РСО-АЛАНИИ Басиева Мадина Альбертовна Садыгова Камила Хамисовна Макиев Георгий Георгиевич	11
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ В 2018 ГОДУ СРЕДИ НЕКОТОРЫХ РЕГИОНОВ ЦФО Беловицкая Екатерина Сергеевна Романенко Сергей Михайлович Ребров Дмитрий Артурович	17
МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО МАССАЖА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Демиденко Владимир Алексеевич Демиденко Евгений Алексеевич	20
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Хайрутдинова Диля Фанилевна Канева Агния Васильевна Злоказова Марина Владимировна	31
Секция 2. Химия	35
ПОРТУЛАК ОГОРОДНЫЙ СОРНЯК-ЦЕЛИТЕЛЬ Хачерян Анжелика Врежевна Епанчина Мария Васильевна	35

СЕКЦИЯ 1.

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ахметгареева Раиля Раилевна

*студент, Оренбургский государственный медицинский университет,
РФ, г. Оренбург*

Никифорова Светлана Александровна

*научный руководитель, канд. мед. наук, ассистент,
Оренбургский государственный медицинский университет,
РФ, г. Оренбург*

Эпидемиологические исследования показывают, что существует два возрастных пика заболеваемости раком шейки матки - в 34-36 лет, когда преобладает плоскоклеточный рак, и в 60-62 года, когда увеличивается доля аденокарциномы шейки матки.[1,3]

Рак шейки матки (РШМ) - злокачественная опухоль, ведущим этиологическим фактором которой является ВПЧ серотипов 16, 18, 33, 35 и др. [4].

По данным ВОЗ в 2018 г. от рака шейки матки умерло около 311 000 женщин, причем более 85% этих случаев смерти имели место в странах с низким и средним уровнем дохода.[2]

Цель исследования:

- Изучить эффективность методов исследования в ранней диагностике рака шейки и выявить факторы риска РШМ.

Задачи:

- 1)Выявить факторы риска развития РШМ;
- 2)Выявить роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии онкологического заболевания;

3) Оценить роль цитологического и гистологического методов, кольпоскопии и гистероскопии в диагностике РШМ;

Дисплазия шейки матки (CIN) занимает промежуточное положение между нормальным эпителием шейки матки и раком *in situ*, относится к предраковым состояниям. Дисплазия может существовать долгие годы. Течение диспластических изменений бессимптомное, специфических жалоб нет.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 медицинских карт стационарного больного на базе ГАУЗ ГКБ №2 г. Оренбурга. Изучены истории болезней пациенток с дисплазией шейки матки различных степеней. Заболевание у пациенток было выявлено впервые при обследовании в стационаре, нескольким пациенткам был выставлен диагноз *Ca colli uteri in situ* до поступления в лечебное учреждение.

Из истории был изучен анамнез заболевания, жалобы больных, заключения проведенных методов - кольпоскопии, цитологического и гистологического исследований. Обращалось внимание на наличие заболеваний, передающихся половым путём и выявление типа папилломовируса человека.

Все пациентки жительницы районов Оренбургской области и города Оренбурга с дисплазией шейки матки различных степеней.

Результаты и их обсуждение.

По результатам нашего исследования дисплазия эпителия шейки матки была обнаружена на фоне визуальных изменений шейки матки (эрозия шейки матки и др.- 56,6%), и при отсутствии визуальных патологических изменений влагалищной части шейки матки (43,4%). Причем у семи пациенток - впервые выявленная патология (обнаружили при проведении профилактических осмотров). Возраст исследуемых женщин колебался от 20 до 68 лет, средний возраст составил 37, 25 лет. (Рис.1)



Рисунок 1. Возраст пациенток

Многие пациентки специфических жалоб не предъявляли. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота обнаружено у 7 пациенток; жалобы на желтоватые, обильные слизистые выделения или кровянистые выделения из половых путей (в течение 3 недель у одной, периодические – у двух других) - встречалось у 5 пациенток. Оценивая последние жалобы можно предположить о воспалительном или злокачественном процессе. Две пациентки предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла.

При изучении анамнеза было выявлено: раннее начало половой жизни (до 18 лет) в 47,2%; хронический цервицит в 11,1%; эрозия шейки матки в 38,89%; полип эндометрия в 11,1%, полип шейки матки в 2,7 %, миома матки в 27,7%; хронический аднексит в 5,5%; эндометриоз в 3,7%; РШМ в 38,8% случаев (Таблица 1, рис.2).

Таблица 1.

Факторы риска развития дисплазии шейки матки и РШМ

№ критерий	Показатели
1. Раннее начало половой жизни:	- до 18 лет у 17 (47,2%) пациенток
2. Использование презерватива в качестве метода контрацепции	У 13 (36,1%)
3. Роды и аборт в анамнезе:	- роды у 8 (22,2%) - аборт у 1 (2,7%) - роды и аборт у 21 (58,3%) -выкидыши у 2 (5,5%) - отсутствие беременности у 3 (8,3%)
4. Курение	У 5 (13,8%)
5. Вирусное поражение ШМ:	- ВПЧ У 13 (36,1%)

	-ВПЧ с ВИЧ У 1 (2,7%)
6. Наличие ИППП	-гонорея и трихомониаз У 2 (6,59%)
7. Сопутствующие гинекологические заболевания	эрозия шейки матки у 14 (в 38,89%); миома матки у 10 (в 27,7%); полип эндометрия у 4 (в 11,1%); хронический цервицит у 4 (в 11,1%); хр.аднексит у 2 (в 5,5%); эндометриоз у 1 (в 2,7%); полип шейки матки у 1 (в 2,7%) случаев.



Рисунок 2. Сопутствующие гинекологические заболевания

Среди всех больных одна пациентка (2,7%) с ВИЧ-инфекцией; 5 пациенток с вредной привычкой, как курение (13,8%); длительный прием КОК (более 5 лет) в 5,5%.

У 18 больных была произведена ПЦР на наличие вируса папилломы человека. У 11 из них был обнаружен вирус типа 16, 18 – они считаются высокоонкогенными (являются неблагоприятным фактором прогноза).

