

перитонит. При остром аппендиците перитонит развился у 57 больных (46,3%), при остром холецистите у 26 пациентов (21,1%), а при перфоративной язве желудка и ДПК у 23 человек (18,7%). Остальные 13,9% пришлось на другие заболевания, такие как мезентериальный тромбоз, острая кишечная непроходимость опухолевого и неопухолевого генеза. При изучении социального статуса пациентов было установлено, что большая часть – это работающие – 63 человека (51,2%), пенсионеры – 47 (38,2%), учащиеся – 13 человек (10,6%). Пациентов, доставленных Скорой медицинской помощью, было 106 (86,1%) обратилось в больницу самостоятельно – 17 (13,9%) человек. Все больные госпитализированы по экстренным показаниям через различное время с момента заболевания или травмы: до 6 часов – 31 (25,2%), от 6 часов до суток – 46 (37,4%) и более суток 46 (37,4%). Большинство больных – 115 (93,5%) человек было проведено по одному оперативному вмешательству, при этом летальность составила 4,8%. При повторных операциях, проведенных 8 (6,5%) пациентам, летальность составила 72,5%. Общая летальность составила 11%.

Наиболее частые возбудители вторичного перитонита: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis*, а также *Candida albicans*.

Выводы. Подводя итоги исследования, было выяснено, что среднестатистический пациент со вторичным перитонитом – это мужчина трудоспособного возраста около 52 лет. Обращение за медицинской помощью происходит в течение суток. При анализе историй болезни пациентов были выявлены наиболее частые заболевания, осложнением которых является перитонит: острый аппендицит, острый холецистит и перфоративная язва желудка и ДПК. Операция проводится по экстренным показаниям чаще всего один раз. 89% оперированных пациентов выписывается из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность у пациентов со вторичным перитонитом составила 11% от общего количества пациентов с данным осложнением, что соответствует данным мировой статистики, обнаруженной в литературе.

Список литературы

1. Учеб.-практ. пособие / Э. Г. Абдуллаев [и др.]; Иван. гос. мед. акад.; Владим. гос. ун-т им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. – Владимир: Изд-во ВлГУ, 2014. – 144 с.
2. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
3. Причинно-факторный анализ заболеваемости перитонитом / Стяжкина С.Н., Овечкина И.А., Шакирова Л.Ч., Хабибуллина Г.Ф. Научные исследования / Москва, 2017. URL: https://scientificresearch.ru/blizhajshijnomer/meditsinski_enauki/173prichinnofaktomyj.html/
4. Soriano G., Guarner C., Texido M., Such J., Barrios J., Enriquez J., Vilardell F. Selective intestinal decontamination prevents spontaneous bacterial peritonitis // *Gastroenterology*. 1991 Feb; 100(2): 477 – 81.
5. Wegner G. Aetiologic der acuten peritonitis // *Virchow's archiv*. – 1876. – Bd. 20.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У СТУДЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Костылева С.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар,
e-mail kostyleva.sof@yandex.ru

Раннему формированию шейного остеохондроза с появлением клинической симптоматики способствует уязвимость сосудов вертебробазилярного бассейна в силу анатомо – физиологических особенностей шейного отдела позвоночника, влияющими на мозговое кровообращение. Скрининговое исследование проводилось среди студентов II курса (n = 96) лечебного факультета. Студенты с симптомами раннего шейного остеохондроза составили 31,2%. Общая симптоматика, которая характерна для многих заболеваний: слабость, хроническая усталость, снижение работоспособности – 36,8% сочеталась с симптомами шейного остеохондроза: дискомфорт в области шейно – воротниковой зоны – 36,8%, «затекание» шеи – 31,5%, онемение руки при письменной работе – 36,8%. Более того, именно у данных студентов были выявлены значимые рентгенологические признаки: смещение ПДС, нестабильность ПДС. Рентгенологическое исследование позволяет дифференцировать данную клинику с другими заболеваниями в профилактике психосоматических расстройств.

