

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №85

Кемерово 2021

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

31 мая 2021 г.
ISSN 2500-378X
Кемерово

УДК 378.001

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail: admin@idpluton.ru

Подписано в печать 31.05.2021 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ОСТЕОМИЕЛИТ У СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ	4
Костенко А.О., Башкатова Н.А.	
2. КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТКОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....	7
Согоян А.С., Фуфачев А.Л	
3. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	12
Гаджиева С.В., Балина А.А., Кряжевских А.А.	
4. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ: МИФЫ И ПРАВДА	14
Имамутдинова Д.И., Габриелян С.С., Маркова Е.М.	
5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	18
Хачатрян В.А., Рыжаева В.Н.	
6. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЗА ПЕРИОД 2013-2019 ГГ	20
Косилова М.В., Рыжаева В.Н.	
7. ПРЕПАРАТЫ ИНТЕРФЕРОНА В БОРЬБЕ С КОВИД-19.....	23
Быкова Д.Г., Рябова А.В., Балина А.А	
8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЯИЧНИКОВ.....	26
Рябова А.В., Шульмина М.С., Эсаулова К.А., Казаков В.В.	

Костенко Анастасия Олеговна**Kostenko Anastasia Olegovna**Студентка 3 курса ФАКУЛЬТЕТА ВЕТЕРИНАРНОЙ МЕДИЦИНЫ
ФГБОУ ВО Донской ГАУ «Донской государственный аграрный университет»E-mail: nastyakostenko.2000@mail.ru**Башкатова Н.А.****Bashkatova N.A.**

Научный руководитель

доцент, к.в.н. ФГБОУ ВО «Донской государственный аграрный университет»

УДК 619:616

ОСТЕОМИЕЛИТ У СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ**OSTEOMYELITIS OF FARM ANIMALS**

Аннотация: в данной статье рассматривается заболевание сельскохозяйственных животных - остеомиелит, его классификация, пути заражения, клинические признаки, острое и хроническое течение, а также предложены меры профилактики данного заболевания.

Annotation: this article discusses the disease of farm animals - osteomyelitis, its classification, routes of infection, clinical signs, acute and chronic course, and also suggests measures for the prevention of this disease.

Ключевые слова: остеомиелит, сельскохозяйственные животные, классификация, этиология, клинические признаки, лечение, профилактика.

Key words: osteomyelitis, farm animals, classification, etiology, clinical signs, treatment, prevention.

Остеомиелит – инфекционное воспаление кости с вовлечением всех её элементов (костный мозг, собственно кость и надкостницу), т.е. паностит.

Остеомиелит классифицируется на асептический и инфекционный. В свою очередь, инфекционный делится на гнойный, актиномикозный, сапной и т. д.

У сельскохозяйственных животных чаще наблюдается гнойный и актиномикозный остеомиелит.

В зависимости от путей проникновения инфекции различают: гематогенный (вирулентные микробы заносятся током крови в сосуды костного мозга); по продолжению (гнойный процесс распространяется с мягких тканей на надкостницу, а затем по гаверсовым каналам в костный мозг); раневой (причиной является открытое механическое повреждение).

По клиническому течению остеомиелиты подразделяются на острые и хронические [5].

По тяжести течения, трудности диагностики и неблагоприятным исходом среди гнойно-воспалительных процессов выделяется гнойная инфекция костей [6]. У животных чаще всего гнойным остеомиелитом поражаются нижняя челюсть (при гнойном периодонтите и пульпите зубов), ребра, плечевая, бедренная, пястная и плюсневые кости, маклоковый бугор, остистые отростки и грудная кость. Факторами для развития патологического процесса являются травма кости, истощение, охлаждение, огнестрельное ранение, авитаминоз и тяжело протекающие заразные болезни, понижающие резистентность костного мозга и иммунитет организма к возбудителю инфекции [4].

Основные причины гнойного остеомиелита — открытые переломы, проникающие до кости инфицированные ранения, гнойные периоститы. Асептический остеомиелит может быть при закрытых механических повреждениях, ушибах, сотрясении, асептическом воспалении надкостницы, кости и др. При остеомиелите происходят различные сдвиги в обмене веществ. При клиническом исследовании крови количество кальция повышено, а фосфора понижено, содержание витаминов С, В, К и А очень низкое [1]. Следовательно, больным животным в процессе лечения следует вводить в рационы повышенное количество этих витаминов.

Раневой остеомиелит в отличие от гематогенного вызывается возбудителями смешанной инфекции. Так, гематогенный, как правило, развивается под влиянием одного вида микроба (моноинфекция) в замкнутой костномозговой полости в виде флегмоны костного мозга.

Остеомиелитический процесс начинается всегда изнутри и распространяется к наружи: гной, просачиваясь через гаверсовы каналы, отслаивает надкостницу. Компактный слой кости, омываемый с наружной и внутренней сторон гноем, омертвевает и превращается в костный секвестр.

Клинические признаки при остеомиелите разнообразны. В острых случаях сопровождается повышением температуры, усилением пульса и дыхания, развитием гиперлейкоцитоза. Моча часто содержит капельки жира, хорошо обнаруживаемые при окраске Суданом [2]. Из общих признаков при поражении трубчатых костей характерна сильная хромота, при движении животное не опирается на конечность. Пальпация или перкуссия вызывают болезненность. В более поздние стадии пораженная кость увеличивается в объеме вследствие развития оссифицирующего периостита. В окружающих мягких тканях формируются мелкие гнойники или абсцессы, которые, вскрываясь наружу, образуют свищи, сообщающиеся с костномозговой полостью. У лошадей гнойный экссудат отличается ихорозным запахом. У рогатого скота гнойные выделения, как правило, незначительные [3]. При остеомиелите в них содержатся капельки жира костного мозга и частички разрушенной кости. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации.

Хроническое течение болезни характеризуется избыточным образованием костной ткани со стороны надкостницы (гиперостоз), разрежением кортикального слоя кости (остеопороз) и некрозом. Некрозы можно четко обнаружить с помощью рентгенологического исследования. Патологический процесс, при отсутствии лечения, приводит к резкому ухудшению общего состояния животного и неблагоприятному исходу (гибель) [5].

Методами рентгенографии и радиоактивной индикации у мелких животных в пораженной остеомиелитом кости устанавливают на разной стадии течения болезни оссифицирующий периостит, кариес и внутрикостные абсцессы, остеопороз и остеосклероз.

В острых случаях течения болезни лечение, как правило, комплексное. Животному предоставляют покой, обильную подстилку, обеспечивают рационом, богатым витаминами. Для предупреждения сепсиса и повышения защитных сил организма следует применять антибиотики, сульфаниламиды, камфорную жидкость по Кадыкову (Плахотину), новокаиновую блокаду, переливание крови. На ранних стадиях болезни для приостановления патологического процесса рекомендуется местно (внутрикостно) вводить антибиотиконовокаиновые растворы. При прогрессирующих разрушениях кости, а также тяжелой септической интоксикации целесообразно наиболее раннее оперативное вмешательство [2]. Следует ликвидировать гнойно-некротический процесс путем удаления пораженных костей в пределах здоровых тканей. Для обеспечения хорошего стока гнойного экссудата и проведения секвестротомии разрезы по возможности делают широкими. Обнажают и удаляют очаг поражения, как правило, поднадкостнично, так как костная ткань в дальнейшем восстанавливается в основном за счет надкостницы. Надкостницу отделяют вместе с мягкими тканями. Трепанацию секвестральной коробки или кости осуществляют с помощью долот и фрез. Некротические костные стенки удаляют люэровскими щипцами, секвестры и разросшиеся грануляции — острой ложкой. Перед кюретажем секвестральную полость следует хорошо промыть теплым раствором фурацилина, а затем обработать спирт-эфиром, в разведении 1:1. Затем полость вновь орошают спирт-эфиром и обильно промывают растворами с антибиотиками [1].

Для предупреждения переломов или смещения отломков оперируемой области при патологическом процессе в трубчатых костях накладывают гипсовую повязку, которую снимают после стихания острых воспалительных явлений. При гнойном процессе у овец хороший результат дает орошение пораженных костномозговых полостей свежеприготовленным 25 %-ным раствором хлорацета в сочетании с травертинами для стимуляции остеогенеза и нормализации минерального обмена [2]. При хроническом процессе проводится секвестротомия в сочетании с введением антибиотиков и сульфаниламидов. При подостро и хронически протекающем асептическом остеомиелите назначают физические методы лечения (УФО, УВЧ и озокерито-парафиновое лечение).

Профилактические методы сводятся к более ранней и тщательной хирургической обработке ран, особенно при открытых переломах. При воспалительных процессах в мягких тканях, окружающих кость, и в случаях актиномикозного поражения оказывается неотложная врачебная помощь с применением высокоэффективных лекарственных средств [4]. Такие меры должны быть направлены на предупреждение гематогенных остеомиелитов и остеомиелитов по продолжению. Главными профилактическими мероприятиями остеомиелитов являются предупреждение травматических повреждений, содержание животных в хороших условиях и предоставление должного ухода, обеспечение их полноценным витаминизированным и сбалансированным питанием.

