



**НАУЧНЫЙ
ФОРУМ**
nauchforum.ru

ISSN 2618-9399



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

**ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.
СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ
№ 7(18)**

г. МОСКВА, 2019



ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

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

№ 7(18)
Июль 2019 г.

Издается с февраля 2018 года

Москва
2019

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;

Яковишина Татьяна Федоровна – канд. сельскохозяйственных наук, доц., заместитель заведующего кафедрой экологии и охраны окружающей среды Приднепровской государственной академии строительства и архитектуры, член Всеукраинской экологической Лиги.

Е86 Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум.

Электронный сборник статей по материалам *XVIII* студенческой международной научно-практической конференции. – Москва: Изд. «МЦНО». – 2019. – № 7(18) / [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: https://nauchforum.ru/archive/SNF_nature/7%2818%29.pdf

Электронный сборник статей *XVIII* 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
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ Малеева Мария Витальевна Горяинова Наталья Викторовна	4
АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ Постоялко Надежда Игорьевна Новикова Елена Васильевна	8
АНАЛИЗ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ Постоялко Надежда Игорьевна Обухова Татьяна Валентиновна	12
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ Текоев Тимур Эрикович Теблоев Михаил Маркозович	15
ЭКГ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ Хайтматова Нозима Амир кизи Кадырова Гулчехра Ганиевна	18
ГИПОТРОФИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ Шачнев Родион Михайлович Прояев Кирилл Олегович Урчукова Лариса Олеговна Исаева Луиза Багамаевна	21

СЕКЦИЯ 1.

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Малеева Мария Витальевна

студент

Курский государственный медицинский университет

РФ, г. Курск

Горяинова Наталья Викторовна

научный руководитель, канд. биол. наук,

Курский государственный медицинский университет

РФ, г. Курск

В Российской Федерации сложились негативные тенденции ухудшения здоровья населения. Это выражается, прежде всего, в росте так называемых «болезней цивилизации» - в увеличении количества хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых.

В наше время сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости, инвалидности и смертности в большинстве стран мира, в том числе и в нашей стране [1].

В Российской Федерации численность заболеваний сердечно-сосудистой системы с каждым годом растет и растет, когда в свою очередь в странах Европы данный показатель снижается.

Например, в 1970 г. в странах Северной Европы показатели смертности от сердечно-сосудистой патологии превосходили показатели в России, как среди мужчин, так и среди женщин, а в 2000 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в ряде стран Европы, например, в Финляндии существенно снизилась и стала почти в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации.

Инфаркт миокарда играет главную роль среди сердечно-сосудистых заболеваний и является одной из ведущих причин преждевременной смертности.

Более полутора миллионов жителей Российской Федерации ежегодно умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, из них 634 тыс. имели диагноз - острый инфаркт миокарда.

Для детального разбора данной проблемы необходимо было решить следующие задачи:

1. Рассмотреть основные факторы возникновения, виды инфаркта миокарда.
2. Выявить значение профилактики в снижении уровня заболеваемости сердечно-сосудистой системы, в частности, инфаркта миокарда.
3. Провести сравнительную характеристику показателей заболеваемости инфаркта миокарда по некоторым регионам России.

Для анализа заболеваемости инфаркта миокарда использованы Статистические материалы «Заболеваемость населения России» за 2017 год. Заболеваемость инфаркт миокарда проанализирована по показателю «зарегистрировано больных: взрослые (с диагнозом, установленным впервые в жизни) в расчете на 100 тыс. населения».

Инфаркт миокарда – очаг ишемического некроза сердечной мышцы, развивающийся в результате острого нарушения кровообращения. Клинически проявляется жгущими, давящими или сжимающими болями за грудиной, отдающими в левую руку, ключицу, лопатку, челюсть, одышкой, чувством страха, холодным потом. Развившийся инфаркт миокарда служит показанием к экстренной госпитализации в кардиологическую реанимацию [2].

При проведении сравнительной характеристики показателей заболеваемости инфаркта миокарда по некоторым регионам России были получены следующие данные: наиболее часто заболеваниям сердечно-сосудистой системы подвергается взрослое население.