В нашем исследовании наличие вирусного поражения шейки матки было установлено у 15 (41,6 %) пациенток, из них ВПЧ – 14 (38,9 %), ВПЧ+ВИЧ – 1 (2,7%).(Рис.3)

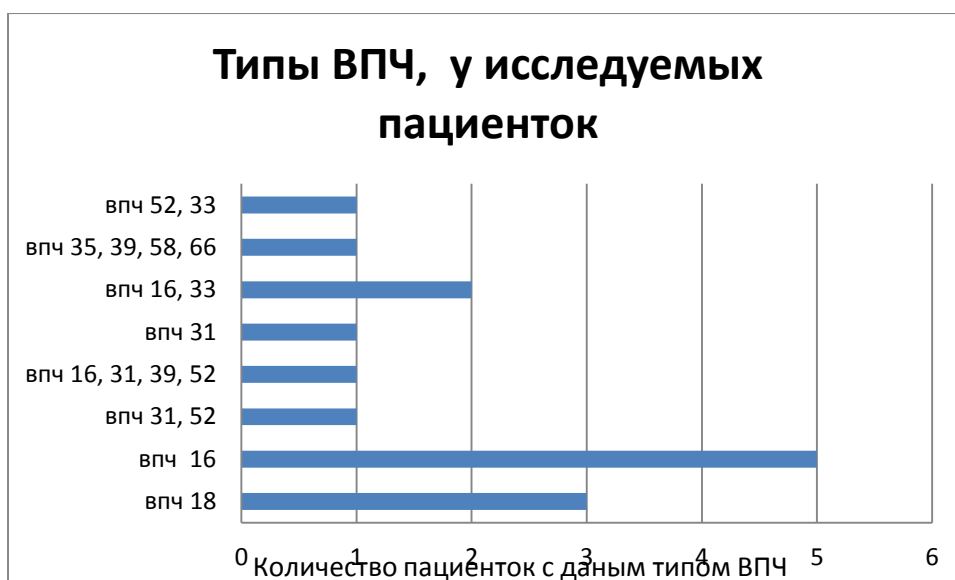


Рисунок 3. Тип ВПЧ у исследуемых пациенток

У пациенток также были выявлены такие урогенитальные инфекции, как гонорея, трихомонада в 5,5% случаев.

При кольпоскопическом исследовании выявлена зависимость между выраженностью кольпоскопической атипии и степенью тяжести дисплазии шейки матки.[5] При дисплазии лёгкой степени в основном выявляли нежную пунктацию, тонкую лейкоплакию. При дисплазии умеренной степени ацетобелый эпителий, йоднегативная зона, зона трансформации атипичного эпителия.

При тяжёлой степени дисплазии и начальных формах РШМ при кольпоскопии были обнаружены: ацетобелый эпителий, йоднегативная зона, пунктация грубая, мозаика, зона трансформации атипичного эпителия толстая лейкоплакия. Из данных протоколов кольпоскопических исследований выявлено, что у всех пациенток дисплазией шейки матки отмечаются йоднегативные участки. При анализе протоколов цитологического исследования ложноположительных было 4, ложноотрицательных - 5. При выраженных изменениях (CIN2-3, например) цитологический диагноз совпадал с гистологическим. Окончательный клинический диагноз устанавливался после гистологического исследования эпителия шейки матки.

По данным результатам гистологического исследования частота встречаемости дисплазии и РШМ в исследуемой группе выглядела следующим образом: подозрение на дисплазию шейки матки - 2,78%, CIN I – 2,78; CIN II – 8,33%; CIN III – 52,78%, Ca in situ 33,33%. (Таблица 2)

Таблица 2.

Результаты гистологического исследования в процентах, %

Степени дисплазии шейки матки	Подозрение на дисплазию шейки матки	CIN I	CIN II	CIN III	Ca in situ
Пациентов	1	1	3	19	12
Процент, %	2,78	2,78	8,33	52,78	33,33
Возраст, лет	20	46	31-64	22-68	22-58
Типы ВПЧ	-	16,33	-	18; 31,52; 16,31,39,52; 31; 16,33; 35, 39, 58,66; 16; 52,33;	18

15 пациенткам (41,6%) выполнена гистероскопия и раздельное лечебное диагностическое выскабливание (РЛДВ), затем ампутация шейки матки по Штурмдорфу. 18 пациенткам (50,0%) была проведена ГС и РЛДВ. Одна беременная (срок 6-7 недель беременности) пациентка (2,8 %) получала консервативное лечение дюфастоном, транексамом. Двум пациенткам (5,6%) по показаниям была проведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, экстирпация матки (одной – экстирпация матки без придатков, другой – экстирпация матки с маточными трубами, резекция правого яичника.)

Выводы:

В проведенном анализе выявлено, что отмечается снижение возраста впервые выявленного заболевания от возраста, описанного в литературе. Самый ранний возраст в данном исследовании 20 лет.

Главным предрасполагающим фактором развития *Ca colli uteru in situ* служило наличие вируса папилломы человека (ВПЧ) 16 и 18 типы, но были выявлены случаи заболеваний без наличия ВПЧ.

Цитологический метод являлся скрининговым, который позволял выявить патологические изменения в шейке матки. При анализе протоколов цитологического исследования ложноположительных было 4, ложноотрицательных - 5.

Кольпоскопия позволила заподозрить CIN патологию на самых ранних стадиях развития. Из данных протоколов кольпоскопических исследований - у всех пациенток с дисплазией шейки матки отмечаются йоднегативные участки.

Таким образом, гистологический метод подтверждает диагноз РШМ, но не может всегда использоваться. При выраженных изменениях (CIN2-3, например) цитологический диагноз совпадал с гистологическим. В данном исследовании по результатам гистологического исследования частота встречаемости дисплазии и РШМ в исследуемой группе выглядела следующим образом: подозрение на дисплазию шейки матки - 2,78%, CIN I - 2,78 %; CIN II - 8,33%; CIN III - 52,78%, *Ca in situ* 33,33%. Т.е. в 33,3% случаев выявлен *Ca colli uteru in situ* на фоне дисплазии тяжелой степени.

Список литературы:

1. Баисова Б.И. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с.
2. Довлетханова Э.Р., Папилломавирусная инфекция : теоретические и практические аспекты [Электронный ресурс] / Довлетханова Э.Р., Прилепская В.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 88 с.
3. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухина И.Б.: Гинекология: национальное руководство/ред. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-1088с.
4. Роговская С.И., Подзолкова Н.М., Минкина Г.Н.[и др.] Новое в кольпоскопии // Гинекология.-2011.-№13(5).-С.62–66.
5. Wentzensen N., Wacbolder S., Kinney W. Human Papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer // JNCI.-2011.-Vol.103,N3.-P.1-16

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ АРХИВНЫХ ДАННЫХ КБ СОГМА РСО-АЛАНИИ

Басиева Мадина Альбертовна

*студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
РФ, г. Владикавказ*

Садыгова Камила Хамисовна

*студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
РФ, г. Владикавказ*

Макиев Георгий Георгиевич

*студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
РФ, г. Владикавказ*

Аннотация. Проведен статистический анализ данных историй болезни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнениями за период с 2012 по 2018 года на базе Клинической больницы

Ключевые слова: язвенная болезнь, язва, осложнения, кровотечение, стеноз, перфорация.

Введение. Язвенная болезнь- это хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области, основным проявлением которого является образование язв слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки . Язвенную болезнь выявляют у 5-10% взрослого населения. По статистическим данным язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается чаще, чем язвенная болезнь желудка. В более молодом возрасте (до 40 лет) язвенная болезнь желудка наблюдается реже, а с возрастом частота ее развития повышается. Язвенная болезнь примерно в 4 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Язвенную болезнь следует отличать от симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, являющихся осложнением других заболеваний внутренних органов и патологических состояний: острого инфаркта миокарда, тяжелой сердечной или дыхательной недостаточности, сепсиса, травм,

хирургических операций, массивных ожогов. Кроме того, следует помнить, что в зарубежной англоязычной литературе язвенную болезнь(ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) принято обозначать термином "пептическая язва", тогда как в России данный термин, как правило, употребляют для обозначения язвенного поражения пищевода ("пептическая язва пищевода") или оперированного желудка («пептическая язва анастомоза»).