В последние десятилетия сопоставление начальных признаков нарушений церебральной гемодинамики с данными ультразвуковых и нейровизуализационных исследований позволили достигнуть существенных успехов в изучении патофизиологии цереброваскулярных заболеваний [1]. Раннему формированию шейного остеохондроза с появлением клинической симптоматики способствует уязвимость сосудов вертебробазилярного бассейна (ВББ) в силу анатомо – физиологических особенностей шейного отдела позвоночника, влияющих на мозговое кровообращение [2]. В связи с этим очевидна проблема выявления раннего шейного остеохондроза и диагностики нарушений кровообращения в ВББ в профилактике психосоматических расстройств у студенческой молодежи на фоне вертебробазилярной недостаточности (ВБН).

Цель. Выявить прогностические тенденции профилактики психосоматических расстройств у студенческой молодежи на основе анализа клинических симптомов раннего шейного остеохондроза и рентгенологических исследований шейного отдела позвоночника, влияющих на мозговую кровотоков.

Материалы и методы. Скрининговое исследование проводилось среди студентов II курса (n = 96) лечебного факультета. При составлении

анкеты клинических симптомов раннего шейного остеохондроза была использована шкала оценки (субъективные и объективные симптомы) ВБН [3]. Студенты с симптомами раннего шейного остеохондроза составили 31,2%. В I группу (n = 19) отнесены студенты с умеренно выраженной клинической симптоматикой, которая была кратковременной и носила эпизодический характер. Вторая группа (n = 11) представлена студентами, у которых умеренно выраженная симптоматика появлялась регулярно в течение короткого времени (постоянный характер). Доверительного различия среди обследованных студентов по возрасту, длительности заболевания и половому составу выявлено не было.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований нами были установлены характерные отличительные черты субъективных симптомов раннего шейного остеохондроза у студенческой молодежи, который были умеренной выраженности, но отличались длительностью проявления (непостоянные и постоянные). Непостоянные симптомы были кратковременными и чаще всего проходили самостоятельно с течением времени. Длительно протекающие симптомы, с выраженным дискомфортом и нарушением качества жизни, а также нередко требующие прием лекарственных средств, мы отнесли к постоянным симптомам (табл. 1, 2).

Студенты, у которых были выявлены два рентгенологических признака выделены в группу с наиболее рентгенологически значимой патологией. Рентгенологические изменения в шейном отделе позвоночника в группах представлены в табл. 3.

В ходе исследования выявили, что в I группе в большинстве случаев симптомы у студентов сочетались тремя признаками. Общая симптоматика, которая характерна для многих заболеваний: слабость, хроническая усталость, снижение работоспособности – 36,8% сочеталась с симптомами шейного остеохондроза: дискомфорт в области шейно – воротниковой зоны – 36,8%, «затекание» шеи – 31,5%, онемение руки при письменной работе – 36,8%. Более того, именно у данных студентов были выявлены значимые рентгенологические признаки: смещение ПДС, нестабильность ПДС (табл. 3).

На мозговой кровоток в ВББ с развитием цереброваскулярной патологии в 30% случаев влияет экстракраниальное воздействие на позвоночные артерии (ПА) при поворотах головы с последующим развитием мозговой симптоматики [4, 5]. Несостоятельность ПА клинически проявляется в двух формах: а) рефлекторно – ангиоспастического симптома и б) компрессионно – эрритативного синдрома.

Таблица 1

Процентное соотношение симптомов раннего шейного остеохондроза в I группе

№ п/п	Субъективные симптомы (непостоянные, умеренной выраженности)	Процентное соотношение к общему числу в группе (n = 19)
1	Дискомфорт в области шейно – воротниковой зоны	36,8%
2	Головная боль кратковременная, малой интенсивности, самостоятельно проходят	26,3%
3	Общая слабость, хроническая усталость, снижение работоспособности	36,8%
4	«Затекание» шеи, требующее поворота головы до «щелчка»	31,5%
5	Быстро «затекает» рука при письменной работе, появляется необходимость опустить и встряхнуть руку	36,8%
6	Кратковременное головокружение (при разгибании и поворотах головы)	15,8%

Таблица 2

Процентное соотношение симптомов раннего шейного остеохондроза во II группе

№ п/п	Субъективные симптомы (непостоянные, умеренной выраженности)	Процентное соотношение к общему числу в группе (n = 19)
1	Ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника	63,6%
2	Повышение мышечного тонуса в шейно – воротниковой зоне	45,5%
3	При длительной письменной работе замедляется скорость письма	27,2%
4	Головокружение при подъеме со стула (с колен)	36,3%
5	Головная боль в затылке	54,5%
6	При психоэмоциональной нагрузке – шум, звон в ушах, появляются дефекты полей зрения.	36,3%
7	При небольшой эмоциональной и физической нагрузке – учащение пульса (субъективно не беспокоит)	45,5%