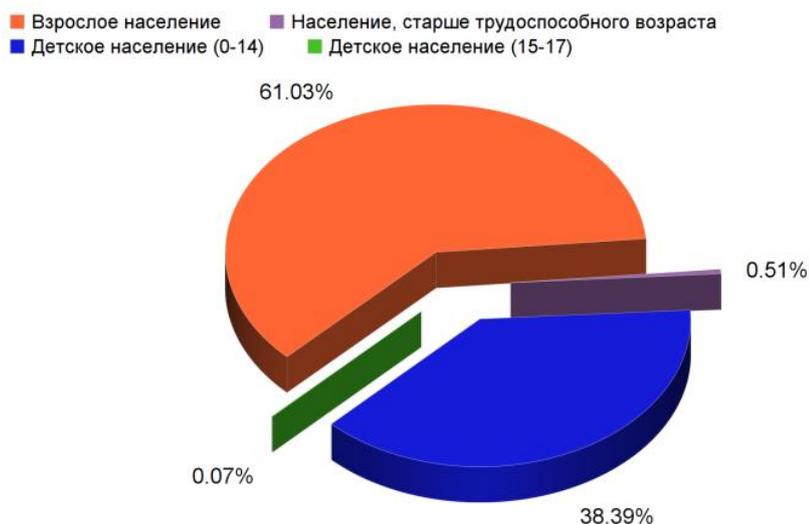


Рисунок 1. Распространенность заболеваний инфарктом миокарда среди населения РФ



Рисунок 2. Абсолютный показатель острого инфаркта миокарда в регионах РФ

Заболеваемость инфарктом миокарда населения старше трудоспособного возраста носит аналогичный характер, как у взрослого населения, то есть первое место по распространенности заболевания инфаркта миокарда занимает Центральный федеральный округ, 2 место Приволжский федеральный округ, 3 место Сибирский федеральный округ.

Анализ заболеваемости инфарктом миокарда среди взрослого населения Российской Федерации за период с 2016 по 2017 гг. показал стабильное снижение заболеваемости острым инфарктом миокарда с 135,5 случаев на 100 тыс. населения до 135,3 случаев на 100 тыс.

Так как основной причиной заболеваний сердечно-сосудистой системы является повсеместная распространенность факторов сердечно-сосудистого риска, то, при условии оптимальной работы первичных сосудистых центров, внедрении региональных программ долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов, позволит снизить заболеваемость инфарктом миокарда за счет оптимизации вторичной кардиоваскулярной профилактики на амбулаторном этапе в условиях первичного звена здравоохранения [3].

Список литературы:

1. Абзалова М.Х. Рациональное трудоустройство как метод предупреждения повторного инфаркта миокарда. – М.: ИНФРА – М, 2000 г. – 210 с
2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – 3 – е изд., перераб. и доп. – СПб.: «Невский диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», 2001. – 503 с.
3. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: МИА, 2006. - 466 с.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Постоялко Надежда Игорьевна

*студент,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

Новикова Елена Васильевна

*научный руководитель,
ст. преподаватель кафедры мобилизационной подготовки
здравоохранения и медицины катастроф с курсом ДПО
Смоленского государственного медицинского университета,
РФ, г. Смоленск*

В структуре военной медицины в последнее время появилась такая самостоятельная наука, как военная анестезиология. Она формировалась десятки лет в результате опыта, полученного в период прошлых войн, а также современных анестезиологических достижений. Планировать организацию медицинской помощи необходимо с учетом вида применяемого оружия и характера поражений. В настоящее время активно разрабатывается и оружие массового поражения, поэтому одной из задач военной анестезиологии является оказание анестезиологической помощи в чрезвычайно опасных и трудных условиях. Ведущим является адекватное обезбоживание всех раненых, это способствует профилактике развития травматического шока, следовательно, улучшает прогноз для пациентов.

Для оказания скорой помощи непосредственно в очаге боевых действий или чрезвычайной ситуации созданы индивидуальные аптечки. В них находится шприц-тюбик с 20 мг промедола, которым может воспользоваться сам пострадавший, либо находящиеся рядом люди. Так как промедол является наркотическим анальгетиком, нужно учитывать его возможность кумуляции и угнетения дыхания. Чтобы избежать подобных эффектов, этапе доврачебной и первой врачебной помощи показано введение анальгетика вместе с транквилизаторами, например, диазепамом. Благодаря такой комбинации небольшими дозами достигается седативный и обезболивающий эффект. Кроме наркотических

анальгетиков, в передовых медицинских пунктах предусмотрено использование анальгетических концентраций трихлорэтилена или метоксифлурана с помощью портативного устройства «Трингал». Его могут применять сами пострадавшими с момента их поступления на пункт доврачебной медицинской помощи. К первой врачебной помощи раненым относится блокада нервных путей области повреждения местными анестетиками. По сравнению с двумя предыдущими способами обезболивания, блокада требует затрат времени. При большом потоке пораженных ее стараются заменить другими видами анестезии, например, общей анестезией. Во время ВОВ для этой цели использовались хлорэтил и гексенал. Сейчас наиболее приемлемым является кетамин. Преимущество его заключается в том, что методика анестезии относительно простая и во время анестезии, что очень важно, сохраняется адекватное спонтанное дыхание. Сама методика проведения наркоза в полевых лечебных учреждениях практически не отличается от мирного времени. Премедикацию также вводят внутримышечно в предоперационной за 10-20 минут до операции или внутривенно непосредственно перед началом операции. Единственное, при определении характера и вида анестезии анестезиологу приходится учитывать количество пораженных. Так при увеличении показаний к общей анестезии растет пропускная способность операционной. Общая анестезия создает наиболее оптимальные условия для работы полевого хирурга и уменьшает время операции. При современном уровне развития анестезиологии общая анестезия может быть проведена в 65- 75% случаев.