Библиографический список:

1. Алтухов, Н.Н. Краткий справочник ветеринарного врача /Н.Н. Алтухов. - М.: "Агропромиздат", 2009. - 574 с.
2. Беляков, И.М. Практикум по внутренним болезням сельскохозяйственных животных /И.М. Беляков. - М.: Агропромиздат, 2015. - 196 с.
3. Гавриш, В.Г. Справочник ветеринарного врача /В.Г. Гавриш. 4 изд. - Ростов-на-Дону: "Феникс", 2003. - 576 с.
4. Домрачев, Г.В. Патология и терапия внутренних незаразных болезней сельскохозяйственных животных /Г.В. Домрачев. - М.: Сельхозгиз, 2018. -320с.
5. Ковалев, С. П. Клиническая диагностика внутренних болезней животных /С.П. Ковалев. - СПб.: Лань, 2021. - 540 с.
6. Стекольников, А.А. К вопросу о современной терминологии и классификации сепсиса животных / А.А. Стекольников, С.В. Чернигова // вопросы нормативно-правового регулирования в ветеринарии. -2013.-№3.-С.118-119.

Согоян Анна Севадаевна
Sogoyan Anna Sevadaevna
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
студент

Фуфачев Андрей Леонидович
Fufachev Andrey Leonidovich
старший преподаватель кафедры физической культуры ФГБОУ ВО Кировского ГМУ
Минздрава России

УДК 796.011.1

КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТКОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

CORRECTION OF DISADVANTAGES OF PHYSICAL DEVELOPMENT BY MEANS OF PHYSICAL EDUCATION

Аннотация: в данной статье рассмотрены методы применения средств физической культуры, влияние регулярных занятий на физическое воспитание, укрепление здоровья, повышения общей работоспособности и психического состояния организма. А также комплексы упражнений на группы мышц, наиболее нуждающихся в поддержке на сегодняшний день.

Abstract: this article discusses the methods of using physical culture tools, the impact of regular classes on physical education, health promotion, improving overall performance and the mental state of the body. As well as sets of exercises for the muscle groups that are most in need of support today.

Ключевые слова: двигательная активность, физическое развитие, спорт, коррекция осанки, сутулость, остеохондроз, плоскостопие.

Keywords: physical activity, physical development, sports, posture correction, stoop, osteochondrosis, flat feet.

Введение

Многokратно исследовано и многими учеными доказано, что существует определённая связь между умственным трудом и физической нагрузкой на организм. Физические упражнения стоит рассматривать не только как хобби или отдых, но и как средство сохранения и поддержания здоровья, трудоспособности.

Известно, что физическое развитие человека как процесс изменения и становления морфологических и функциональных свойств зависит и от наследственности, и от условий жизни, а также от физического воспитания с момента рождения. Физическая нагрузка оказывает существенное влияние на развитие и формирование тела. Происходит стимуляция обменных процессов, что влияет непосредственно на развитие крепкого скелета: особое место имеет уровень обмена кальция.

На сегодняшний день в связи с особенностями работы и учебы, а также экологической обстановкой одними из самых опасных и широко распространённых заболеваний являются болезни дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов зрения и кожи. Тенденция увеличения числа пациентов с нарушением функции желудочно-кишечного тракта продолжает расти. Чаще страдают гастродуоденитом, гастритом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Статистика показывает, большинство известных к настоящему времени хронических заболеваний относится к наследственно и экологически обусловленным патологическим процессам. И важно отметить, что нарушения обмена веществ в организме либо являются ведущими механизмами патологии, либо развиваются вторично и утяжеляют течение основного процесса.

Высокий процент заболеваемости связан с несколькими процессами. По данным ВОЗ более 2/3 болезней возникают из-за ухудшения экологической обстановки в городах [3,56]. Экологическая ситуация оказывает прямое или косвенное воздействие на физическое и нравственное развитие человека.

Однако непосредственно образ жизни является решающим фактором состояния здоровья человека. Грамотный режим сна и бодрствования, распределение нагрузки в течение дня и

необходимость отдыха – одна из важнейших задач поддержания здоровья и работоспособности.

Нарушение распорядка дня, труда, учебных занятий, питания, отдыха, сна, двигательной активности может привести не только к снижению работоспособности, но и к закономерному снижению реактивных сил организма и развитию заболеваний.

Наиболее действенной альтернативой гиподинамии (уменьшению подвижности) в современных условиях могут выступать физические упражнения. Подвижный образ жизни и систематические физические упражнения играют роль восстановительного фактора и придают человеку достаточную выносливость для выполнения значительно большей работы, чем человеку, ведущему малоподвижный образ жизни. Это объясняется активацией резервных возможностей организма [4,115].

Систематическая физическая активность благоприятно влияет на центральную нервную систему. Улучшается работа сердца, легких. Отмечается улучшение общего самочувствия и прилив большей уверенности в себе. Исследования показали, что проведение занятий по физическому воспитанию положительно влияет на умственную работоспособность, сокращает сроки восстановительного периода организма.

Систематическое продолжение работы в состоянии утомления, неправильная организация труда, длительное выполнение работы, связанной с чрезмерным нервно-психическим или физическим напряжением, – все это может привести к переутомлению. А это может привести к заболеваниям нервной системы, обострению сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической и язвенной болезням, снижению сил организма [1,92]. Например, под влиянием длительного (хронического) стресса у наблюдаемой группы людей значительно изменяется интенсивность кровенаполнения сосудов, электрокардиографические и биохимические показатели, которые приходят в норму в течение 2-3 суток после удаления стрессового фактора.

С помощью упражнений и других средств физической культуры (закаливание, гигиенические факторы) можно снизить рост заболеваемости, остановить прогрессирование некоторых болезней и скорректировать отклонения в физическом развитии (нарушение осанки, излишняя масса тела, близорукость и др.).

Коррекция недостатков физического развития средствами физической культуры у молодого поколения

Спектр так называемых недостатков физического развития у подростков чрезвычайно широк. К ним относятся: у юношей преимущественно – дефицит мышечной массы, различные искривления позвоночника (по большей части впалая грудь, сутулость), недостаточное развитие основных двигательных способностей (общей выносливости, мышечной силы, координации); у девушек – избыточная масса тела, слабо развитая гибкость, координация движений, сутулость. Каждый подросток по-своему воспринимает недостатки своего физического развития. Многие здесь зависят от личности, свойств нервной системы, мнения окружающих и ряда других факторов [2,67].

В понятие «коррекция» входят сумма оздоровительных, общеукрепляющих и развивающих воздействий специально подобранных систем физических упражнений, влияющих на формирование опорно-двигательного аппарата, устранение функциональной недостаточности и повышение уровня физической подготовленности.

При коррекции физического развития ликвидируются отклонения в осанке, искривления позвоночника в различных направлениях, нарушения развития грудной клетки (плоская, узкая, асимметричная), плоскостопие и другие недостатки.

Тип коррекции зависит от выявленных недостатков. Так, для юношей с дефицитом мышечной массы рекомендуются упражнения силовой направленности: занятия с гантелями, гириями, резиновыми эспандерами для различных групп мышц (ног, рук, туловища). В процессе таких занятий важно правильно подобрать нагрузку на разную группу мышц, чтобы не возникло перенапряжение одной мышечной группы по сравнению с другой.

Для коррекции физического развития применяются специальные корригирующие и общеразвивающие физические упражнения для укрепления мышц спины и передней части туловища, так называемый мышечный корсет, также для развития правильной осанки. Дыхательные упражнения для улучшения функции дыхания, положительно сказывающейся на форме грудной клетки: плавание, подвижные и спортивные игры, элементы спорта. При наличии лишней массы тела полезны гимнастические упражнения, способствующие активизации жирового обмена. Рекомендуются ритмическая гимнастика, подвижные и спортивные игры, плавание, туризм. Наиболее эффективными упражнениями, активизирующими жировой обмен, являются циклические,

результат достигается быстрее при выполнении их в аэробном режиме [5,104].

В случае различных форм сердечно-сосудистой недостаточности дыхательной системы применяются строго дозированные физические упражнения: ходьба, оздоровительный бег, плавание, передвижение на лыжах и другие со строгим контролем за состоянием организма.

Коррекция физической подготовленности осуществляется после определения ее недостаточности. Занимающимся предлагается выполнить ряд тестов, результаты которых создадут условия для корригирующего тренировочного процесса.

Комплексы корригирующих упражнений

Комплекс упражнений, направленных на коррекцию индивидуального физического развития

Для мышц груди и рук

Сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу. Руки на ширине плеч. 25 раз.

Для широчайших мышц

Лежа на спине между двумя стульями, гимнастическая палка на сиденьях. Взяться за палку руками широким хватом. Подтягивание до касания палки грудью. 3 серии по 10 раз.

Для дельтовидных мышц

Стоя, наступив на резиновый бинт, свободные концы в руках. Поднимание рук через стороны вверх, 3 серии по 10 раз.

Для бицепсов

Стоя так же, как в предыдущем упражнении. Сгибание рук в локтевых суставах, 3 серии по 8 раз.

Для трицепсов

Стоя, руки согнуты в локтях за головой, в них свободные концы бинта. На меняя положения локтей, разгибать руки, 3 серии по 8 раз.

Для мышц спины

Лежа животом на стуле, руки за головой. Одновременно поднимать туловище и прямые ноги, максимально прогибаясь, 3 серии по 8 раз.