Для течения язвенной болезни характерна цикличность, чередование периодов обострения и ремиссии. В большинстве случаев основной причиной обращения больных с обострением язвенной болезни к врачу является болевой абдоминальный синдром. Он развивается в результате раздражения язвенного дефекта соляной кислотой и последующего усиления моторной функции желудка, сопровождающегося резким повышением давления в полости желудка или его растяжением, что и воспринимается больными как интенсивная абдоминальная боль.

При язвах тела желудка обычно возникают ранние боли. Они появляются через 30-60 мин после еды (на пике желудочной секреции) сохраняются примерно 1-2 ч, а затем по мере эвакуации желудочного содержимого стихают. Боли локализуются в эпигастральной области по срединной линии или слева от срединной линии. При поражении антрального отдела желудка, пилорического канала и луковицы ДПК развиваются поздние, «голодные» и ночные боли.

Кроме болей пациента беспокоит диспепсический синдром. Изжога - один из наиболее частых, но неспецифичных симптомов язвенной болезни, может возникать при целом ряде заболеваний желудочно-кишечного тракта. Она обусловлена рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода кислым желудочным содержимым. Обычно изжога возникает после приема пищи, особенно если больной занимает горизонтальное положение, и хорошо купируется после приема и антисекреторных препаратов.

Отрыжка также относится к числу частых симптомов язвенной болезни. Она возникает при значительном нарушении моторной функции желудка в сочетании с недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера. Наиболее

характерна язвенной болезни отрыжка кислым. Рвота, как правило, развивается в периоды обострений язвенной болезни. Рвота чаще ассоциирована с болевым и возникает «на высоте» болей. Как правило, рвота приносит больному временное облегчение, поэтому некоторые пациенты склонны самостоятельно вызывать рвоту.

В большинстве случаев рвоте предшествует тошнота, хотя при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки она не столь характерна.

Запоры также нередко сопутствуют язвенной болезни, указывая на выраженные нарушения моторной функции толстого кишечника (при отсутствии других причин появления запоров).

Для диагностики язвенной болезни чаще применяют методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия, тесты для определения *Helicobacter Pylori*, биопсия пораженного участка и рентгенологическое исследование с контрастированием. Чаще всего кровотечения язвенной болезни устраняются консервативными методами лечения (диета, гемостатическая и противоязвенная терапия), если эффект не достигнут применяют хирургическое лечение при всех осложнениях.

Типичными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются желудочно-кишечное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз и малигнизация.

Наиболее частыми осложнениями согласно статистическим данным является желудочно-кишечное кровотечение (40-60%), далее следует перфорация (15-20%), стеноз (7-12%), затем пенетрация и малигнизация.

Цель. Подсчет количества больных ЯБ желудка и ДПК, обращающихся в КБ СОГМА за период с 2012 по 2018 гг. Изучить структуру и динамику наиболее часто встречающихся осложнений за данный период. Выявление наиболее частых осложнений ЯБ. Уточнение структуры и этиологических аспектов данных осложнений. Оценка эффективности различных вариантов лечения.

Материалы и методы. В ходе статистического исследования архивных данных хирургического отделения КБ СОГМА РСО-Алании в период 2012-2018 годов был проведен ретроспективный анализ 153 историй болезни больных с диагнозом язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

При статистической обработке данных проводилось определение средней арифметической и стандартного отклонения. Достоверность различия признаков определялась при помощи критерия Стьюдента. Анализ трендов проводился в программе MS Excel методом скользящей средней.

Результаты исследования. Среди больных женщин– 51, мужчин– 102. Средний возраст пациентов составил 54 года. Среднее число койко дней пребывания больного составляет 13 дней. В экстренном порядке было госпитализировано подавляющее большинство больных- 119 пациентов (77,5%), а в плановом порядке- 34 пациента (22,5%).

Наиболее частым осложнением ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки явилось кровотечение(58%). В 10-15% случаев кровотечение является первым признаком язвы. В типичных случаях острое язвенное кровотечение проявляется следующими основными клиническими признаками: кровавой рвотой, меленой, общими симптомами острой кровопотери (синдромом геморрагического шока). Рвота «кофейной гущей» наиболее характерна для кровотечения из язвы желудка, хотя встречается и при кровотечениях из двенадцатиперстной кишки, указывая на наличие дуоденогастрального рефлюкса. Мелена является маркером кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок и тощая кишка). Общие симптомы острой кровопотери и шока относятся к наиболее ранним признаком кровотечения, тогда как кровавая рвота и мелена появляются лишь через несколько часов после начала кровотечения или вообще могут отсутствовать. Самой частой локализацией в желудке места кровотечения оказалась малая кривизна. Чаще всего кровотечения язвенной болезни устраняются консервативными методами лечения (диета, гемостатическая и

противоязвенная терапия), если эффект не достигнут применяют хирургическое лечение, как и при других осложнениях.

Прободение (перфорация) язвы - второе по частоте(согласно мировым данным) осложнение язвенной болезни, которое характеризуется внезапным формированием сквозного отверстия в стенке желудка или ДПК, благодаря которому содержимое этих органов попадает в свободную брюшную полость, вызывая резкое раздражение брюшины, сопровождающееся клинической картиной тяжелого болевого шока и развитием разлитого перитонита. Данное осложнение может развиваться в любом возрасте, но чаще можно встретить у мужчин среднего возраста. У женщин прободение язвы наблюдается в несколько раз реже. Обычно за несколько дней до прободения язвы у большинства больных появляются признаки обострения язвенной болезни: усиливаются боли в эпигастрии, появляется тошнота, рвота, изжога, снижается эффективность ранее используемых больным лекарственных средств. Нередко повышается температура тела до субфебрильных цифр, появляется познбливание, что может свидетельствовать о развитии перивисцерита. В типичных случаях наиболее достоверными признаками прободения являются внезапно наступающие «кинжальные» боли в животе, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, а также типичный язвенный анамнез. Первые два признака из этой классической триады выявляются у 95% больных с типичной перфорацией язвы, третий - примерно в 80% случаев. Данное осложнение по данным нашего исследования встречалось у 23 % больных.

Пилоростенозом, или стенозом привратника, называют органическое сужение пилорического канала и/или начальной части луковицы двенадцатиперстной кишки, ведущее к нарушению их проходимости, как правило развивается в результате рубцевания рецидивирующих язв. Возникновению пилоростеноза может способствовать такая операция как ушивание прободной язвы. Данное осложнение встречалось у 19% больных.

Пенетрация язвы – это ее распространение за пределы стенки желудка или ДПК в окружающие ткани и органы. Язвы желудка чаще пенетрируют в тело под желудочной железы и малый сальник, а язвы задней и боковой стенки луковицы ДПК и постбульбарные язвы - в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень, печеночно-желудочную и дуоденальную связку, иногда в толстую кишку или ее брыжейку.

Такие осложнения как малигнизация и пенетрация ни разу не встречались в проанализированных нами историях болезни.