В военно-полевых условиях набор средств для анестезии меньше, чем в мирное время. Раньше главными ингаляционными анестетиками в таблице на военное время были диэтиловый эфир, фторотан и закись азота, а неингаляционные — гексенал и тиопентал-натрий. Все эти препараты конечно остались в арсенале военных врачей, но за последние годы разработали ряд новых улучшенных неингаляционных средств для общей анестезии. Это способствовало изменению методов выбора при операциях у раненых. При применима нейролептаналгезия, а при малых вмешательствах отлично

подходит кетаминовая анестезия на фоне действия премедикации диазепамом или дроперидолом. Главным плюсом неингаляционной общей анестезии является простота техники и отсутствие необходимости использования аппаратов для ингаляционного наркоза, это важный момент в военно-полевых условиях. Также упаковка и транспортировка неингаляционных средств безопаснее и дешевле, чем у ингаляционных. Однако, помимо представленных плюсов, у неингаляционных анестетиков отмечается индивидуальная чувствительность к препаратам, которая может проявляться нарушением дыхания пациентов. Это создает трудности так как появляется необходимость постоянного наблюдения за прооперированными пациентами. Именно поэтому пока нельзя отказываться полностью от ингаляционных анестетиков. Их применение при длительных операциях снижает дозы неингаляционных средств и тем самым уменьшает вероятность развития побочных реакций.

При операциях у раненых также возможно применение местного инфильтрационного и регионарного обезболивания. Преимуществом инфильтративной анестезии служит простота техники, широкая доступность и сравнительная безопасность для пациента. Для повышения эффекта такого обезболивания применяют предварительное введение лекарственных средств общего действия, например, фентанил, дроперидол, диазепам, в таких дозировках, которые не выключают сознание и не угнетают дыхание. Сочетание данных методов анестезии значительно облегчает работу военным анестезиологам. Методы регионарной анестезии мало используются в передовых лечебных учреждениях при массовом поступлении раненых так как они требуют затрат времени. В госпиталях возможность их применения шире. Например, операции на нижних конечностях или в области брюшной полости и таза предусматривают показание к эпидуральной анестезии.

Условия военного времени однозначно являются трудными не только для мирного населения и военнослужащих, но и для врачей. Экстремальные условия требуют решительности врача, ответственность в такие моменты повышается. Для грамотного оказания помощи пострадавшим необходим слаженная работа на

всех этапах медицинской эвакуации, непосредственно, от очага до операционной госпиталя. При большом поступлении тяжело пораженных должны организовываться анестезиологические и реанимационные бригады. Для повышения слаженности их работы назначается один руководитель бригад. В задачи руководителя входит разделение обязанностей и организация грамотного взаимодействия внутри отделения полевых хирургов и анестезиологов, среднего медицинского персонала и врачей. Оперативность оказания медицинской помощи является наиболее значимым, так как минута промедления может стоить пациенту жизни.

Список литературы:

1. Руденко М.И., Андрюшкин В.Н., Унту Ф.И. Регионарная анестезия в практике военного врача-анестезиолога. - 2006. - С. 32-36.
2. Руденко М.И., Шестопапов А.Е., Лысенко М.В. Экстренная анестезиология в многопрофильном госпитале - 2007. - № 7. - С.46 - 47.
3. Андрюшкин В.Н., Нагорнов В.В. Анестезия у раненых и пострадавших - 2004. - С. 32-51.

АНАЛИЗ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Постоялко Надежда Игорьевна

*студент,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

Обухова Татьяна Валентиновна

*научный руководитель,
ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО
Смоленского медицинского университета,
РФ, г. Смоленск*

Тяжелые сочетанные травмы в результате ДТП, к сожалению, остаются актуальной проблемой современности. В России только в 2018 году зарегистрировано 168 тысяч дорожно-транспортных происшествий, в которых погибло 18 тысяч человек, тяжело ранены 215 тысяч. В нашей стране для статистики смертности учитываются только те случаи, когда смерть наступила не позднее 7 суток после катастрофы, в то время как во всем мире оцениваются случаи сроком до 1 месяца. При таком подходе смертность после ДТП по России увеличилась бы до 60 тысяч. Анализирование причин, влияющих на больных с сочетанной травмой, поможет разработать эффективный алгоритм и добиться хороших результатов лечения.

С помощью небольшого наблюдения в Смоленской клинической больнице проанализировали ранний период посттравматической болезни у пациентов с сочетанной травмой. Из 30 человек, участвовавших в наблюдении у 83% проявилась полиорганная недостаточность уже после 1 дня от момента травмы. К 5 суткам отмечалось максимальное нарастание клинических проявлений. Конечно, состояние больных во многом зависело от тяжести сопутствующих повреждений, особенно головного мозга. Также, своевременная грамотно оказанная медицинская помощь значительно уменьшала степень проявления полиорганной недостаточности. Проанализировав данные больных с тяжелой сочетанной травмой получили, что 76% пострадавших имели травмы трех и более областей. Две поврежденные области имели только 22% пациентов,