Для мышц ног

Стоя, руки за головой. Присесть, встать и чуть-чуть выпрыгнуть вверх. Упражнения можно заменить приседаниями на одной ноге, другая вытянута вперед, 4 серии по 6 раз.

Стоя носком одной ноги на деревянном бруске высотой 3-4 см, подняться на носок, 3 серии по 12 раз каждой ногой.

Для мышц брюшного пресса

Лежа на полу, руки за головой, ноги закреплены. Поднимание туловища до касания грудью коленей. 3 серии по 15 раз.

Комплекс упражнений для профилактики и лечения остеохондроза

При поражении какого-либо одного отдела позвоночника страдает весь позвоночник, поэтому упражнения для всего позвоночника должны быть скорректированы врачом в зависимости от тяжести степени нарушений. Возможно включение дополнительных специальных упражнений на отдельный отдел позвоночника.

1. Исходное положение – сидя на стуле (сохраняется для первых 8 упражнений), руки опущены вдоль туловища. Повороты головы – влево и вправо с максимально возможной амплитудой. Темп медленный. Повторить 5-10 раз.

2. Опустить голову вниз, достать подбородком грудь. Темп медленный. Повторить 5-10 раз.

3. Запрокинуть голову назад, одновременно вытягивая подбородок. Темп медленный. 5-10 раз.

4. Положить ладонь на лоб. Давить лбом на сопротивляющуюся ладонь. Давление – 10 секунд, отдых – 20 секунд. 5 раз.

5. Положить ладонь на область виска. Давить виском на сопротивляющуюся ладонь. Давление – 10 секунд, отдых – 20 секунд. 5 раз.

6. Так же с другой стороны.

7. Руки опущены вдоль туловища. Поднять плечи и удерживать в таком положении 10 секунд, расслабление – 15 секунд. 6 раз.

8. Самомассаж шеи, плечевых суставов, трапециевидной мышцы. 5-7 минут.

9. Исходное положение – лежа на спине, руки под головой. Давить головой на руки (темп медленный) – выдох. Расслабиться – вдох. 10 раз.

10. Исходное положение – лежа на спине, руки на поясе. Поочередное сгибание и разгибание ног, не уменьшая прогиба поясницы. Стопы не отрывать. По 10 раз каждой ногой.

11. Исходное положение – лежа на спине, руки на поясе, ноги согнуты. Прогнуться, поднимая таз – выдох, исходное положение – вдох. 10-15 раз.

12. Исходное положение – лежа на спине, кисть одной руки на груди, другой – на животе. Глубокий вдох (кисти приподнимаются), глубокий выдох (кисти опускаются).

Комплекс упражнений для предупреждения сутулости

1. Исходное положение – лежа на животе, руки вверх. Движения руками, как при плавании способом «брасс», 6 раз.

2. Исходное положение – лежа на спине, руки вдоль туловища. Движения ногами, как при плавании способом «кроль», 6-10 раз.

3. Исходное положение – основная стойка. Дыхательные упражнения, 2-3 раза.

4. Исходное положение – лежа на животе, кисти под подбородком. Поднять ноги. Держать 3 счета, 4-6 раз.

5. Исходное положение – лежа на спине, руки на пояс. Медленно сесть без опоры на руки, медленно лечь, 4-6 раз.

6. Исходное положение – основная стойка. Дыхательные упражнения, 2-3 раза.

7. Исходное положение – стоя, ноги врозь, в двух шагах от стула. Наклон вперед, хват за спинку стула, сделать «круглую» спину, рывком прогнуться. Держать 3 счета. Вернуться в исходное положение, 4-5 раз.

Комплекс упражнений для выработки устойчивого навыка осанки

1. Исходное положение – основная стойка. На голове расположить какой-либо предмет. Сохранить правильную осанку, опуститься поочередно на колени, затем сесть на пятки и в обратной последовательности вернуться в исходное положение

2. Стоя, развести руки в стороны, держа в правой руке небольшой предмет. Поднимая правую руку вверх, согнуть ее в локте, левую завести за спину и положить предмет в левую руку. Повторить упражнение, переложив предмет в другую руку.

3. Стоя у стены и касаясь ее затылком, спиной и пятками, поднять согнутую правую ногу максимально вверх и прижать к животу, обхватив голень руками. Затем выпрямить ногу и руки вперед. То же с другой ноги. Повторить 25-30 раз.

4. С предметом на голове походить на носках, пятках, высоко поднимая колени, выпадами, зигзагами, скрестным шагом, приставными шагами, спиной вперед.

5. Ускорения по прямой линии, по кривой, зигзагом.

6. Прыжки, в том числе в глубину с возвышений различной высоты.

7. Кувырки вперед, назад, в сторону.

8. Стойка на лопатках с открытыми и закрытыми глазами.

Комплекс упражнений при плоскостопии

Упражнения на укрепление мышц и связок стопы:

1. Ходьба на носках, пятках, внутренней и внешней сторонах стопы, с отягощением на плечах массой 1-3 кг.

2. Сидя на стуле, разводить и сводить пятки, не отрывая носков от пола.

3. Из того же положения захватывание стопами мяча среднего размера и поднимание его.

4. Сидя на стуле, сгибание пальцами ног коврика или куска ткани, лежащего на полу.

5. Захватывание и поднимание пальцами ног различных предметов (палочек, мяча, куска ткани).

6. Сидя на стуле, стопы лежат на круглой палке небольшого диаметра. Катание палки подошвами ног.

7. Приседание с отрывом пяток от поверхности пола.

8. Ритмичное сгибание и разгибание ноги в голеностопном суставе, стоя передней частью стопы на опоре высотой 7-10 см.

9. Из положения стоя, руки на поясе. Перекаты с пятки на носок.

10. Из того же положения. Ходьба по гимнастической палке.

11. Ходьба на носках по наклонной плоскости.

12. Ходьба по бруску с треугольным профилем.

Библиографический список:

1. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр "Академия", 2010.
2. Е.Г. Мильнер «Формула жизни» Изд. «Физкультура и спорт» Москва 2011год.
3. Гришина, Ю.И. Физическая культура студента: учебное пособие / Ю.И. Гришина. - РнД: Феникс, 2019.
4. С.Н. Попов «Лечебная физическая физкультура» Изд. «Физкультура и спорт» Москва 2012 год.
5. Маргазин, В.А. Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и нарушениях обмена / В.А. Маргазин. - СПб.: СпецЛит, 2016.

Гаджиева Сабрина Вердихановна
Gadzhieva Sabrina Verdikhanovna

студент Л-318 группы

Кировский медицинский университет, Россия, город Киров

Балина Анастасия Аркадьевна
Balina Anastasia Arkadyevna

студент Л-314 группы

Кировский медицинский университет, Россия, город Киров

Кряжевских Александр Александрович
Kryazhevskikh Alexander Alexandrovich

студент Л-314 группы

Кировский медицинский университет, Россия, город Киров

УДК 616

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

MORPHOLOGICAL ASSESSMENT OF THE RESULTS OF THYROID CANCER TREATMENT

Аннотация: на данный момент рак щитовидной железы является наиболее распространенным злокачественным новообразованием эндокринной системы. В данной статье проводится морфологическая оценка результатов лечения рака щитовидной железы.

Abstract: at the moment, thyroid cancer is the most common malignant neoplasm of the endocrine system. This article provides a morphological assessment of the results of thyroid cancer treatment.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, лимфаденэктомия.

Key words: thyroid cancer, thyroidectomy, hemithyroidectomy, lymphadenectomy.

Рак щитовидной железы – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов железистого эпителия щитовидной железы [2]. Данное заболевание является наиболее распространенным злокачественным новообразованием эндокринной системы. Рак щитовидной железы составляет в разных странах 0,5-3% от общего числа злокачественных опухолей всех локализаций. В 2018 году рак щитовидной железы составил 2,1% в структуре онкозаболеваний в России. Среди взрослого населения заболело 13 250 человек. Соотношение женщин и мужчин составило 5,2/1, однако, при разных морфологических формах заболевания это соотношение может меняться. Рак щитовидной железы может возникать в любом возрасте, в том числе у детей, около 20% заболевших были моложе 30 лет. [1].

За последние 10 лет в России отмечено увеличение числа активно выявленных случаев рака щитовидной железы с 16,7% до 29,3%. Показатель смертности от данного заболевания составил 0,7% общей смертности от злокачественных опухолей.

Причина развития рака щитовидной железы индивидуальна и многообразна.

Выделяют ряд основных факторов:

- длительную стимуляцию ткани щитовидной железы высокими дозами тиреотропного гормона (ТТГ)
- йодный дефицит
- воздействие ионизирующего излучения на ткань щитовидной железы
- наличие в ткани щитовидной железы неопластических процессов (аденомы, атероматоза)
- наследственные синдромы, такие как: семейный аденоматозный полипоз, синдром Карни, синдром Каудена)

В гистологическую классификацию рака щитовидной железы входят:

1. Папиллярная карцинома
2. Фолликулярная карцинома
3. Медуллярная карцинома

4. Недифференцированная (анapластическая) карцинома

Как распознать рак щитовидной железы?

Чаще всего пациенты будут предъявлять следующие жалобы:

- Наличие узлового образования на передней или боковой поверхности шеи
- Осиплость
- Дисфагия

При физикальном обследовании помимо узлового образования щитовидной железы мы будем наблюдать увеличение регионарных лимфатических узлов.