Вывод. Большая часть архивных данных полученных на базе Клинической больницы СОГМА соответствуют общей статистике не только по городу Владикавказ, но и по России и СНГ. Превалирующее количество больных с заболеванием язвенной болезни и ДПК составляют мужчины, возраст которых достигает от 35 до 54 лет. Мужчин в два раза больше чем женщин, Наиболее часто встречающимся осложнением язвенной болезни желудка и ДПК является кровотечение (58%), которое часто является начальным признаком язвенной болезни. По статистическим данным реже встречаются пациенты с перфорацией стенки пораженного органа, которая может развиваться в любом возрасте и привести к перитониту, смертность от которого высока - 23 % от общего количества больных, а третьим по частоте осложнением является стеноз привратника -19% , За период 2012-2018 гг. в изученных нами историях болезни такие осложнения как пенетрация и малигнизация не встречались.

Список литературы:

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008 – 704 с. –
2. Научные основы здорового питания под ред. Тутельяна В.А.: 2010 г,
3. Впасьук В.Б. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: современные тенденции в терапевтической и хирургической практике 2008. С. 1-6.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ В 2018 ГОДУ СРЕДИ НЕКОТОРЫХ РЕГИОНОВ ЦФО

Беловицкая Екатерина Сергеевна

*студент, Курский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Курск*

Романенко Сергей Михайлович

*студент, Курский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Курск*

Ребров Дмитрий Артурович

*студент, Курский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Курск*

Заболеваемость раком щитовидной железы имеет тенденции к росту в Российской Федерации ежегодно.

Болезнь может быть выявлена у человека любой возрастной категории, но в особенности, это касается людей молодого и трудоспособного возраста. Зачастую щитовидная железа поражается дифференцированными формами опухоли, при правильно назначенном лечении которых онкологи могут добиться положительных результатов.

Однако больные с онкопатологией щитовидной железы довольно часто обращаются к врачам других специальностей (терапевтам, эндокринологам, хирургам) из-за особенностей клинического течения (избыточная масса тела, дискомфортное ощущение в области щитовидного хряща).

Основными факторами риска, повышающими вероятность заболевания раком щитовидной железы являются пол и возраст, наследственная предрасположенность, низкое содержание йода в пище, расстройство нейроэндокринной регуляции, но особое значение придают воздействию радиоактивного излучения. [3]

На данный момент рак щитовидной железы составляет в среднем 0,5- 3,5% всех злокачественных новообразований, однако отмечается тенденция к

увеличению частоты данного заболевания, особенно в зонах мультифакторного загрязнения окружающей среды [2].

В таких регионах необходим регулярный контроль и наблюдение за людьми, имеющими не только генетическую предрасположенность к онкологическим заболеваниям, но и постоянно подвергающимся вредным воздействиям окружающей среды.

В нашем исследовании мы провели сравнительный анализ впервые выявленных злокачественных новообразований щитовидной железы за 2018 год среди областей Центрального Федерального округа России, которые подвержены радиационному загрязнению, вследствие аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году и среди регионов с наиболее благоприятной экологической обстановкой.

Была рассчитана заболеваемость раком щитовидной железы на 100000 населения за 2018 год в следующих областях Центрального Федерального округа: Брянская, Белгородская, Воронежская, Тульская, Тамбовская, Ивановская, Ярославская, Курская, Орловская, Смоленская, Калужская, Липецкая.

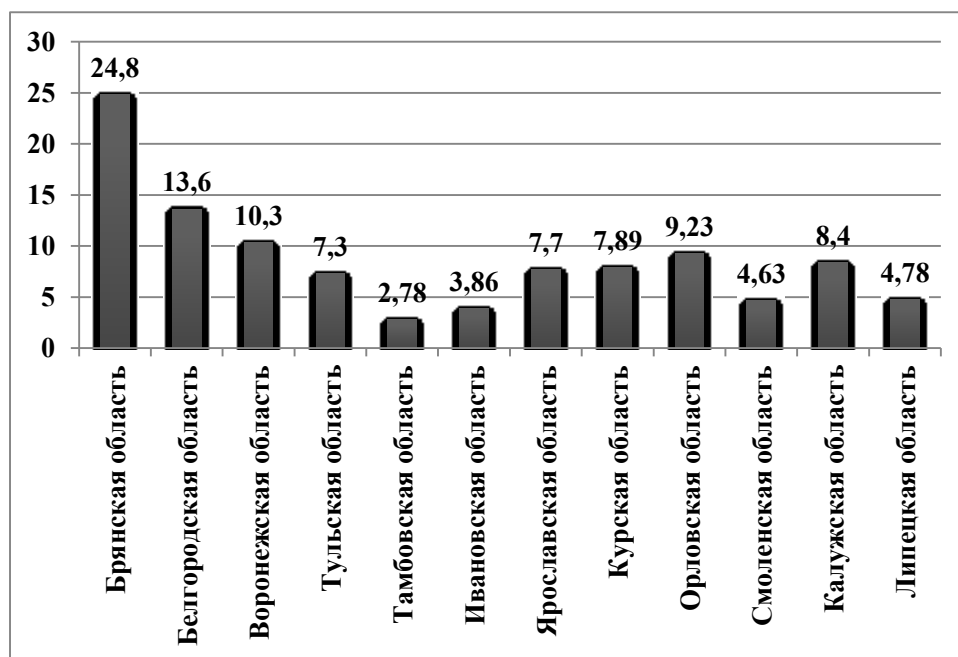


Рисунок 1. Заболеваемость раком щитовидной железы на 100000 населения за 2018 год

Вычислена достоверность статистических показателей для соответствия отображаемой действительности. Получены следующие результаты: Ярославская ($t=1,52$; $t<2$) , Курская ($t=1,2$; $t<2$), Орловская ($t=-0,29$; $t<2$), Калужская ($t=0,5$; $t<2$) области оказались статистически не значимы. Данных для дальнейшего исследования этих регионов недостаточно.

В число неблагополучных районов из-за высокой заболеваемости раком щитовидной железы в результате вычислений t-критерия Стьюдента вошли Брянская ($t=-11,04$; $t>3$), Белгородская ($t=-4,43$; $t>3$), Воронежская ($t=-2,1$; $t>2$) области. Высокое число онкологической заболеваемости щитовидной железы в этих регионах объясняется высоким радиационным загрязнением вследствие аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году. Меньше всего онкопатологией щитовидной железы страдают жители Липецкой ($t=6,3$; $t>3$), Тульской ($t=2,58$; $t>2$), Тамбовской ($t=14,2$; $t>3$), Ивановской ($t=9,3$; $t>3$), Смоленской ($t=6,1$; $t>3$) областей, т.к. эти регионы имеют наиболее благоприятный экологический статус.

Мы пришли к выводу о том, что заболеваемость раком щитовидной железы прямо пропорциональна радиационному загрязнению местности, которое является одним из важных факторов риска, влияющих на развитие данной патологии.