1 область только 2%. У 63% человек при поступлении выявили шок: I степени - 21%, II степени - у 40% и III степени - у 35%. Каждый третий с ЧМТ был в коме, а у каждого второго с закрытой травмой живота был разрыв печени и селезенки. В оперативном лечении нуждались 97% пострадавших. Определяющим показателем тяжести травмы и эффективности лечения может служить показатель продолжительности пребывания в отделении реанимации. В связи с этим 30 больных, взятых под наблюдение, разделили на 3 группы: первая (выжившие) - с длительностью пребывания в отделении реанимации до 7 суток - 16 человек, вторая - более 7 суток - 11 человека. Умершие 3 пациента составили третью группу. У пациентов из последних двух групп были более тяжелые поражения. Не было отмечено взаимосвязи тяжести поражения и пола пациента. А вот влияние возраста на прогноз прослеживалось, чем старше пациенты были, тем больше осложнений у них наблюдалось. При наблюдении пациентов оценивалось по шкале АРАСНЕ II их общее состояние, в группе умерших значения были выше, чем в группе выживших — 19-8,1 и 8-2 балла, соответственно. Кровопотеря, сопутствующая травме, не оказала значимого влияния на исход: оцененный объем кровопотери составил 2150 ± 1400 мл у выживших и 2400 ± 1600 мл — у умерших. Пациенты третьей групп, где баллы по шкале АРАСНЕ II были самые высокие, умерли от из-за присоединения гнойно-септических осложнений на 7-15 день лечения. Общая тяжесть состояния пациентов повлияла на эффективность механизмов иммунной защиты организма. Так, у одного пациента травма грудной клетки, сопровождающаяся ушибом легких с последующим развитием посттравматической пневмонии, явилась источником сепсиса. Скелетные травмы у двух других погибших препятствовали ранней активизации пациентов, что отчасти способствовало развитию гнойно-септических осложнений.

При анализе факторов, определяющих результаты лечения, выявлено неблагоприятное влияние на исход возраста пострадавшего и тяжести состояния при поступлении, оцениваемой по шкале АРАСНЕ II. Этот вывод является ожидаемым и не требует особых пояснений. Более неожиданным оказалось

отсутствие достоверных различий от тяжести травмы и объема кровопотери между выжившими и погибшими пострадавшими. Этот результат можно объяснить влиянием нескольких факторов. Прежде всего, необходимо учитывать, что в анализ не включены пострадавшие с крайне тяжелой травмой и сверхвысокой кровопотерей, погибающие на догоспитальном этапе или в противошоковой палате стационара. Во-вторых, в результате развития методов помощи при тяжелой сочетанной травме для таких пациентов есть возможность проведения адекватной инфузионно-трансфузионной терапии и своевременной хирургической помощи. Таким образом, для предсказания риска развития летальных септических осложнений может быть использована модель, включающая тяжесть состояния по шкале APACHE II при поступлении, тяжесть травмы грудной клетки, тяжесть травмы конечностей и таза.

Список литературы:

1. Шестопалов А.Е., Руденко М.И. Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в остром периоде травматической болезни - 2004. - № 4. - С. 35.
2. Руденко М.И., Шестопалов А.Е., Лысенко М.В. Экстренная анестезиология в многопрофильном госпитале - 2007. - № 7. - С.46 - 47.
3. Малышев В.П. Интенсивная терапия - М.: МИА, 2009. – 712 с.
4. Руденко М.И., Лысенко М.В. Экстренная анестезиология в многопрофильном госпитале - 2007. С.46-47.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Текоев Тимур Эрикович

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

Теблов Михаил Маркозович

*научный руководитель, канд. мед. наук, доц.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
РФ, г. Владикавказ*

Введение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – распространенное заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующими респираторными симптомами и ограничением скорости воздушного потока, которое связано с бронхиальными или альвеолярными нарушениями, обычно вызываемыми значительным воздействием повреждающих частиц или газов (определение ХОБЛ GOLD 2018). Большинство исследователей сходятся во мнении, что ХОБЛ значимая медицинская и социальная проблема, поскольку в мире отмечается тенденция роста заболеваемости, инвалидизации и смертности от данной патологии. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от ХОБЛ на сегодняшний день среди всех причин смерти занимает 4-е место, причём следует отметить более частую смертность среди женщин страдающих ХОБЛ [1,182 стр.].

Дать истинную статистическую оценку распространенности ХОБЛ не представляется возможным, поскольку ХОБЛ развивается медленно в течение десятилетий. Одной из самых главных особенностей ХОБЛ является скрытое течение и схожесть клинической симптоматики с другими заболеваниями органов дыхания и отсутствие патогномичных симптомов. Основными жалобами являются кашель и одышка, которые присутствуют у пациентов на протяжении десятилетий. Однако отмеченные жалобы со временем перестают беспокоить пациентов и не дают повода обратиться к врачу, что является основным фактором поздней постановки диагноза [1, 183 стр.].

По всей видимости, благоприятный исход в лечении ХОБЛ можно достичь лишь при своевременной постановке диагноза или вовсе не допустить развитие у потенциальной группы риска. На сегодняшний день формирование группы риска, к тому или иному заболеванию остаётся оптимальным и наиболее экономически оправданным.