Всем пациентам при узловом зобе необходимо проводить комплексное исследование щитовидной железы, включая морфологические методы, с целью выявления патологического процесса для решения вопроса о лечебной тактике и её необходимости.

Хирургическое лечение проводится строго по показаниям, в частности при подозрении на наличие злокачественного образования.

В настоящее время основным методом лечения рака щитовидной железы является хирургическое лечение. Наиболее часто применяют гемитиреоидэктомию с последующей завершающей тиреоидэктомией с центральной шейной лимфаденэктомией; тиреоидэктомию; тиреоидэктомию с различными объемами лимфодиссекции. С целью выявления наиболее эффективного из перечисленных методов хирургического лечения мы провели ретроспективный анализ 120 историй болезней на базе КОГКБУЗ «Центр онкологии и медицинской радиологии».

Наиболее популярным методом лечения рака щитовидной железы является тиреоидэктомия с различными объемами лимфодиссекции (60% случаев), наименее распространена гемитиреоидэктомия с последующей завершающей тиреоидэктомией с центральной шейной лимфаденэктомией (15%).

Проведенный ретроспективный анализ показал, что после гемитиреоидэктомия с последующей завершающей тиреоидэктомией с центральной шейной лимфаденэктомией ремиссия наступила у 22% пролеченных данным методом, частичное излечение отмечалось у 26%, стабилизация заболевания – у 30%, прогрессирование заболевания отмечалось у 22% пациентов.

После проведенной тиреоидэктомии результаты были следующие:

- 27% – ремиссия;
- 31% – частичное излечение;
- 30% – стабилизация заболевания;
- 12% заболевание прогрессировало.

У пациентов, проходивших тиреоидэктомию с различными объемами лимфодиссекции, ремиссия наступила в 53% случаев, частичное излечение в 30% случаев, стабилизация заболевания произошла у 12%, прогрессирование заболевания – у 5%.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее эффективным лечением рака щитовидной железы является тиреоидэктомия с различными объемами лимфодиссекции.

Библиографический список:

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Румянцев П.О. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного РЩЖ у взрослых // Эндокринная хирургия. 2017. № 11. С. 6–27.

2. Клинические рекомендации. Дифференцированный рак щитовидной железы // Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России». 2020. С. 47 с.

Имамутдинова Диляра Ильдаровна

студент, педиатрический факультет,
Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров

E-mail: imamutdinova9920135@mail.ru

Габриелян Сильва Самвеловна

студент, Педиатрический факультет,
Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров.

E-mail: gabrielyan.silva@ru

Маркова Елена Михайловна

Научный руководитель. Ассистент, кафедра фармакологии
Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров

Imamutdinova Dilyara Ildarovna

student, Faculty of Pediatrics, Kirov state medical university ,Russia, Kirov

Gabrielyan Silva Samvelovna

student, Faculty of Pediatrics, Kirov state medical university ,Russia, Kirov

Markova Elena Mikhailovna

Scientific adviser. Assistant, Department of Pharmacology
Kirov state medical university ,Russia, Kirov

УДК 613.888

**ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ
КОНТРАЦЕПТИВОВ: МИФЫ И ПРАВДА****SIDE EFFECTS OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES: MYTHS AND TRUTH**

Аннотация. В данной статье изложены вопросы, которые актуальны в применении комбинированных оральных контрацептивов. Представлена информация о рисках развития осложнений, таких как тромбозы, лишний вес, рак молочной железы и внутренних половых органов.

Abstract. This article describes the issues that are relevant in the use of oral contraceptives. Information is provided on the risks of complications, such as thrombosis, excess weight, breast cancer and internal genital organs

Ключевые слова: комбинированные оральные контрацептивы (КОК), тромбозы, лишний вес, рак молочной железы, рак яичников, рак эндометрия.

Key words: Combined oral contraceptives(COC), thrombosis, excess weight, breast cancer, ovarian cancer, endometrial cancer.

Комбинированные гормональные контрацептивы широко применяют для лечения нарушений менструального цикла, уменьшения или устранения овуляторного синдрома. Прием КОК уменьшает кровопотерю, поэтому целесообразно их назначение при меноррагии. КОК могут использоваться для коррективки менструального цикла — при необходимости отсрочить наступление очередной — менструации. Но также, гормональные препараты используют в целях контрацепции. Их применение связано с риском развития некоторых осложнений. Основанием для стойких убеждений чаще всего является опыт других женщин, которые принимали оральные контрацептивы и получили ряд нежелательных явлений. Но так ли это опасно на самом деле?

Эффективность комбинированных оральных контрацептивов очень высока, и по контрацептивному эффекту почти не уступают хирургической стерилизации, за одним ярким исключением – их обратимостью. Помимо этого КОК обладают и другими преимуществами:

1. Уменьшается болезненность месячных и кровопотеря (соответственно, увеличивается содержание гемоглобина).
2. Регулярный прием КОК в течение 2 лет снижает риск развития рака матки и яичников, доброкачественных опухолей яичников.
3. Снижается риск развития или прогрессирования эндометриоза.
4. Снижение риска и выраженности развития постменопаузального остеопороза.
5. Снижается риск развития острых воспалительных заболеваний органов малого таза.

6. Оказывают положительное влияние на репродуктивную систему и организм в целом (улучшение качества кожи и волос).

7. Во многих случаях КОК используются в лечебных целях.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Создание, производство и внедрение в широкую практику методов гормональной контрацепции явилось важным достижением медицины XX века. Современные гормональные контрацептивы при правильном применении отличаются высокой эффективностью и относительно безопасны. Они позволяют не только регулировать рождаемость, но и снижают частоту гинекологических заболеваний, причем не только за счет уменьшения осложнений, связанных с абортом. По данным Международной Федерации по планированию семьи в настоящее время в развитых странах в среднем около 50% женщин, решая вопрос предохранения от нежелательной беременности, выбирают гормональные препараты. Установлена обратная зависимость количеством женщин, применяющих гормональные контрацептивы, и количеством абортов. В России в начале 90-х годов лишь 3-5% женщин репродуктивного возраста принимали гормональные контрацептивы, сейчас эта цифра увеличилась до 22-25%, но, к сожалению, пока основным средством регуляции рождаемости в нашей стране остаются аборты (181 на 1000 женщин фертильного возраста). Конец XIX века - впервые высказано предположение, что желтое тело подавляет овуляцию. 1921 год - физиолог Л. Хаберландт осуществил торможение овуляции в эксперименте, ввел понятие "гормональная стерилизация" Конец 20-х - середина 30-х гг. - выделяют первые эстрогены (1929 г.) и прогестерон (1934 г.) из экстрактов тканей животных, мочи беременных женщин; выясняют молекулярную структуру половых гормонов. 1939 г. - А. Бутенандт получает Нобелевскую премию за работы в области половых гормонов. 50-е годы - появляются синтетические гестагены; 1950 г. - норэтистерон (К.Дьерасси), 1952 г. - норэтинодрел (Ф.Б.Колтон). Середина 50-х годов - американский биолог Грегори Пинкус впервые использовал комбинацию эстрогена и гестагена в гормональных контрацептивах, принимал участие в клинических исследованиях на животных и первых крупномасштабных исследованиях на женщинах в Пуэрто-Рико (1958 г.). 1960 г. - в США появляется первый гормональный контрацептив - ЭНОВИД (150 мкг местранола и 10 мг норэтинодрела). 60-е годы - широкое использование гормональных контрацептивов (200 млн. женщин в год); накопление сведений о побочных эффектах, повышающих риск тромбоза, инфаркта миокарда и заболеваний печени. 70-е годы - уменьшается доза стероидов в таблетках. 1974 г. - появляются двухфазные препараты. 1979 г. - первые трехфазные препараты. 80-е годы - однофазные препараты с гестагенами 3-его поколения.

Для оценки качества медикаментов проводились исследования, внедрялись новые требования к изучению лекарств. Через несколько лет после появления КОК на рынке были выявлены случаи тромбозов, сердечно-сосудистых осложнений у женщин, совмещающих прием препаратов с курением. Из-за высокой концентрации гормонов прием контрацептивов сопровождался увеличением массы тела.

Наиболее распространённым заблуждением применения гормональной контрацепции является образование тромбов: венозных с последующим развитием тромбоза глубоких вен нижних конечностей, тромбоза легочной артерии, а также артериальных с возникновением церебрального инсульта и инфаркта миокарда. Действительно, монофазные контрацептивы, содержащие эстроген, могут увеличивать активность свертывающей системы крови, а также активировать ренин-ангиотензин-альдостероновую систему [12], что в свою очередь увеличивает риск развития тромбозов в 2-4 раза [10].

Артериальные тромбозы при применении современных низкодозированных препаратов, содержащих менее 40 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ), у здоровых некурящих женщин моложе 40 лет встречаются крайне редко. Так, например, если 100 000 женщин принимают противозачаточные таблетки, то за год тромб появляется у 40-100 из них. Но если бы они не пользовались гормональной контрацепцией, все равно у 20-50 из них появился бы тромб за тот же период. Во время беременности уровень эстрогена в женском организме увеличивается в несколько раз, что во многом больше, чем при приеме оральных контрацептивов. Тромбозы образуются у 200 из 100 000 женщин во время беременности или после родов. Таким образом, при беременности риск развития тромбоза в 2-5 раз больше, чем при приеме оральных контрацептивов [3].