Список литературы:

1. Россия в цифрах. 2019: Крат.стат.сб./Росстат- М., Р76 2019 - 549 с.
2. Петрова, Г.В. Злокачественные новообразования щитовидной железы в России в 1994-2014 гг./Г.В. Петрова, В.В. Старинский, О.П.Грецова// Онкология. Журнал им. А.П.Герцена. - 2017. - №2. - С.33-36.
3. Хмара. И.М. Рак щитовидной железы в условиях роста заболеваемости (обзор литературы и собственные данные)/ И.М.Хмара//Евразийский онкологический журнал. - 2014. - №2. - С.94-106.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО МАССАЖА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Демиденко Владимир Алексеевич

*студент, ассистент Свердловский областной медицинский колледж,
РФ, г. Екатеринбург*

Демиденко Евгений Алексеевич

*научный руководитель, преподаватель,
Свердловский областной медицинский колледж,
РФ, г. Екатеринбург*

Аннотация. Нами проведено исследование, в ходе которого была разработана и практически опробована методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. В исследовании были задействованы 82 пациента с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, в отношении которых был применен медицинский массаж по разработанной методике и 50 пациентов контрольной группы.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, медицинский массаж.

Болезни височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – это комплекс патологических процессов, развивающихся во всех его структурах и жевательных мышцах, сопровождающихся нарушением функции нижней челюсти и возникновением болевого синдрома в челюстно-лицевой области [5].

Актуальность и новизна темы исследования обусловлена тем, что заболевания височно-нижнечелюстного сустава в Российской Федерации и в зарубежных странах является прогрессирующими, постепенно охватывающим все большее количество населения.

Патологии височно-нижнечелюстного сустава занимает особое место среди заболеваний челюстно-лицевой области. Болезни ВНЧС нередко являются причиной нарушений жизненно важных функций дыхания,

пищеварения, речеобразования и психоэмоциональных расстройств, приводящих к нетрудоспособности и ухудшению социального статуса [4, 5].

По данным ВОЗ около 34% населения в возрасте от 18 до 60 лет страдают различными видами расстройств в ВНЧС. Согласно данным Минздрава РФ за 2018 г. заболевания ВНЧС встречаются в среднем у 27-32% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью [5].

Кроме того, новизна темы исследования обусловлена тем, что в специальной литературе, касающейся медицинского массажа нет описания методики массажа направленной на лечение и профилактику заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а это является пробелом, который важно восполнить. К тому же в клиническом протоколе лечения заболеваний ВНЧС медицинский массаж указывается в качестве одного из основных методов лечения.

Целью исследования являлась разработка и оценка эффективности методики комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

К сожалению, в одном исследовании не удалось охватить все заболевания ВНЧС, поэтому из всего комплекса заболеваний ВНЧС были взяты следующие пять групп: синдром болевой дисфункции ВНЧС, «щёлкающая челюсть», рецидивирующие вывихи и подвывихи ВНЧС, тугоподвижность ВНЧС в послеоперационном периоде, артрозы ВНЧС. [4, 5].

В ходе исследования проанализированы описанные выше пять заболеваний ВНЧС, изучены их симптомы, факторы риска и причины их возникновения, методы диагностики и лечения. В практической части определены показания и противопоказания к массажу ВНЧС, сформулированы методические указания, план и протокол массажа, проанализированы результаты исследования.

Методика комплексного медицинского массажа объединяет в одной процедуре: классический и рефлексорно-сегментарный виды массажа.

План комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава:

1. Массаж воротниковой области.
2. Массаж шеи [1].
3. Рефлекторно-сегментарный массаж (РСМ) сегментов вдоль позвоночника С4 - С3 [2].
4. Общий массаж лица [3].
5. Массаж мест выхода ветвей тройничных нервов [3].
6. Массаж жевательных мышц.
7. Проработка триггерных точек жевательных мышцах, если имеются.
8. Массаж височно-нижнечелюстного сустава.

Протокол массажа. Массаж областей 1-5 и 7 проводится согласно общему протоколу, применяемому для данных областей, включающему полную схему массажа. Массаж областей 6 и 8 выполняется по следующему протоколу и схеме:

Массаж жевательных мышц.

Исходное положение пациента – лежа на спине, либо сидя на массажном кресле. Рот приоткрыт, без напряжения. Допустимо в случае невозможности приоткрыть рот проводить массаж с закрытым ртом.

Исходное положение массажиста – сидя около головного конца массажного стола, либо стоя сзади от пациента.

Массаж височных мышц.

Массаж осуществляется в пределах брюшка височной мышцы расположенного в пределах височной кости.

1.1. Длинное раздельное параллельное поглаживание. Начиная от скуловых дуг, до С1 – С2;

1.2. Ладонное попеременное растирание в пределах всей височной кости. Выполняется медленно, ритмично;

1.3. Поглаживание, как в пункте 1.1.;

1.4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами;

- 1.5. Поглаживание, как в пункте 1.1.;
- 1.6. Граблеобразное растирание, в зигзагообразном направлении;
- 1.7. Поглаживание, как в пункте 1.1.;
- 1.8. Спиралевидное разминание (легкое);
- 1.9. Поглаживание, как в пункте 1.1.;
- 1.10. Надавливание;
- 1.11. Поглаживание, как в пункте 1.1.;
- 1.12. Пунктирование;
- 1.13. Поглаживание, как в пункте 1.1.;

Массаж жевательных мышц.

Массажные приемы выполняются в направлении от скуловых дуг до жевательной бугристости и наружной поверхности угла нижней челюсти.

- 1.14. Плоскостное раздельное параллельное поглаживание;
- 1.15. Ладонное попеременное растирание;
- 1.16. Поглаживание, как в пункте 1.14.;
- 1.17. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами;
- 1.18. Поглаживание, как в пункте 1.14.;
- 1.19. Спиралевидное разминание (легкое);
- 1.20. Поглаживание, как в пункте 1.14.;
- 1.21. Надавливание;
- 1.22. Поглаживание, как в пункте 1.14.;
- 1.23. Пунктирование;
- 1.24. Поглаживание, как в пункте 1.14.;

Массаж латеральных крыловидных мышц.

Массажные приемы выполняются в направлении от скуловой кости до шейки нижней челюсти.

- 1.25. Плоскостное раздельное параллельное поглаживание;
- 1.26. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами;
- 1.27. Поглаживание, как в пункте 1.25.;
- 1.28. Спиралевидное разминание (легкое);

- 1.29. Поглаживание, как в пункте 1.25.;
- 1.30. Надавливание;
- 1.31. Поглаживание, как в пункте 1.25.;
- 1.32. Потряхивание;
- 1.33. Поглаживание, как в пункте 1.25.;

Массаж височно-нижнечелюстного сустава.

Исходное положение пациента – лежа на спине, либо сидя на массажном кресле. Рот открыт, без напряжения. Допустимо в случае невозможности приоткрыть рот проводить массаж с закрытым ртом. Если массаж жевательных мышц проводился с открытым ртом, то необходимо на некоторое время закрыть рот перед массажем ВНЧС с приоткрытым ртом.

Исходное положение массажиста – сидя около головного конца массажного стола, либо стоя сзади от пациента.

Массажные приемы выполняются вокруг головки, мышцелкового отростка и шейки нижней челюсти, и непосредственно по височно-нижнечелюстному суставу. По направлению от задней поверхности (ориентир мочка уха) в сторону скуловой дуги и далее в круговом направлении.