Цель исследования. Определить потенциальную группу риска развития ХОБЛ в зависимости от: 1) возраста; 2) заболеваний органов дыхания в анамнезе; 3) отягощенного наследственного анамнеза по ХОБЛ; 4) курения.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 60 историй болезней пациентов с ХОБЛ по данным терапевтического отделения КБ СОГМА Министерства здравоохранения РСО-Алания, за 2018 год, с математической обработкой данных в программе Statistica 6.0.

Результаты исследования. Было отобрано 60 историй болезней пациентов с ХОБЛ, в равном количестве мужчин и женщин. Возрастной диапазон был представлен от 37 до 83 лет.

При глубокой статистической обработке полученных данных отмеченных в истории болезни было выявлено, что частота случаев значительно превалирует в возрастной группе от 45 до 60 лет, 38 случаев (63,33%).

Было отмечено, что в анамнезе наиболее часто встречались: бронхиальная астма – 19 случаев (31,67%), перенесенный острый бронхит – 28 случаев (46,67%). Незначительное количество пришлось на пневмонии – 2 случая (2,33%), вирусно-бактериальные инфекции дыхательных путей – 3 случая (5%), и лишь 8 случаев (13,33%) не имели в анамнезе заболеваний органов дыхания.

Отягощенный наследственный анамнез по ХОБЛ отмечался в 7 случаях (11,67%), причём 5 случаев (8%) пришлось на женщин.

Вредные привычке в виде курения были отмечены в 54 случаях (90 %), большая часть которых приходится на мужчин 43 случая (71,67 %). Данный факт подтверждает литературные данные о том, что активное курение табака является основных факторов приводящим к развитию ХОБЛ [2, 3, 4, 5].

Выводы. Формирование группы риска правильнее всего проводить основываясь на следующих факторах: длительное курение, возраст после 45 лет, заболеваний органов дыхания в анамнезе.

Список литературы:

1. Е.Л. Трисветова, С.Л. Касенова; Современное представление о хронической обструктивной болезни лёгких: распространенность, клиника, диагностика, лечение; «Вестник КазНМУ»; 2015 год; №1; 182, 183 стр;
2. Антонов Н.С. Эпидемиология, факторы риска, профилактика. В кн.: Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. – М.: БИНОМ, 1998. – Гл. 5. – С.66,82;
3. Краснова Ю.Н., Гримайлова Е.В., Черняк Б.А. Распространенность хронической обструктивной болезни легких в Иркутской области // Пульмонология. – 2006. – № 1. – С.98,102;
4. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии (Белая книга) // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 2. – С.53,58;
5. Halpin D. Chronic obstructive pulmonary disease. – Mosby, 2001. – 136 p.

ЭКГ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ

Хайтматова Нозима Амир кизи

студент

Ташкентский Педиатрический Медицинский Университет

Узбекистан, г. Ташкент

Кадырова Гулчехра Ганиевна

научный руководитель, доцент

Ташкентский Педиатрический Медицинский Университет

Узбекистан, г. Ташкент

В своей деятельности практикующий врач неоднократно встречается с острыми сердечными заболеваниями, требующими быстрой диагностики. К ним в относятся заболевания сердца, такие как острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии. Проблема ранней диагностики таких заболеваний актуальна из-за возможных осложнений, высокой летальности, и тенденции к увеличению распространенности данной патологии. В наше время, к сожалению, молодые практикующие врачи недостаточно знакомы с особенностями этих заболеваний. Эти недочеты приводят к большому проценту расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, когда больные поступают в стационар с диагнозом сердечная недостаточность, острый коронарный синдром или инфаркт миокарда. Так, под видом острой коронарной патологии проходят больные и с тромбоэмболией легочной артерии и другими сердечными заболеваниями. Не легко переоценить значение правильного определения болевого синдрома в теле, в частности, в грудной клетке. Конечно же можно привести не мало клинических примеров, когда от правильной первоначальной постановки о причине боли в грудной клетке зависит диагноз, назначения, лечебная тактика, а иногда и жизнь пациента.

Цель работы – определение и повышение эффективности диагностики при внезапно возникших болях в грудной клетке.

Материалы и методы. В современной диагностике сердечных заболеваний основным направлением является применение широкого набора алгоритмов.

Основываясь на проделанном анализе клинической картины пациентов, находившихся на стационарном лечении в городской клинической больнице №5, города Ташкента, мы разработали диагностический алгоритм, который не сложно использовать в качестве справочного вспомогательного материала. Кардиограмма пациента при инфаркте является достоверным диагностическим методом и позволяет определить степень поражения сердца, является безопасным методом исследования, а при подозрении на случившийся инфаркт – просто незаменимым. ЭКГ при инфаркте миокарда основывается на нарушении сердечной проводимости, т.е. в определенных участках кардиограммы врач увидит деструктивные аномальные изменения, которые свидетельствуют об инфаркте. Локализация инфаркта миокарда определяется по данным, которые сняты разными электродами со всех областей вокруг сердечной мышцы. Для точного установления диагноза необходимо наложить все 12 электродов: три стандартных (I, II, III); три усиленных: от правой и левой руки, правой ноги (AVR, AVL, AVF); шесть грудных (V1–V6). На ЭКГ при инфаркте миокарда врачи четко видят признаки некроза сердечной ткани.