Особенно риск развития тромбозов увеличивается у женщин, имеющих мутацию V фактора свертывания крови и протромбина, а также сочетание таких факторов как: ожирение, сахарный диабет, курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, отягощенный анамнез [13]. Вид и

поколение гестагена в составе КОК не влияют на данный показатель [9].

Стоит отметить, что риск венозных тромбозов при приеме КОК несколько увеличивается. Это происходит в первые недели их использования и возвращается к общепопуляционному к концу 3-го месяца. При этом он остается в 2 раза ниже, чем у курящих женщин, и значительно уступает имеющемуся риску при беременности и после родов [9]. Результаты многоцентрового исследования с участием 85 109 женщин, опубликованного в мае 2016 г. в журнале «Contraception», показали отсутствие различий между генерациями синтетических гестагенов в отношении риска как артериальных, так и венозных тромботических осложнений [9].

Частота тромбоэмболических осложнений снижается при уменьшении дозы эстрогена в препарате и при приеме препарата более года. Монофазные контрацептивы, содержащие только гестагены имеют самый низкий риск развития тромбоэмболических осложнений.

Наиболее частой причиной отказа женщин от приема КОК, является наличие мнения о том, что гормональная контрацепция способствует набору лишнего веса.

Миф о влиянии на прибавку массы тела КОК развеяли плацебо-контролируемые исследования, результаты которых показали, что при различных комбинациях эстрогенов и гестагенов не происходит увеличения в весе. [5, 6].

У некоторых женщин прибавка массы тела составляет в среднем около 1 килограмма в год, что сопоставляется с ежегодной прибавкой массы тела у женщин, не использующих КОК.

КОК, содержащие дроспиренон с антиминералкортикоидным эффектом могут снижать массу тела, в то время как оральные контрацептивы, содержащие гестагены с антиандрогенной активностью без антиминералкортикоидного эффекта могут увеличивать массу тела. Это связано с подавлением андрогенной стимуляции мышечной активности, что приводит к дисбалансу потребления и расходования энергетических ресурсов. На сегодняшний день дозы гормонов значительно снизились, а контрацептивная эффективность сохранилась. КОК нового поколения не влияют на увеличение массы тела при сохранении сбалансированного пищевого рациона, физической активности и употреблении воды не менее 1,5-2 литров.

С профилактикой целью перед применением контрацептивов можно оценить индекс массы тела и сдать анализы на оценку липидного профиля: глюкоза, холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПОНП [7].

Рак молочной железы- онкологическое заболевание, которое наиболее часто встречается у женщин. Риск развития этого заболевания зависит от возраста: чем старше женщина, тем выше риск. Проведено множество исследований, но достоверной связи между приемом КОК и развитием рака молочной железы обнаружить не удалось. В некоторых исследованиях отмечалось небольшое увеличение заболеваемости, но этот эффект постепенно уменьшался после прекращения приема [1].

Прием КОК достоверно снижает риск развития рака яичников. Это связано с тем, что контрацептивы угнетают овуляцию. Существует теория, согласно которой «непрерывная овуляция» на протяжении жизни, сопровождающаяся травматизацией эпителия яичника с последующим заживлением, является существенным фактором риска развития нарушений в клетках, что по сути можно рассматривать как начальный этап формирования рака яичника. Отмечено, что рак яичника чаще развивается у женщин, имевших нормальный менструальный цикл. Физиологическими факторами, «выключающими» овуляцию, являются беременность и лактация. Современная женщина в среднем за жизнь переносит лишь 1–2 беременности. Таким образом, физиологических причин для ограничения овуляторной функции оказывается недостаточно. В этой ситуации прием КОК как бы заменяет недостаток физиологических факторов, ограничивающих овуляцию, реализуя таким образом защитный эффект в отношении риска развития рака яичника. Применение КОК около одного года на 40 % снижает у этих женщин риск развития рака яичников по сравнению с теми, кто не использует КОК. Предполагаемая защита против рака яичников, связанная с КОК, существует и спустя 10 лет и даже более после прекращения их приема. У применявших КОК более 10 лет показатель заболеваемости снижается на 80 % [4].

При длительном применении КОК снижается частота развития рака эндометрия. Риск снижается на 20 % в год после двух лет приема. Исследование, проведенное Национальным институтом здоровья США, показало снижение риска развития рака эндометрия на 50 %, что связывалось с применением КОК в течение минимум 12 месяцев. Защитный эффект же сохраняется до 15 лет после прекращения приема КОК [6].

Данные исследования, полученные от крупного наблюдательного когортного Королевской Коллегии врачей общей практики (RCGP), охватившего более 1 млн женщин/лет, говорят о снижении риска любых злокачественных опухолей у пользователей оральных контрацептивов на

12% [5].

Важно понимать, что снижение риска и повышение риска никак не характеризует судьбу конкретной женщины. Это статистические вероятности, рассчитанные на основании проведенных исследований.

КОК - не новая панацея, которая спасет женщин от рака. Но и бездоказательные обвинения метода в развитии различных патологий совершенно недопустимы.

Библиографический список:

1. Волков, В.Г. Гормональная контрацепция и рак шейки матки //Вестник новых медицинских технологий. Тематический выпуск «Проблемы клинической медицины в аспекте эколого-профессионального риска». – 2001. – Т. VIII, № 3.,С. 95-98.
2. Галло М.Ф., Лопес Л.М., Граймс Д.А. и др. Комбинированные контрацептивы: влияние на вес. Кокрановская база данных Syst Rev 2011; 9: CD003987.
3. Демехова, М.Ю. Гормональная контрацепция и венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения у женщин // РМЖ. 2017. № 12. С. 884–888.
4. Керемецкая Е.В. Онкологические аспекты современной гормональной контрацепции— 2014.- Н. С.2-3
5. Назарова, Н.М. Трехфазная контрацепция и патология шейки матки /Н.М. Назарова, Н.И. Кондриков //Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 3. – С. 120-124.
6. Прилепская, В.Н. Контрацепция в планировании семьи /В.Н. Прилепская, Е.И. Сотникова //Акушерство и гинекология. – 1994. – № 4. – С. 60-62
7. Пустотина О. А., Герейбекова Э.Р. Побочные эффекты современных комбинированных оральных контрацептивов. // АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение №3 2016 С. 96-102
8. Ужегова Ж.А., Свиридонова М.А. Исторические этапы развития гормональной контрацепции. Оценка рисков и перспективы. //Вестник репродуктивного здоровья. 2011;(2):18-29.
9. Dinger J., Mhoner S., Heinemann K. Cardiovascular risks associated with the use of drospirenone-containing combined oral contraceptives // Contraception. 2016. Vol. 93, N 5. P. 378–385.
10. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Lkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001–10. BMJ 2012; 344: e2990. DOI: 10.1136/bmj.e2990
11. Koni P., Vashenik K., Lengli R.G. i dr. Izmeneniye vesa i neblagopriyatnyye chastota sobyitiy s primeneniym nizkikh doz oral'nykh kontratseptivov: dva randomizirovannykh, platsebo-kontroliruyemyye ispytaniya. Contraception 2001; 63: 297–302.
12. Oelkers W, Helmerhorst FM, Wuttke W, Heithecker R. Effect of an oral contraceptive containing drospirenone on the renin-angiotensin-aldosterone system in healthy female volunteers. Gynecol Endocrinol 2000; 14: 204–13.
13. World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva: World Health Organization Copyright (c) World Health Organization 2015

Хачатрян Валентина Артуровна
Khachatryan Valentina Arturovna

студентка 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский Государственный Медицинский Университет»
E-mail: rima.kosik@gmail.com

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhaeva Valentina Nikolaevna

кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии, медицинской генетики и экологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский Государственный Медицинский Университет»
E-mail: valentina777.ru@mail.ru

УДК 616.379

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

PREVALENCE AND DYNAMICS OF MORBIDITY OF THE POPULATION OF THE KURSK REGION WITH DIABETES MELLITUS

Аннотация: Цель исследования состояла в изучении частоты встречаемости сахарного диабета среди населения Курской области. Был проведен анализ статистических данных в ОБУЗ «Курской горбольницы №3», изучена встречаемость болезни среди населения Курской области, количество больных находящихся под наблюдением.

Abstract: The purpose of the study was to study the incidence of diabetes among the population of the Kursk region. In the course of the study, the analysis of statistical data in the OBZ "Kursk City Hospital No. 3" was carried out, the incidence of the disease among the population of different age groups was studied

Ключевые слова: сахарный диабет, медико-социальная проблема.

Keywords: diabetes mellitus, medical and social problem.

Введение: Сахарный диабет считается одной из значимых проблем современной медицины. Заболеваемость сахарным диабетом во всем мире является высокой. За последние несколько лет в России число больных выросло на 20%. В связи с этим необходимо проводить раннюю профилактику заболевания сосудистой системы, которые опосредовано, приводят к осложнениям[1,4].

Сахарный диабет в перечне заболеваний занимает тринадцатое место по количеству случаев. Также является частой причиной, приводящей к смерти поле сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В общей заболеваемости болезнями эндокринной системы больные с сахарным диабетом составляют 60-70% [2,3].