- 2.1. Круговое поглаживание;
- 2.2. Круговое растирание;
- 2.3. Круговое отглаживание большим пальцем;
- 2.4. Спиралевидное растирание одним пальцем в круговом направлении;
- 2.5. Поглаживание, как в пункте 2.3.;
- 2.6. Спиралевидное разминание одним пальцем в круговом направлении, выполняется поверхностно;
- 2.7. Поглаживание, как в пункте 2.3.;
- 2.8. Пассивные, активно-пассивные движения в ВНЧС;
- 2.9. Поглаживание, как в пункте 2.3.;
- 2.10. Круговое поглаживание.

Методические указания к массажу височно-нижнечелюстного сустава:

1. Перед проведением комплексной методики медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС необходимо собрать подробный анамнез, учесть все показания и противопоказания к массажу ВНЧС и массажу анатомических областей входящих в комплексную методику их лечения. Понимание полной картины состояния здоровья пациента может способствовать эффективному лечению не только заболеваний ВНЧС, но и других заболеваний (гипертонической болезни, шейного остеохондроза, пареза мимических и жевательных мышц и многих других).

2. РСМ всех областей, где он указан, проводится с первой процедуры.

3. Массаж ШВЗ и шеи осуществляется в небыстром темпе, глубина массажа определяется с учетом состояния здоровья и заболеваний пациента.

4. Все массажные приемы, применяемые в области головы должны выполняться медленно, так как быстрый темп их выполнения приводит к повышению артериального давления, нервному возбуждению. Медленное воздействие нормализует артериальное давление, успокаивает нервную систему, способствует снятию воспаления, снижению болей, в том числе головных и болей в ВНЧС.

5. Общий классический массаж лица, включая массаж мест выхода черепно-мозговых нервов, массаж ВНЧС не должен проводиться более 18 минут.

6. Перед процедурой массажа лица обязательно необходимо очистить его кожу.

7. Массаж лица необходимо проводить: ритмично, симметрично. Приемы массажа должны выполняться в медленном темпе. Приемы не должны быть глубокими, так как почти все мимические мышцы крепятся к коже лица, при глубоком воздействии массажем кожа начинает оттягиваться, что приводит к образованию морщин.

8. Массаж ВНЧС должен быть не глубоким.

9. Массаж ВНЧС проводится с открытым ртом. Однако, если это не возможно, допустимо проведение массажа с закрытым ртом, а при

невозможность его среднефизиологического открытия с слегка приоткрытым. Не стоит опускать нижнюю челюсть более среднефизиологической амплитуды раскрытия, так как это может привести к неблагоприятным последствиям в виде: усиления болей, вывиху, подвывиху в ВНЧС и др. Как показали результаты исследования, при опускании нижней челюсти удается более тщательно массировать ВНЧС, что способствовало более быстрому и более эффективному его лечению.

10. При профилактике вывихов и подвывихов ВНЧС, курс массажа желательно повторять 2-3 раз в год.

11. Курс массажа состоит из 10-15 процедур с перерывом между курсами массажа, который зависит от вида заболевания, результатов его лечения. При лечении всех заболеваний ВНЧС на первом году применения массажа курс повторяется каждые 2,5-3 месяца. Допустимо проведение курса массажа из 7-8 процедур по 3-4 курса в год, если заболевание находится в стойкой ремиссии и курс массажа был проведен до этого не однократно.

12. Указанные методики применяются не все в рамках одной процедура, а зависят от вида заболевания ВНЧС, состояния пациента, проявления симптомов и других сопутствующих заболеваний.

13. Массаж ВНЧС следует применять строго по назначению врача.

Материал и методы исследования. Все теоретические положения разрабатывались на базе ГБПОУ «СОМК» Выше предложенная методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС была опробована на 82 пациентах, имеющих те или иные формы заболеваний височно-нижнечелюстных суставов с их информированного согласия на проведение процедуры из них: 20 с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, 12 с «щёлкающей челюстью», 20 с рецидивирующими вывихами и подвывихами ВНЧС, 10 с тугоподвижностью ВНЧС в послеоперационном периоде, 20 с артрозами височно-нижнечелюстного сустава.

Также была подобрана контрольная группа, состоящая из 50 пациентов (по 10 пациентов с соответствующим 1 из 5 заболеваний), которым проводилось исключительно медикаментозное лечение, ЛФК и физиотерапия без проведения комплексного массажа.

На базе ГБУЗ СО «Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для Ветеранов Войн» исследование проводилось в период с 05 мая по 30 августа 2019 г. Пациентам, страдающим от заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и находящимся под наблюдением врачей челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-ортопедов, в связи с пребыванием на стационарном лечении было предложено пройти курс комплексного медицинского массажа направленного на лечение и профилактику заболеваний ВНЧС, состоящий из 10 процедур. Согласились пройти курс массажа 82 пациента в возрасте от 25 до 55 лет. Также были подобраны 50 пациентов контрольной группы того же возраста, которым применялось только медикаментозное лечение, ЛФК и физиотерапевтическое лечение. Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний ВНЧС применялась согласно ранее описанному плану и методическим указаниям к массажу. В течение всего периода проведения курса массажа все пациенты находились под наблюдением лечащих врачей.

Результаты. По завершению курса массажа, врачами челюстно-лицевыми хирургами при выписке пациентов было отмечено, что состояние здоровья пациентов существенно улучшилось, симптомы заболеваний височно-нижнечелюстных суставов практически исчезли, чего в полной мере не удавалось достичь ранее при помощи других методов лечения.

При выписке пациентов применялись различные диагностические методы исследования, результаты которых подтверждают положительное влияние массажа на лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Все эти результаты отмечены и зафиксированы лечащими врачами челюстно-лицевыми хирургами в историях болезни и выписных эпикризах пациентов. Пациенты,

прошедшие массаж по разработанной методике смогли отказаться от применения нестероидных противовоспалительных препаратов, у них снизилась потребности в миорелаксантах и анальгетиках, пациенты, входящие в контрольную группу по результатам лечения от этих препаратов в полной мере отказаться не смогли.

Также специалистами, участвовавшими в лечении, было замечено, что общее состояние здоровья пациентов прошедших курс медицинского массажа по предложенной методике было существенно лучше, чем у тех пациентов, которые не проходили данной процедуры (контрольной группы). В действительности это связано с тем, что перед применением массажа по разработанной методике у пациентов подробно было выяснено их состояние здоровья, образ жизни, наличие хронических заболеваний, что способствовало не только лечению заболеваний ВНЧС, но и лечению сопутствующих заболеваний. Так как методика комплексного массажа включает в себя массаж нескольких анатомических областей массажа, то понимание полной картины состояния здоровья пациентов дает возможность одновременно решать несколько лечебных задач. Например, возможно попутно лечить: гипертоническую болезнь, шейно-грудной радикулит, парез мимических мышц лица и многие другие заболевания, при наличии которых показан массаж областей включенных в план массажа. Однако, лечебного эффекта в полной мере не удалось достичь у одного пациента, что, возможно, может быть связано с нарушением им рекомендаций, а именно частым употреблением им в процессе лечения твердой и объемной пищи, что и могло быть причиной возникновения у него рецидивирующего подвывиха ВНЧС, но обвинять в этом пациента недопустимо.