Алгоритм диагностического поиска при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии

Инфаркт Миокарда нижней стенки левого желудочка	Признаки	Тромбоэмболия легочной артерии
нет	Болезненность одной ноги или односторонний ее отек	Да
нет	Варикозные вены	Да
нет	Глубоко венозный тромбоз	Да
Нет	Операции или переломы в течение последнего месяца	Да
Нет	Активное онкологическое заболевание	Да
Нет	Замена тазобедренного или коленного сустава	Да
Нет	Инсульт с параличами	Да
Нет	Нет Центральный венозный катетер	Да
Нет	Неподвижное сидение (длительная автомобильная поездка или перелёт	Да
Нет	Кровохарканье	Да
Нет	Боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, сочетающаяся с болью в правом подреберье	Да

Инфаркт Миокарда нижней стенки левого желудочка	Признаки	Тромбоэмболия легочной артерии
Нет	Внезапно возникшая одышка и тахипноэ до 30-40 в минуту	Да
Нет	т Выраженный акроцианоз	Да
	ЭКГ-исследования	
Нет	Синдром Мак-Джина-Уайта (появление зубца Q в III отведении и увеличение зубца S в I отведении)	Да
Нет	R-pulmonae (II, III, aVF) Да	Да
Нет	Блокада правой ножки пучка Гиса	Да
да	Признаки ишемии, повреждения, некроза в III, aVF, II	нет
Нет	Наличие тромба в легочных сосудах по данным компьютерной томографии	Да
Нет	Признаки перегрузки правого желудочка, по данным ЭХО-КГ	Да

Заключение.

В современной диагностике сердечных заболеваний причиной ошибочного диагноза являются неверное представление практическими врачами клинической картины инфаркта миокарда, неполноценное клиническое обследование, несвоевременное использование рентгенологического исследования. ЭКГ сегодня является одним из наиболее современных, распространенных и информативных методов для выявления острых сердечных нарушений. Выявление признаков любой их стадий или форм инфаркта требует немедленного лечения или правильной восстановительной терапии. Это позволит предупредить риск развития осложнений, а также повторного приступа.

ГИПОТРОФИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Шачнев Родион Михайлович

студент

*Ставропольский государственный медицинский университет,
РФ, г. Ставрополь*

Прояев Кирилл Олегович

студент

*Ставропольский государственный медицинский университет,
РФ, г. Ставрополь*

Урчукова Лариса Олеговна

студент

*Ставропольский государственный медицинский университет,
РФ, г. Ставрополь*

Исаева Луиза Багамаевна

*научный руководитель, врач педиатр,
заведующая педиатрическим отделением*

ГБУЗ СК «Советская РБ».

РФ, г. Зеленокумск

В последние годы на фоне значительного уменьшения числа детей с хроническими расстройствами питания инфекционной и алиментарной этиологии гипотрофия детей раннего возраста одна из актуальных проблем педиатрии. Факторы вызывающие гипотрофию, своевременная диагностика и способы её лечения являются важнейшей задачей для гармоничного роста и развития детей. К отдаленным последствиям белково-энергетической недостаточности относится задержка роста, снижения IQ у ребенка

Гипотрофия - хроническое расстройство питания, развивающееся в результате комплекса неблагоприятных факторов пре- и постнатального происхождения.

Гипотрофия является неспецифической реакцией, которая свойственна организму ребёнка раннего возраста, сопровождается нарушением обменных и трофических функций организма и снижением толерантности к пище и иммунобиологической реактивности, ведущим проявлением которого является дефицит массы.

Основным наиболее частым вариантом недостаточного питания является белково-калорийная недостаточность.

У таких детей есть и гиповаминозы, иногда дефицит поступления микроэлементов. Недостаточность питания при рождении является проявлением ЗВР плода.

К хроническому расстройству питания могут приводить различные факторы, действующие в пренатальном или постнатальном периоде. Внутриутробная гипотрофия у детей связана с неблагоприятными условиями, нарушающими нормальное развитие плода.

В пренатальном периоде к гипотрофии плода и новорожденного могут приводить патология, соматические заболевания беременной (сахарный диабет, нефропатии, пиелонефрит, пороки сердца, гипертония и др.), нервные стрессы, вредные привычки, недостаточное питание женщины, производственные и экологические вредности, внутриутробное инфицирование и гипоксия плода. Внеутробная гипотрофия у детей раннего возраста может быть обусловлена эндогенными и экзогенными причинами.

Различают две группы гипотрофий по этиологии - экзогенные и эндогенные.

Экзогенными факторами являются:

-алиментарно-белково-энергетическая недостаточность (недокорм; раннее искусственное вскармливание неадаптированными смесями, коровьим молоком; неправильное введение прикорма; нарушение режима; дефекты ухода; нарушения техники грудного вскармливания);

- тяжелая хроническая патология;
- заболевания, вызываемые инфекциями, вызванные бактериями, постоянный дисбактериоз;

К эндогенным факторам относят:

- аномалии конституции;
- пороки развития;
- врожденные или приобретенные поражения ЦНС;
- хромосомные болезни;

- первичная наследственная задержка роста;
- синдромы мальабсорбции;
- наличие диатезов в младенческом возрасте;
- иммунодефицит как первичный, так и вторичный;
- эндокринные нарушения;
- токсические факторы (использование при искусственном вскармливании смесей с истекшим сроком хранения, отравления, гипервитаминозы А и D);
- анорексия (следствие психогенной или другой депрециации, проявление невротических и психопатических состояний).