Цель исследования– изучить статистику, заболевших сахарным диабетом среди населения г. Курске за 2015-2019 гг.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен анализ зарегистрированных больных с сахарным диабетом, обслуживаемых в ОБУЗ «Курской горбольницы №3». Обработка данных осуществлялась с помощью стандартных методов описательной статистики.

Результаты исследования. Число больных с каждым годом стремительно растет, поэтому ежегодно выделяются дополнительные средства из бюджета страны для мониторинга заболеваемости. Нами изучена частота встречаемости заболеваемости сахарным диабетом среди населения Курской области, обратившихся в ОБУЗ «Курской горбольницы №3».

Количество заболевших сахарным диабетом 1 и 2 типа среди взрослых старше трудоспособного возраста населения в районе обслуживания ОБУЗ «Курская горбольница №3» представлены на рисунке 1. Число зарегистрированных больных сахарным диабетом 2 типа в указанный период находилось на постоянном уровне, среднее значение – 1100 случаев на 1000 жителей трудоспособного возраста. Сахарный диабет 2 типа чаще встречается среди населения, чем сахарный диабет 1 тип.

Необходимо отметить, что количество людей с сахарным диабетом 1 типа намного меньше, чаще всего заболевание выявляется у детей и подростков.



Рисунок 1. Динамика больных сахарным диабетом 1 и 2 типа среди лиц старшего трудоспособного возраста за период с 2015 года по 2019 год.

Причинами роста заболеваемости являются определенные особенности нервной системы, генетическая склонность, увеличение вирусных инфекций, ухудшение качества жизни и условий окружающей среды.

На диспансерном наблюдении в период с 2017 по 2019 год находилось наибольшее количество жителей округа (рис.2). Увеличение количества больных, находящихся на диспансерном наблюдении обусловлено обязательным включением в данную группу после постановки диагноза. Диспансерное наблюдение очень важно для здоровья человека, так как происходит регулярный контроль за изменением состояния пациента, осмотр, обследование и корректирование схемы лечения.



Рисунок 2. Динамика взрослого населения старшего трудоспособного возраста, находящиеся в диспансерном наблюдении в период с 2015 года по 2019 год.

Выводы. Сахарный диабет является распространенным заболеванием среди населения Курской области. Наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости населения сахарным диабетом. Данная нозология является серьезной медико-социальной проблемой, поэтому необходима своевременная диагностика и лечение.

Библиографический список:

- 1.Ананьева, Н.В. Поджелудочная железа и сахарный диабет / Н.В. Ананьева // Эндокринные заболевания как медико-социальная проблема. – 2019. - № 1. – С. 15-17.
2. Водолагин, М.В. Сахарный диабет, как социально значимое заболевание / М.В. Водолагин, Н.В. Эккерт // Электронный научно-образовательный вестник здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т.19, №12. – С. 82-83.
3. Дедов, И.И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова // Сахарный диабет. – 2017. – Т.20, №1. – С. 13-41.
4. Лебедева, В.М. Диабет: соврем.взгляд на лечение и профилактику / В. М. Лебедева. - СПб.: Весь, 2005 (ГИПК Лениздат). – 167 с.

Косилова Маргарита Викторовна**Kosilova Margarita Viktorovna**

студентка 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский Государственный Медицинский Университет. E-mail: rima.kosik@gmail.com

Рыжаева Валентина Николаевна**Ryzhaeva Valentina Nikolaevna**

кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский Государственный Медицинский Университет»
E-mail: rvnpost@yandex.ru

УДК 616.361

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЗА ПЕРИОД 2013-2019 ГГ.

PREVALENCE AND DYNAMICS OF MORBIDITY OF THE POPULATION OF KURSK REGION WITH GALL STONE DISEASE FOR THE PERIOD OF 2013-2019.

Аннотация: Цель настоящего исследования состояла в изучении частоты встречаемости желчекаменной болезни среди населения Курской области. В ходе исследования был проведен анализ статистических данных отделения гнойной хирургии Курской областной клинической больницы, выявлены возрастные группы населения, среди которых вероятность встречаемости желчекаменной болезни имеет наиболее высокий показатель.

Abstract: The purpose of this study was to study the incidence of cholelithiasis among the population of the Kursk region. In the course of the study, the analysis of statistical data of the department of purulent surgery of the Kursk regional clinical hospital was carried out, age groups of the population were identified, among which the probability of occurrence of gallstone disease has the highest rate.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холелитиаз, желчные камни.

Key words: cholelithiasis, gallstones.

Введение. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) известна еще с древних времен, упоминая о данной болезни можно встретить в работах врачей эпохи Возрождения, но в тоже время она актуально и по сей день. Желчекаменная болезнь — это нозологическая форма, которая оказывает большое влияние на здоровье населения многих стран мира, значительная часть средств при финансировании здравоохранения отводится на это заболевание. Желчекаменная болезнь имеет довольно высокий процент распространения в странах, который ведут западный стиль жизни, к ним относятся: Европа, Северная Америка, Россия и т.д. В этих странах ЖКБ регистрируется с частотой 10-15%. При этом в Российской Федерации количество больных увеличивается вдвое каждые 10 лет.

Научные исследования подтверждают мультифакториальную природу желчекаменной болезни, сопровождающейся образованием камней в желчном пузыре или в желчных протоках.

Цель исследования. Изучить распространенность и динамику заболеваемости желчекаменной болезнью среди населения Курской области за 2013-2019 гг.

Материалы и методы исследования. Материалом послужили данные Российской государственной статистики, данные федеральной статистической отчетности Курской областной клинической больницы за период с 2013 года по 2019 год. Используются методы изучения документальных источников, контент-анализа, статистической обработки данных.

Результаты исследования. Нами изучена частота встречаемости желчекаменной болезни среди населения Курской области, обратившихся в отделение гнойной хирургии Областной клинической больницы в период с 2013 года по 2015 год (рис.1).

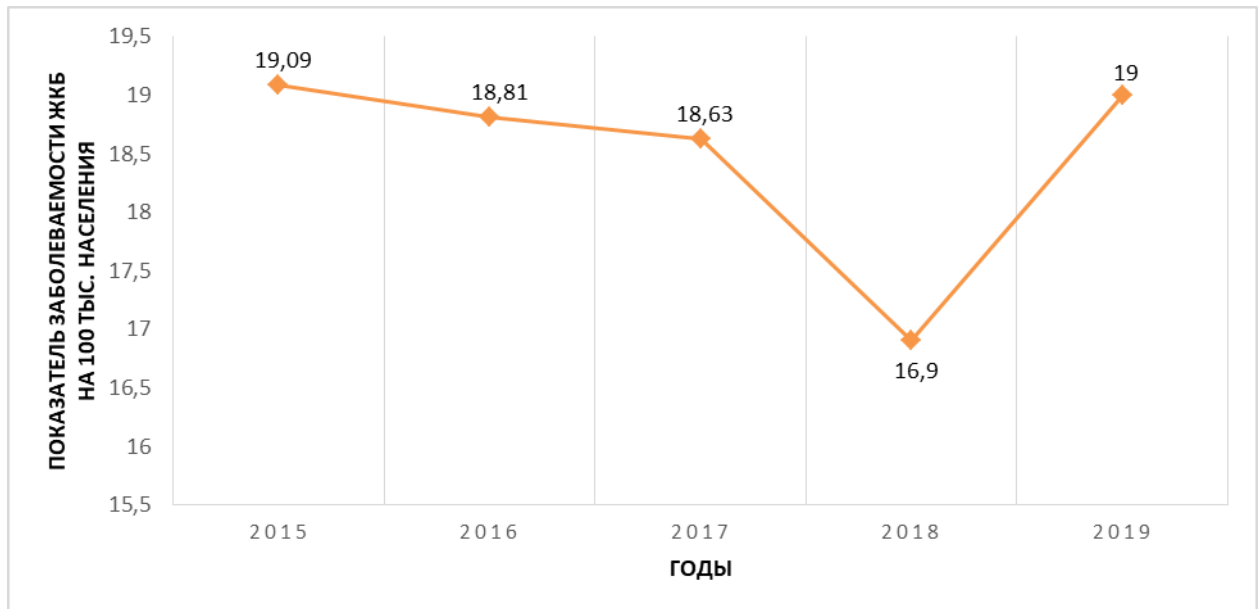


Рисунок 1. Показатель заболеваемости ЖКБ населения Курской области за период с 2015 года по 2019 год (на 100 тыс. населения).

В период с 2015 года по 2017 год количество случаев выявления желчекаменной болезни снижался. В 2018 году заболеваемость увеличилась на 10%, а в 2019 году, возрасла до значения этого показателя в 2015 году. На данную динамику заболеваемости могут влиять многочисленные факторы: количество обращений в больницу, уровень жизни населения, экономическое благополучие области, образ жизни граждан и т.д.

Научно доказанным фактом является: частота возникновения желчекаменной болезни у людей старшего возраста в 90% случаев выше, чем у молодых людей (рис.2).