Выяснено, что в процессе проведения процедуры массажа по предложенной методике негативного (побочного) влияния на организм человека не выявлено.

Таким образом, все пациенты прошли по одному курсу массажа, состоящему из 10 процедур по разрабатываемой методике. Был получен

положительный результат у 98,8 % пациентов, за исключением одного. В отношении одного пациента лечебного, положительного эффекта в полной мере достичь не удалось, что возможно связано с нарушением им лечебных рекомендаций. У 50 пациентов входящих в контрольную группу, которым данный вид массажа не проводился, но в отношении которых применялось медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение и ЛФК результаты лечения в их случаях оказались менее эффективными и менее продолжительным, например, у этих пациентов в результате лечения сохранились симптомы «щелкающей челюсти», тугоподвижность в ВНЧС, небольшая болезненность в суставе, подвывихи, асимметричность при опускании нижней челюсти и др. У пациентов, прошедших курс массажа на момент завершения курса удалось ликвидировать данные симптомы, но необходимо отметить, что для закрепления результатов лечения необходимо проведение в течение первого года лечения массажем еще нескольких курсов массажа.

Выводы:

1. Методика комплексного медицинского массажа для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава разработана и являются эффективным средством лечения указанных заболеваний, что подтверждается изложенными выше ходом и результатами исследования.

2. Побочного действия медицинского массажа в предложенной вариации на организм человека не выявлено.

3. Применять разработанную методику можно в качестве альтернативы медикаментозному лечению, в случае невозможности его осуществления.

4. При профилактике вывихов и подвывихов, тугоподвижности ВНЧС и «щёлкающей челюсти», курс массажа желательно повторять 2-3 раз в год. При лечении всех заболеваний ВНЧС на первом году применения массажа курс повторяется каждые 2,5-3 месяца. Допустимо проведение курса массажа из 7-8 процедур по 3-4 курса в год, если заболевание находится в стойкой ремиссии и курс массажа был проведен до этого не однократно. При лечении часто

рецидивирующих вывихов и подвывихов ВНЧС, массаж по созданной методике желательно проводить каждые 2 месяца на первом году лечения массажем.

Список литературы:

1. Основы лечебного массажа [Текст]: учеб. пособие /А.Ф. Вербов.- М.: Мир, 2016. - 320 с.
2. Макеева, Н.Н., Леспух, Н.И. Пособие по массажу [Текст] /Н.Н. Макеева, Н.И. Леспух /.- Екатеринбург: УГМА, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 2014. - 54 с.
3. Павлухина Н. П., Анопян Л. В., Безбородова Е. А., Новицкая Т. Г., Таюрская Л. А., Подольская И. В., Карлина О. А.. Классический массаж. Основы теории и практики Учебное пособие. Полный аудио курс на DVD / Под ред. проф. М. А. Еремущкина.- Спб: Наука и Техника, 2018 – 496 с.
4. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 2000 - Т. 1-2 – 974 с.
5. Челюстно-лицевая хирургия [Текст] : учебник / [Робустова Т. Г., Дробышев А. Ю., Сохов С. Т. и др.] ; под редакцией профессора А. Ю. Дробышева, профессора О. О. Янушевича. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 876 с. : ил.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Хайрутдинова Диля Фанилевна

*студент, Кировский государственный медицинский университет,
РФ, г. Киров*

Канева Агния Васильевна

*студент, Кировский государственный медицинский университет,
РФ, г. Киров*

Злоказова Марина Владимировна

*научный руководитель, профессор, д-р. мед. наук,
Кировский государственный медицинский университет,
РФ, г. Киров*

Проблема стрессов в современной жизни особенно актуальна в акушерстве и перинатальной психологии.

Ряд авторов рассматривают беременность как время эмоционального кризиса, стресса, поворотного пункта, или как некий вид болезни, навязанный женщине (Пайнз Д. и соавт., 2000; Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю., 2003; Абрамченко В.В., 2006).

Остаются недостаточно изученными особенности психологического состояния беременных женщин в зависимости от возраста, различных социально-психологических факторов и представлениях о гестационном периоде [1, 2].

Цель исследования: изучение взаимосвязи уровня тревожности, психологического компонента гестационной доминанты и социально-психологических факторов у беременных женщин.

Материалы и методы. Было обследовано на базе КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» 40 беременных женщин со сроком гестации более 27 недель трёх возрастных групп: I группа – женщины до 25 лет (7 чел.- 20,0%); II группа – 26 - 35 лет (23 чел.- 57,5%); III группа – от 36 лет и старше (9 чел.- 22,5%).

Использовались следующие методы: клинический (опрос респондентов с использованием оригинальной авторской анкеты, включавшей вопросы о сроке беременности, желанности, отношений в семье, самочувствии, эмоциональном состоянии, опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представления о родах и послеродовом периоде), экспериментально-психологического (шкалы самооценки Спилбергера-Ханина, тест отношений беременной Добрякова И. В. с соавт., 2007); статистическая обработка - с применением описательной статистики, критериев Фишера и корреляции Пирсона (достоверность при $p < 0,05$).

Обсуждение результатов. Было выявлено, что у 100% женщин беременность была желанной, у 70,3% опрошенных беременность запланированная. Состояли в зарегистрированном браке - 80,1% респондентов, в гражданском браке - 12,4%, были одиночками - 7,5%. В 87,6% случаев отношения в семье были благополучными. Беременность первая - 33,2%, вторая - 25,1%, третья и более - 41,7%.

Изменения эмоционального состояния в период беременности отметили 83,0% опрошенных, среди них: снижение настроения - 14,1%, быструю утомляемость - 42,8%, апатию - 11,0%, вспышки «немотивированной» агрессии - 12,7%, тревожность и плаксивость - 19,4%.

Ответы беременных на вопрос о том, что их беспокоило распределились следующим образом: мысли и забота о благополучии плода - 72,9%, тревога по поводу собственного здоровья - 27,1%.

Чувство утраты своих прошлых привязанностей и привычек в угоду предстоящего материнства, опасения относительно потери привлекательности (большой живот, отеки, снижение настроения) и изменений во взаимоотношениях с мужем отмечалось у 8,1%.

Присутствовали страхи у 82,5% беременных: перед родами - 42,9%, перед несостоятельностью общения с будущим малышом - 17,1%, смерти во время родов - 19,9%, перед будущими проблемами материнства - 20,1%.

При исследовании беременных по тесту Спилбергера-Ханина было определено, что преобладал умеренный уровень реактивной тревожности (РТ) - 45,0%, высокий - 37,5%, низкий – 17,5%.

У большинства респондентов отмечался умеренный уровень личностной тревожности (ЛТ) - 57,5%, высокий – 42,5%. В I группе РТ – $32,0 \pm 3,45$ баллов и ЛТ – $39,1 \pm 3,12$, что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у беременных II - РТ – $43,3 \pm 1,9$ и ЛТ – $47,7 \pm 3,1$ и III групп: РТ – $40,5 \pm 2,5$ и ЛТ – $45,7 \pm 2,2$. Достоверно наиболее высокие уровни РТ и ЛТ наблюдались во II группе респондентов.