В настоящее время доминируют гипотрофии эндогенной этиологии.

Классификация.

По выраженности дефицита массы тела у детей различают гипотрофию I (легкой), II (средней) и III (тяжелой) степени.

О гипотрофии I степени говорят при отставании ребенка в весе на 10-20% от возрастной нормы при нормальном росте.

Индекс упитанности Чулицкой составляет 10-15 процентов. Гипотрофия II степени у детей характеризуется снижением веса на 20-30% и отставанием роста на 2-3 см. Индекс упитанности Чулицкой составляет 1-10 процентов.

При гипотрофии III степени дефицит массы тела превышает 30 % от должной по возрасту, имеется значительное отставание в росте.

Индекс упитанности Чулицкой отрицательный.

Диагностика гипотрофии у детей.

Внутриутробная гипотрофия плода, как правило, выявляется при УЗИ-скрининге беременных.

В процессе акушерского УЗИ определяются размеры головки, длина и предполагаемая масса плода.

При задержке внутриутробного развития плода акушер-гинеколог направляет беременную в стационар для уточнения причин гипотрофии. У новорожденных детей наличие гипотрофии может выявляться неонатологом сразу после рождения.

Приобретенная гипотрофия обнаруживается педиатром в процессе динамического наблюдения ребенка и контроля основных антропометрических показателей.

При выявлении гипотрофии проводится углубленное обследование детей для уточнения возможных причин ее развития.

С этой целью организуются консультации детских специалистов (детского невролога, детского кардиолога, детского гастроэнтеролога, инфекциониста, генетика) и диагностические исследования (УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ, ЭЭГ, исследование копрограммы и кала на дисбактериоз, биохимическое исследование крови .

Лечение. Основу лечения гипотрофии составляет специальная диетотерапия, которая проводится в 2 этапа.

Сначала осуществляется анализирование возможных пищевых непереносимостей у младенца, после чего врачом назначается определенная сбалансированная диета с постепенным увеличением порций пищи и ее калорийности.

Основой диетотерапии при гипотрофии является дробное питание небольшими порциями с малым промежутком времени.

Еженедельно размер порций увеличивается с учетом необходимой пищевой нагрузки при проведении регулярного контроля и осмотров.

В ходе терапии осуществляется корректировка лечения. Ослабленных малышей, которые не могут самостоятельно глотать или сосать, кормят через специальный зонд. Проводится и медикаментозное лечение.

Лечение гипотрофии I степени:

1. Обеспечение оптимального режима дня с учетом физического и психомоторного состояния, а не календарного возраста ребенка.

2. Организация адекватного питания: первые 3 дня назначается щадящее (по качеству) питание, учитывается объем и состав пищи с коррекцией на возрастную норму, затем расчет питания проводится на 1 кг должноствующей массы тела. При недостатке в рационе питания белка вводятся дополнительно

творог или белковый энпит, молочно-кислые продукты, обогащенные пробиотиками. Расчет питания проводится каждые 7-10 дней, в зависимости от результатов лечения проводится его коррекция. 140-160 ккал/кг/сут, II-III степени - 160-180-200 ккал/кг/сут. Нагрузка по белку достигает 4,0-4,5 г/кг, по жирам - 6,0-6,5 г/кг, углеводами - 15,0-16,0 г/кг. Критериями эффективности диетотерапии этого периода являются улучшения психомоторного и питательного статуса и показателей обмена, достижение регулярных прибавок массы тела 25-30 г/сут.

3. Симптоматическая терапия:

- ферментотерапия показана всем больным гипотрофией; - витаминотерапия проводится сначала парентерально, а в дальнейшем энтерально. В период минимального питания назначают витамины С, В₁, В₆. В переходный период и период усиленного питания витамины А, Е, В - пробиотики;

- УФО, лечебные ванны, массаж, гимнастика.

Восстановление массы тела, видов обмена у ребенка с гипотрофией I степени происходит в течение 1-1,5 месяцев, II степени - 3-4 месяцев, III степени - 4, 5-6 месяцев. В течение этого времени показано диспансерное наблюдение, осуществляемое участковым педиатром.

Лечение гипотрофии II -III степени (проводится только в условиях стационара):

1. Организация максимально щадящего режима.

2. Организация адекватного питания и способа кормления в зависимости от возраста ребенка, состояния и степени гипотрофии. Ежедневно проводится расчет калорий потребляемой ребенком пищи.