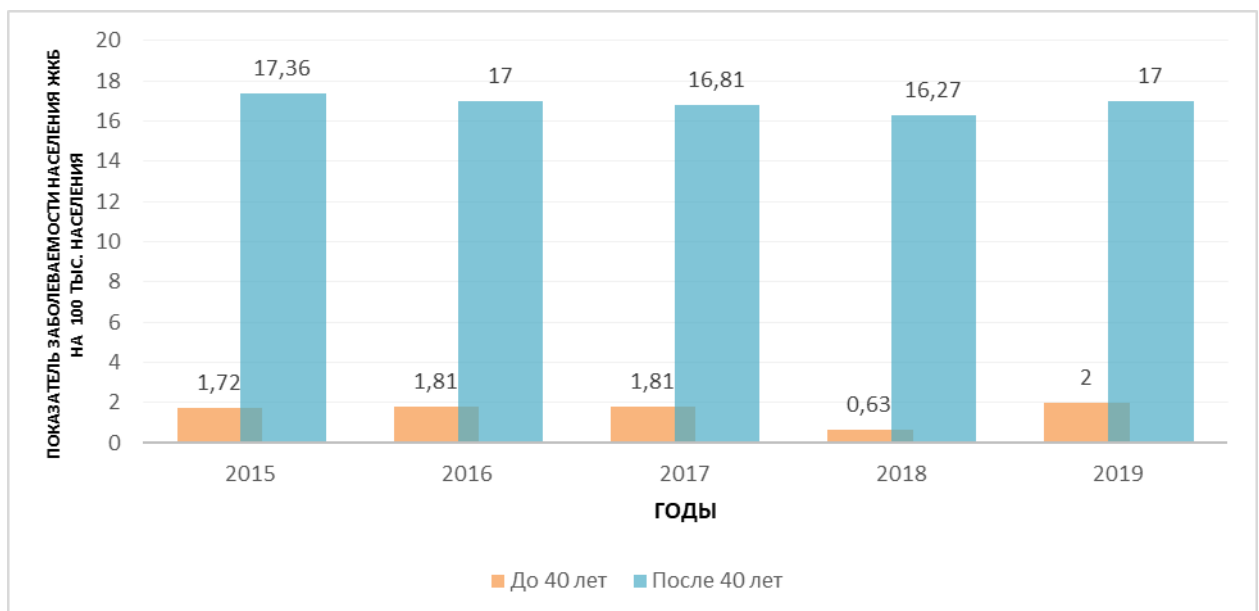


Рисунок 2. Показатель заболеваемости ЖКБ населения Курской области по возрастным группам за период с 2015 года по 2019 год (на 100 тыс. населения).

Проанализировав данные диаграммы, можно сделать вывод, что на территории Курской области в период с 2015 года по 2019 год количество выявленных случаев желчекаменной болезни у людей старше 40 лет значительно превышает показатель в молодой группе «до 40 лет». На протяжении всего периода изучения наблюдается данная закономерность.

Это может быть связано с тем, что люди старше 40 лет входят в группу риска возникновения желчекаменной болезни. В данной возрастной группе очень часто встречается латентное течение

заболевание, первые симптомы могут проявиться через несколько лет из-за возникновения серьезных осложнений. С возрастом снижается лабильность гомеостатических возможностей организма человека, изменяется химический и физический состав желчи, что также является катализатором развития ЖКБ.

Заключение. Таким образом, на территории Курской области желчекаменная болезнь остается важнейшей социальной и медицинской проблемой. ЖКБ встречается почти во всех возрастных группах, но чаще встречается у людей, относящихся к возрастной группе старше 40 лет. Показатели заболеваемости значительные, но развитие в сфере медицины, повышение квалификации врачей позволяют находить новые способы лечения ЖКБ, которые помогают проводить эффективное и своевременное лечение. Развивая профилактическую деятельность в стране по оздоровлению населения и пропаганде здорового образа жизни возможно добиться снижение уровня заболеваемости населения желчекаменной болезнью.

Библиографический список.

1. Буриев, И. М. Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе: Практическое руководство / под ред. И. М. Буриева, Г. Г. Мелконяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с.
2. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь / Дадвани С. А. , Ветшев П. С. , Шулутко А. М. , Прудков М. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
3. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020. – Т.13, №5. – с. 81-92.

Быкова Д.Г., Рябова А.В., Балина А. А.**Bykova D.G., Ryabova A.V., Balina A.A.**

Кировский государственный медицинский университет
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. Кафедра фармакологии.

Мазин Павел Владимирович**Mazin Pavel Vladimirovich**

Научный руководитель, старший преподаватель кафедры

УДК 612.017.1

ПРЕПАРАТЫ ИНТЕРФЕРОНА В БОРЬБЕ С КОВИД-19**INTERFERON DRUGS IN THE FIGHT AGAINST COVID-19**

Аннотация: На сегодняшний день коронавирусная инфекция COVID-19 является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Существенную помощь в борьбе с ковид-19 могут оказать интерфероны.

Abstract: Today, the coronavirus infection COVID-19 is one of the most pressing problems of modern medicine. Interferons can be of significant help in the fight against covid-19.

Ключевые слова: интерферон, ковид-19, комплексная терапия, иммунитет

Key words: interferon, covid-19, complex therapy, immunity

На сегодняшний день коронавирусная инфекция COVID-19 является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Практически в каждой стране тысячи зараженных этим вирусом. Количество заболевших растет с каждым днем. На февраль 2021 года, в мире всего зарегистрировано: 113 207 169 случаев заболевания, 63 885 165 человек выздоровели, умерло 2 507 624 человек [1].

Значимой составляющей в комплексной терапии гриппа, острых респираторных и вирусных инфекций различных происхождений, включая ковид-19, являются интерфероны.

Интерфероны - общее название, под которым в настоящее время объединяют ряд биологически активных белков или гликопротеидов со сходными свойствами, синтезируемых клетками организма в процессе защитной реакции в ответ на вторжение чужеродных агентов: вирусную инфекцию или антигенное воздействие.

Интерфероны, с позиции иммунобиологического действия, прежде всего являются иммуномодуляторами, активируя макрофаги, естественные клетки-киллеры, Т-лимфоциты, модулируют дифференцировку В-лимфоцитов и др. [3, 396].

Клетки организма, в ответ на проникновение вируса, синтезируют интерфероны, что создает препятствие к развитию и размножению вирусов в тканях. Для интерферонов точкой приложения служат вирусные РНК, которые блокируются интерферон индуцированными белками, что приводит к остановке трансляции вирусных белков и, следовательно, подавляют репликацию вируса. Данный механизм универсален для всех респираторных вирусных инфекций. Также интерфероны участвуют в потенцировании вирус-индуцированного апоптоза (программируемая гибель клеток), тем самым ускоряя его и не давая сформироваться новым многочисленным полноценным вирусам.

На данный момент известно более 20 интерферонов, различающихся по структуре, биологическим свойствам и преобладающему механизму действия. Интерфероны подразделяют на три типа:

– Тип I - известный как вирусный интерферон, включает интерферон-Альфа (α) (лейкоцитарный, синтезируется активированными моноцитами и В-лимфоцитами), интерферон-Бета (β) (фибробластный, синтезируется фибробластами и эпителиальными клетками, макрофагами), интерферон-Омега (ω) (лейкоцитарный), интерферон-Лямбда (λ) (лейкоцитарный);

– Тип II - известный как иммунный, включает интерферон-Гамма (γ) (синтезируется активированными Т-лимфоцитами и НК-клетками);

– Тип III - был обнаружен позже типа I и типа II, включает интерферон- λ человека и мышинный интерферон лимитин. Информация о данном типе интерферона свидетельствует о важности типа III в некоторых видах вирусных инфекций [2, 39].

Первому типу (интерферон- α , интерферон- β), главным образом, присущи противовирусный и антипролиферативный эффекты, в меньшей степени - иммуномодулирующий. Главное действие интерферонов второго типа (интерферон- γ) - участие в реакциях иммунитета.

Интерфероны получают двумя способами: лейкоцитарный - получают из донорской крови человека и животных после воздействия на нее вирусами; рекомбинантный - получают методом генетической рекомбинации – молекулярной биотехнологии. Лейкоцитарный интерферон обязательно проверяется на наличие антител к вирусам для исключения возможного заражения при их применении.

Рекомбинантный ИФН получают путем генной инженерии. В клетки бактерий или грибов, выращенных в лабораторных условиях, вживляется участок человеческого гена, который координирует синтез интерферонов. Хотя по структуре рекомбинантный ИФН несколько отличается от «природного», он также сохраняет противовирусную активность. Препараты синтетического интерферона более безопасны, т.к. они производятся без использования крови донора.

Сегодня все большую популярность приобретают пегилированные (ПЭГ) интерфероны. Пегилированный интерферон получают путем связывания биосинтетического рекомбинантного интерферона с ПЭГ (полиэтиленгликолем). Структура ПЭГ непосредственно обуславливает основные характеристики распределения препарата в организме. Клинически доказано, что препараты ПЭГ интерферонов имеют преимущества по сравнению с их стандартными модификациями: большая эффективность, возможность сокращения количества инъекций для препаратов подкожного и внутримышечного введения (т.к. увеличивают период полураспада, более высокая стабильность активного вещества, меньшее число побочных эффектов в том числе аллергических реакций и нежелательных процессов иммуногенности) [4, 244].

При применении интерферона возможны нежелательные эффекты в виде повышения температуры, развития эритемы, возможно проявление прогрессирующей утомляемости и др. В больших дозах интерфероны могут угнетать кроветворение, известны случаи аллергических и др. реакций.