По «Тесту отношения беременной» были определены варианты психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у женщин по отношению к себе: «оптимальный» тип ПКГД – 65,0%, «эйфорический» - 22,5%, «тревожный» - 12,5%. В I группе беременных выявлялся преимущественно «оптимальный» тип ПКГД – 60,0%, во II и III групп - «эйфорический» - 73,9% и 62,5%, соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) преобладало в сравнении с респондентами I группы.

Методом корреляционного анализа Пирсона были получены следующие взаимосвязи: семейное положение достоверно коррелировало с уровнями РТ и ЛТ ($r = 0,76$; $r^2 = 0,81$), связь положительная, сильная, уровень РТ и ЛТ ниже в зарегистрированном браке, чем в гражданском и у матерей-одиночек.

Наличие страхов коррелировало с уровнем ЛТ ($r = 0,68$), связь положительная, средняя. РТ достоверно коррелировала с изменением ПКГД ($r = 0,98$), связь положительная, сильная, то есть с увеличением РТ усиливается «эйфорический» тип ПКГД. ЛТ достоверно коррелировала с изменением типа ПКГД ($r = 0,98$), связь положительная, сильная, «эйфорический» тип ПКГД встречался чаще при нарастании ЛТ. «Эйфорический» тип ПКГД достоверно коррелировал с увеличением возраста опрошенных ($r = 0,97$), связь положительная, сильная.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что в период беременности происходит изменение эмоционального состояния женщины, проявляющаяся субъективно переживаемыми эмоциями – напряжением, тревогой,

озабоченностью, нервозностью, и, чаще всего, это выражается беспокойством и различными страхами: перед родами, перед несостоятельностью общения с будущим малышом, смерти во время родов, перед будущими проблемами материнства. Уровень РТ и ЛТ у беременных женщин II и III возрастных групп достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у респондентов I группы, с увеличением возраста у женщин повышается уровень тревожности, который также связан с отношением к себе как к беременной, типом ПКГД – «эйфорический».

Список литературы:

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб: Питер, 2012–272с.
2. Ветчанина Е. Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции: автореф. дис.... канд. психол. наук. – М., 2007. – 24 с.

СЕКЦИЯ 2.

ХИМИЯ

ПОРТУЛАК ОГОРОДНЫЙ СОРНЯК-ЦЕЛИТЕЛЬ

Хачерян Анжелика Врежевна

*студент, Кубанский институт профессионального образования,
РФ, г. Краснодар*

Епанчина Мария Васильевна

*научный руководитель, преподаватель,
Кубанский институт профессионального образования,
РФ, г. Краснодар*

Аннотация. В данной статье рассматривается польза и вред данного растения для здоровья человека.

Ключевые слова: портулак, ботаника, лекарственное растение, диабет 2 типа, витамины, макро и микроэлементы, противогинготное, противовоспалительное, противоглистное, норадреналин;

Портулак (от латинского *Portula*) - невысокое, однолетнее травянистое растение из семейства портулаковые. Данное растение имеет много видов: портулак огородный [рис.1] (имеет цветы различных цветов, в частности желтого и розового); портулак крупноцветковый [рис.2], портулак дикий (его часто принимают за сорняк и пытаются избавиться от быстро распространяющегося вида) и тд. [3]

Польза и вред данного растения для здоровья человека является основополагающей для изучения материала. О Портулаке узнали еще в древности, во времена древнего врача-целителя Гиппократ, в то время люди предполагали, что Портулак очищает организм. Он нашел широкое применение в народной медицине, например: его листья использовались как ранозаживляющее, мочегонное, при ранах и укусах как антитоксическое, семена Портулака применялись при чешуйчатом лишае, также при болезнях

почек и печени. При вспышке цинги люди которые применяли его не были подвержены заболеванию. Портулак расположен в Южной части России на Кавказе, Средней Азии и Дальнем Востоке. В Европе и Китае он также распространен. Его стали применять в народной медицине в таких странах как: Китай, Армения, Грузии. Часто применяется в кулинарии и в косметологии. [2]



Рисунок 1. Портулак огородный



Рисунок 2. Портулак крупноцветковый

Позднее благодаря проведенным экспериментальным лабораторным исследованиям ученые выявили, что в Портулаке содержится норадреналин – гормоноподобный нейромедиатор, вырабатывается в теле человека в надпочечниках. Который способствует повышению сердечного ритма, повышению артериального давления. С помощью данных исследований было выявлено огромное количество макро и микроэлементов находящихся в данном растении. Их в нем целый ряд: органические кислоты (регулируют обмен веществ и способствуют ощелачиванию организма), флавоноиды (укрепляют стенки сосудов), алкалоиды (повышают давление и предотвращают рак), сапонины (которые способствуют выделению гемоглобина в кровь благодаря гемолизу эритроцитов). Микроэлементы: цинк (влияет на состояние кожи, ногтей и волос), медь (участвует в схеме формирования гемоглобина), марганец (синтез нейромедиаторов), никель (необходим для роста и развития, для работы

репродуктивной системы), железо (обеспечивает организм и ткани кислородом). Макроэлементы: магний (участвует в синтезе ферментов, один из основных микроэлементов в организме человека), натрий (необходим для поддержания кислотно-щелочного баланса), кальций (для формирования скелетной системы), калий (натрий-калиевый баланс). Также Портулак содержит в себе целый ряд витаминов, таких как С, Е, К, РР, которые служат для белкового обмена, способствуют улучшению зрения, являются профилактическими для предупреждения возникновения остеопороза, укрепляют иммунитет человека. Но самым неожиданным выявленным свойством этого растения стало то, что в нем находятся природные углеводы которые снижают сахар в крови, а значит можно предположить, что людям с сахарным диабетом 2 типа будет полезно применять Портулак в пищу для стабилизации уровня сахара в крови. Обладая противовоспалительными свойствами его можно рекомендовать при воспалениях мочевыделительной системы. [1]

Противопоказаниями в использовании Портулака является: беременность (он повышает тонус матки) и гипертония (повышение давления может быть опасным).

Данное растение обладает множеством полезных свойств для здоровья человека, поддержания его иммунитета. Употребление его в пищу оказывает благотворное влияние на всю работу организма, пищеварительного тракта. Его составляющие принимают участие в работе многих обменных процессов, поддержании балансов.

Список литературы:

1. Большая энциклопедия народной медицины. – отдельное издание, М.:АНС, Олма-Пресс, 2006, 687с.
2. Дандур описание и полезные свойства [Электронный ресурс]. – Энциклопедия специй и приправ <https://aidigo.ru/encyclopedia/dandur/>
3. Портулак огородный [Электронный ресурс]. – Свободная энциклопедия Википедия https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%82%D1%83%D0%BB%D0%B0%D0%BA_%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

*Электронный сборник статей по материалам XXIV студенческой
международной научно-практической конференции*

№ 1 (24)
Январь 2020 г.

В авторской редакции

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: mail@nauchforum.ru

16+