Таблица 3

Процентное соотношение рентгенологических признаков в группах

№ п/п	Рентгенологические признаки	Процентное соотношение к общему числу в группе	
		I n = 19	II n = 11
1	Выпрямление физиологического лордоза, усиление лордоза	52,6%	—
2	Снижение высоты диска, сужение межпозвонковой щели	5,3%	9,1%
3	Смещение позвоночно-двигательного сегмента (ПДС)	26,3%	27,2%
4	Нестабильность ПДС (выявляется при функциональных пробах)	15,8%	45,5%
5	Образование компактных краевых разрастаний (остеофиты)	—	9,1%
6	Подвывих по Ковачу (суставной отросток ниже лежащего позвонка смещается вперед)	—	9,1%

Следует отметить, что во II группе рентгенологическая картина была представлена более грубой патологией: смещение ПДС – 27,2% и нестабильность ПДС – 45,5%. При нарушении капсульно – связочного аппарата происходит раздражение симпатических сплетений ПА с последующим ее спазмом и нарушением кровообращения в ВББ. На этом фоне клиническая симптоматика раннего шейного остеохондроза во II группе дополнилась тахикардией, обусловленной рефлекторным механизмом при ВБН, что, в конечном итоге, усугубляет жалобы при у студентской молодежи при остеохондрозе (табл. 2).

Результатом вышеперечисленных изменений являются психосоматические расстройства: быстрая утомляемость, раздражительность, невроз, депрессии, снижение памяти, рецидивирующая боль в животе, дорсалгия, астенический синдром, вегето – сосудистая дистония.

Выводы. Ориентирование на субъективные симптомы раннего шейного остеохондроза и проведение рентгенологических исследований шейного отдела позвоночника позволяют дифференцировать данную клинику с другими заболеваниями в профилактике психосоматических расстройств.

Список литературы

1. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Боль в шее: распространенность, факторы возникновения, возможности терапии // Фарматека. 2014. № 9. С. 45-49.
2. Верещагин Н.В. Патология вертебро-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М.: Медицина. – 1980. – С. 45–10, 108–210.
3. Кириенко А.Н., Сороковиков В.А. Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника // Сибирский медицинский журнал. 2015. № 138(7). С. 21-26.
4. Скулович С.З., Чехонацкий А.А., Колесов В.Н. Прогнозирование течения остеохондроза шейного отдела позвоночника // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. № 8(2). С. 527-533.
5. Склярченко О.В., Кошкарёва З.В. Некоторые аспекты консервативного лечения больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника // ActaBiomedicaScientifica. 2016. № 1(4). С. 72-77.

РОЛЬ ТЕЛОМЕР И ТЕЛОМЕРАЗЫ В ПРОЦЕССАХ СТАРЕНИЯ

Тимергалиев Р.Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, e-mail: rifkat.timergaliev@yandex.ru

Клетки могут делиться лишь определенное количество раз, так как имеется предел Хейфлика, что является одной из причин старения. Гены защищаются теломерами, которые с каждым делением становятся меньше. Оказывается, можно остановить укорочение хромосом действием фермента теломеразы, которую для этого нужно активировать. Далее обо всем этом я вам расскажу подробнее.

Теломеры

Теломеры занимают концевые участки хромосом. Они предотвращают слипание этих участков и самих хромосом между собой. При слипании они начинают превращаться в раковые клетки или же погибают. После каждого деления клетки теломеры становятся короче, достигнув предела, клетки останавливают процесс деления. Такие изменения являются генетическими и эпигенетическими, то есть они зависят от наследственной предрасположенности и воздействия факторов окружающей среды.

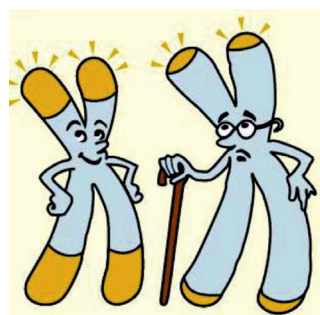


Рис. 1. Связь длины теломер со старением