Интерфероны оказывают влияние на специфический иммунитет. В частности, на интерферон- γ обладает наиболее мощным среди интерферонов иммунорегуляторным действием, является индуктором и регулятором защитных реакций организма в отношении внутриклеточных бактерий, паразитов и вирусов. Данный интерферон способствует дифференциации Т-эффекторов НК, лоббирует дифференциацию T_H1 в направлении T_H1 . ИФН подавляет секрецию цитокинов T_H2 и в этом отношении является антагонистом ИЛ-4, который продуцируется T_H2 . Таким образом, интерферон- γ оказывает ингибирующее действие на гуморальный иммунитет и стимулирует клеточный иммунный ответ. Его действие на гемопоэз выражается в усилении дифференциации и ингибции пролиферации. Из этого следует, что интерфероны можно рассматривать в качестве активных иммуномодуляторов.

Стоит отметить, что интерферон- γ обладает также противоопухолевыми свойствами. Механизмы, лежащие в основе противоопухолевой активности цитокина, многообразны и включают как прямое воздействие на опухолевые клетки (антипролиферативное действие, индукция апоптоза злокачественных клеток), так и опосредованное, в частности, ингибирование ангиогенеза опухолей и как следствие, замедление роста опухоли. Одним из ключевых механизмов противоопухолевого действия интерферона- γ является стимуляция противоопухолевого иммунного ответа. Белок повышает фагоцитарную и метаболическую активность макрофагов, усиливает антитело - зависимую клеточную цитотоксичность макрофагов, натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов [5, 57].

Таким образом, препараты интерферона, благодаря своему иммуномодулирующему, противовоспалительному и противовирусному действию, могут активно применяться при борьбе с новой коронавирусной инфекцией ковид-19.

Библиографический список:

1. Всемирная Организация здравоохранения: официальный сайт. – URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (дата обращения: 23.05.2021).\
2. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П., Соколов Д.В. Препараты интерферона в практике врача // Лечение и профилактика. – 2016. – № 1 (17). – С. 39-44.
3. Рощина Л.Л. Аптечный ассортимент препаратов группы интерферонов и индукторов интерферонов для профилактики и лечения инфекционных заболеваний // Инновации. Наука. Образование. – 2021. – № 29. – С. 395-404.

4. Рунова О. Б., Щербаченко И. М., Коротков М. Г., Сибетова А. Н., Устинникова О. Б. Пегилированные интерфероны и особенности оценки их физико-химических показателей качества // Иммунология. – 2018. – № 4. – С. 243-248.

5. Сологуб Т.В., Цветков В.В., Деева Э.Г. Интерферон гамма-цитокин с противовирусной, иммуномодулирующей и противоопухолевой активностью // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. –2014. – № 3. – С. 56-60.

Рябова Анастасия Васильевна
Ryabova Anastasia Vasilievna

Студент, Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров
E-mail: ryabova.anastasia07@mail.ru

Шульмина Мария Сергеевна
Shulmina Maria Sergeevna

Студент, Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров
E-mail: shylminamasha00@mail.ru

Эсаулова Ксения Александровна
Esaulova Ksenia Alexandrovna

Студент, Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров
E-mail: ksesaulova@mail.ru

Казаков Вячеслав Викторович
Kazakov Vyacheslav Viktorovich

Научный руководитель, ассистент кафедры патологической анатомии
Кировский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Киров

УДК 616-006.66

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЯИЧНИКОВ

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRIMARY OVARIAN CANCER AND METASTATIC OVARIAN CANCER

Аннотация: На сегодняшний день имеются определенные сложности дифференциальной диагностики первичного рака яичников и метастатического поражения яичников, что связано со схожестью данных патологий. В статье предпринята попытка выявить критерии дифференциальной диагностики первичного рака яичников с метастатическими поражениями яичников

Abstract: To date, there are certain difficulties in the differential diagnosis of primary ovarian cancer and metastatic ovarian lesions, which is associated with the similarity of these pathologies. The article attempts to identify the criteria for differential diagnosis of primary ovarian cancer with metastatic ovarian lesion

Ключевые слова: рак яичников, метастатические поражения яичников, дифференциальная диагностика, критерии, метастазирование

Keywords: ovarian cancer, metastatic ovarian lesions, differential diagnosis, criteria, metastasis

Злокачественные опухоли яичников занимают лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости у женщин, располагаясь на седьмом месте по частоте встречаемости и восьмом по числу смертей. Ежегодно в мире регистрируются 239 тыс. новых случаев и 152 тыс. летальных исходов от злокачественных опухолей яичников [5, 369]. Проблема своевременной диагностики рака яичника не теряет своей актуальности, что видно из высоких показателей смертности.

На сегодняшний день имеются определенные сложности дифференциальной диагностики первичного рака яичников и метастатического поражения яичников, что связано со схожестью данных патологий. Также вследствие однотипного морфологического строения опухолей довольно часто одних гистологических критериев бывает недостаточно для прояснения клинической ситуации первичного или метастатического поражения яичников. Между тем от точности диагностики и установления типа опухоли яичников напрямую зависит выбор метода и объема лечения [6, 51].

С целью определения критериев дифференциальной диагностики нами был проведен ретроспективный анализ клинических случаев заболеваний первичным раком и метастатического поражения яичников. Нами были проанализированы истории болезни пациенток с первичным раком яичников, колоректальным раком и метастатическим поражением яичников, мезотелиомой брюшины с поражением яичников и первично-множественным поражением толстой кишки и яичников.

В процессе ретроспективного анализа было выявлено, что во всех рассмотренных случаях у опухолей был разный патогенез, но имелись определенные морфологические сходства, что требовало выполнения гистоиммунохимического исследования. С учетом установленных разных диагнозов, проводили специфическое лечение, которое во всех случаях оказалось эффективным.

Многие авторы связывают развитие первичных и муцинозных опухолей с наружным эндометриозом. Данное мнение основывается на том, что определенный тип эндометриоидной ткани способен проходить через муцинозную метаплазию, последовательно развивающейся в кистозную опухоль [2,14].

Анализ историй болезни показал, что при метастатическом поражении яичников характерны двусторонние изменения, а при одностороннем поражении выявляются образования размером до 12 см. Метастатические очаги хорошо дифференцированы, имеют кровоизлияния и некрозы. Если такой очаг развивается уже длительное время может происходить лютеинизация стромы яичника и внешняя мускулинизация женщины [3,7].

Морфологическая диагностика довольно часто осложняется из-за схожести внешних картин муцинозных неоплазий, которые состояли из множественных кист и желез, выстланных муцинозным эпителием. Главным отличием являлось отношение атипической ткани к поверхности яичника, что связано с началом патологического процесса при первичном развитии опухоли изнутри, а при метастазах – с поверхности, с очагами инфильтративного роста в строму. Данный критерий может оказаться неинформативным в случае неудачной вырезке.

При дифференциальной диагностике полезны иммуногистохимические маркеры: Dpc4, CK20, CK7, CDX2 и опухолево-ассоциированные маркеры крови: СА-125, СА19.9 и РЭА, повышающийся при опухолях яичников и ЖКТ [4,34].

В результате ретроспективного анализа было также выявлено, что наиболее вероятной причиной атипической гиперплазии мезотелия является муцинозная опухоль аппендикса или поджелудочной железы, а изменения в яичнике будут носить вторичный или третичный характер в результате включения или имплантации слизи и эпителия на его поверхности [4, 14].

Таким образом, с целью дифференцированной диагностики первичного рака и метастатического поражения яичников необходимо применять комплексный подход, который включает анамнез жизни и заболевания, клинические, лабораторные, инструментальные, иммуногистохимические и молекулярно-генетические методы исследования. Основными критериями дифференциальной диагностики первичного рака яичников с метастатическими поражениями яичников следует считать полиморфизм, митотическую активность, агрессивное течение.

Библиографический список:

1. Егунова М.А., Куценко И.Г. Иммунологические исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований яичников на предоперационном этапе // Электронный научный журнал №1. - 2015. - №1. - С. 44-47
2. Дубровская К.С. Диагностика, лечение и прогнозирование исходов новообразований малого таза у гинекологических больных // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва. - 2018. - 25 с.
3. Кедрова А.Г., Шабловский О.Р., Забозлаев Ф.Г., Нечаева О.Е., Красильников С.Э., Максименко Т.А., Герасимов А.В. Первичные и метастатические муцинозные опухоли яичников. Трудности в диагностике и новые тенденции в лечении // Клиническая практика. – 2015. – №. 2 (22). – С. 5-14.
4. Коган Я.Э. Актуальные вопросы патогенеза и диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников // Практическая медицина. – № 9. – 2018. – с. 34-39.
5. Носова Ю.В., Солопова А.Е., Хабас Г.Н., Асатурова А.В. Ложности дифференциальной диагностики опухолей женской репродуктивной системы // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2019. – № 4. – С. 369-383.
6. Олимов Б.П., Коссов Ф.А., Стрельцова О.Н., Паниченко И.В., Панов В.О., Долгушин Б.И., Тюрин И.Е. Комплексная лабораторно-инструментальная диагностика опухолей яичников // Онкологический журнал. – 2019. – Том 2. – № 1. – С. 51–65.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2021