3. Симптоматическая терапия: ферментотерапия; витаминотерапия (А, В₁, В₂, Р, В₁₂. фолиевая кислота, РР, В₅, В₁₅, Д); стимулирующая терапия: дибазол, пентоксил, апилак; -пробиотики: бифидумбактерин, лактобактерин, лакто-фильтрум, линекс; -иммунокорректирующая терапия: специфический иммуноглобулин, препараты плазмы и пр.; УФО, лечебные ванны, гимнастика, массаж.

Профилактика гипотрофии заключается она в правильном поведении будущей матери во время вынашивания ребёнка.

Постановка на учет в поликлинику на ранних сроках беременности, вовремя проходить все обследования и исследования, не пропускать плановые приемы и консультации специалистов.

Особым моментом профилактики гипотрофии у ребенка является питание будущей матери, оно должно быть сбалансированным, обеспечивать организму все необходимые вещества не только для своего существования, но и для развития плода.

После рождения малыша важно рациональное вскармливание, организации соответствующего ухода, лечения рахита, анемии, инфекционных заболеваний у детей раннего возраста.

Важным звеном в профилактике является проведение мероприятий, направленных на антенатальную охрану здоровья плода. Оберегать ребенка от присоединения интеркуррентных инфекций.

Цель нашего исследования: изучить этиологию гипотрофии у детей, провести исследование в условиях стационара, оценить результативность лечения детей с гипотрофией.

Материалы и методы: изучить этиологические факторы и вероятные факторы риска развития гипотрофии у детей, провести исследование и наблюдение детей с гипотрофией в условиях педиатрического отделения ГБУЗ СК «Советская РБ» город Зеленокумск за 2018г.-2019 г.

Критериями включения детей в исследование служили: недоношенные и доношенные дети с оценкой по Апгар при рождении не менее 6 баллов; возраст детей от 2 недель до 1 года.

В исследование были включены 5 детей с гипотрофией 2 степени . Возраст 2 мес. - 2 ребенка, 4 месяцев 1 ребёнок, 5 месяцев 1 ребёнок, 7 месяцев 1 ребёнок, 1 год 1 ребёнок. Диагностический комплекс включал в себя: тщательный сбор анамнеза, неврологический и общесоматический статус, УЗИ, клинические анализы. Проводился анализ лечения и контроль его эффективности.

Результаты исследования и их обсуждение. Критерии эффективности: динамика массово-ростовых показателей; аппетит; наличие срыгиваний, колик и метеоризма у детей 2 и 4;5 месяцев; состояние кожных покровов и слизистых. Дети 2, 4 и 5 месяцев находились на искусственном вскармливании с использованием адаптированной смеси с пребиотиками.

Всем детям проводилось лечение: ферментотерапия, витаминотерапия, стимулирующая терапия, пробиотики, иммунокорректирующая терапия. Отметили хорошую прибавку в весе .

В среднем, за месяц масса тела увеличилась на 600 г.

Рост детей увеличился на 2 см. У ребёнка возраста 7 мес. прибавка в массе 500 г.

Рост увеличился на 1.8 см. у малыша 1 года - 300 г. прибавка в весе. Рост увеличился на 1.5 см. Проведённое обследование и назначенное лечение маленьких пациентов дали положительные результаты.

Прогноз: при своевременно начатом лечении, адекватном питании и уходе благоприятный.

Выводы. Профилактика пренатальной гипотрофии плода должна включать соблюдение режима дня и питания будущей мамы, исключение воздействия на плод различных неблагоприятных факторов.

Сохранение естественного вскармливания, рациональное возрастное вскармливание с регулярным расчетом питания, своевременное введение прикормов, организация рационального ухода за новорожденным, контроль веса ребёнка имеет важное значение.

Своевременное проведение диетической коррекции рациона у детей в лечебно-профилактических учреждениях должны стать неотъемлемой частью процесса лечения пациента и входить в число основных мероприятий. Мерами профилактики и своевременного лечения можно предотвратить развитие гипотрофии у новорожденных и детей раннего и позднего возраста!

Список литературы:

1. Бабцева А.Ф., Бойченко Т.Е., Шанова О.В. Гипотрофия у детей: учебное пособие –Благовещенск : Букавица 2011.
2. Барабаш Н.А., Станкевич С.С., Михалев Е.В., Лошкова Е.В.. Нутритивная поддержка при дефицитных состояниях у детей. Пособие для врачей . Томск 2015.
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Диагностика и лечение аллергии к белкам коровьего молока у детей грудного и раннего возраста. 2014.
4. Кильдиярова Р.Р. Болезни органов пищеварения у детей. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации. МЕД. пресс-информ, 2015.
5. Липатова Е.С. Гипотрофия у детей: клинико-метаболические критерии диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Липатова Елена Сергеевна. – Самара: 2011.
6. Липатова Е.С., Печкуров Д.В. Показатели липидного обмена и нервно-психическое развитие детей раннего возраста с гипотрофией // Сборник материалов VIII Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», - М.: Издательство «Оверлей», 2009.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Союз педиатров России. - М.: Щербинская типография, 2011.
8. Скворцова В.А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В.А. Скворцова, Т.Э. Боровик, О.К. Нетребенко / Лечащий врач. - 2011. - № 1.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

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

№ 7(18)
Июль 2019 г.

В авторской редакции

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

