

Таким образом, на основании разработанных нами критериев и показателей эффективности реализации бесед и буклета по профилактике ВИЧ-инфекции среди подростков, нами был разработан буклет, направленные на повышение уровня информированности по профилактике ВИЧ-инфекции у подростков.

На втором этапе исследования в школе для двадцати подростков были проведены беседы на тему: «ВИЧ-инфекция. Профилактика ВИЧ-инфекции», в процессе которых подростки задавали уточняющие вопросы, были достаточно активны. Подростки понимали информацию, размещенную в буклете. Каждый подросток получил практические рекомендации в виде буклета.

Для сравнительного анализа результатов эффективности реализации бесед и буклета по профилактике ВИЧ-инфекции у подростков, нами было проведено заключительное анкетирование подростков.

Результаты анкетирования показали, что 100 % знают о том, как может передаваться ВИЧ-инфекция. На вопрос анкеты: «В каких случаях риски заражения ВИЧ особо высоки?», были получены следующие результаты: 100 % респондентов смогли ответить на данный вопрос.

Выводы

Мы проанализировали полученные данные, и пришли к выводу, что уровень информированности подростков по профилактике ВИЧ-инфекции составляет 100 %.

Таким образом, на основании всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что сформулированная нами гипотеза в начале работы подтвердилась — если реализовать практические рекомендации, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции у подростков, то уровень информированности подростков о способах профилактики повысится.

Разработанные нами беседы и практические рекомендации в виде буклета на тему: «ВИЧ-инфекция. Профилактика ВИЧ-инфекции», являются эффективными для ознакомления подростков, что подтвердилось результатами анкетирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Далабаева, Л. М. Результат анкетирования ВИЧ-инфицированных женщин / Л. М. Далабаева, В. Д. Конченко // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции женщины и ВИЧ: сб. матер. междунар. науч.-практ. конф. — СПб.: Человек и его здоровье, 2017.
2. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе в 2014 году / Е. С. Довгополок [и др.] // ЖМЭИ. — 2016. — № 2.

УДК 616.831-005.1

ИСХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Леонова М. А., Лешкевич О. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Внутричерепное кровоизлияние — клиническая форма острого нарушения мозгового кровообращения, возникающая вследствие разрыва интрацеребрального сосуда или повышенной проницаемости его стенки и проникновения крови в паренхиму и желудочки мозга [1].

Проблема лечения форм внутримозговых кровоизлияний до сих пор остается актуальной, так как, несмотря на успехи современной нейрохирургии, данная патология сопровождается высокими показателями смертности и инвалидизации преимущественно среди лиц трудоспособного возраста [2].

Цель

Изучить основные клинико-морфологические особенности и ближайшие исходы при внутримозговых кровоизлияниях по данным литературы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ современной литературы по вопросу исходов при лечении внутримозговых кровоизлияний. Изучено 12 русскоязычных источников, 4 англоязычных источников.

Результаты исследования и их обсуждение

Имеется ряд факторов, влияющих на исход внутримозговых кровоизлияний: возраст, выбор методики лечения (консервативное или оперативное), уровень сознания на момент поступления по шкале комы Глазго (ШКГ) (более 7 / менее 7); наличие прорыва крови в желудочковую систему (есть/нет); наличие дислокации (есть/нет); объем супратенториального кровоизлияния (более 30 мл / менее 30 мл); наличие осложнений (есть/нет) [3].

При благоприятном течении внутримозговой гематомы через пару недель происходит разрушение излившейся крови макрофагами, отграничение патологического очага от здоровой ткани фиброзными волокнами. В результате этого формируется киста. Она замещает участок мозговой ткани, «выключая» его функции. Нарушенная функция участка головного мозга может компенсироваться за счет рядом расположенных нейронов, а может сохраняться неврологический дефицит. Его последствия зависят от размеров и расположения патологического очага [1].

Прогностически неблагоприятными симптомами, влияющими на исход заболевания являются: 1) кома, особенно если она развилась менее чем за 3 часа, что приводит к резкому падению давления, нарушению дыхания; 2) сочетание паралича руки и ноги с одной стороны с насильственными движениями (попыткой укрыться одеялом, поправить одежду, проверить состояние гениталий) конечностей с другой стороны; 3) озноб; 4) холодный пот; 5) повышение температуры, которая не реагирует на жаропонижающие препараты; 6) гнусавость голоса; 7) неритмичность, урежение или учащение (глубокое и шумное) дыхание; 8) нарушение глотания [3].

В отдаленном периоде при неблагоприятном течении может развиваться нарушение памяти и концентрации внимания. Затрудняется усвоение новой информации, падает обучаемость. Появляется раздражительность, вспыльчивость, невозможность держать себя в руках. Развиваются симптомы вегетативной нестабильности: колебания артериального давления, головная боль при смене погоды, необоснованные подъемы температуры тела до 37–37,5 °С, мраморность кожи, внезапное сердцебиение, ощущение удушья. У пациентов развивается выраженный астенический синдром. При субарахноидальном кровоизлиянии высока вероятность полного обратного регресса симптоматики, инвалидность развивается реже, чем при паренхиматозном. Поэтому его последствия считают более благоприятными, чем при внутримозговой гематоме. Самый неблагоприятный прогноз отмечается у кровоизлияний, произошедших в область ствола и продолговатого мозга (стремительно развивается кома с последующей и остановкой дыхания и сердцебиения) [1].

При первичном внутримозговом кровоизлиянии развивается ряд осложнений: отек и дислокация головного мозга, пневмония, вторичный стволый синдром, тромбэмболия легочной артерии, ДВС-синдром, двусторонний бронхит, вторичная констриктивная артериопатия с развитием вторичного инфаркта головного мозга, симптоматическая эпилепсия, острый гнойный отит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей, желудочное кровотечение, пневмоторакс, острый слизисто-гнойный бронхит, трофические изменения на крестце [3].

Для улучшения качества жизни пациенту необходимо проходить реабилитацию в специализированных стационарах и амбулаторно. Дальнейшая жизнь пациента обусловлена его состоянием. Пораженные двигательные, чувствительные, глотательные функции, нарушенная речь нуждаются во внимательной заботе близких людей. Когнитивная дисфункция также требует учета: мыслительные, сознательные процессы, память — данные нарушения могут создать определенный барьер в общении с пациентом [2].

Выводы

Таким образом, имеются факторы, влияющие на функциональный исход у пациента с первичным внутримозговым кровоизлиянием, а также факторы, улучшающие качество жизни пациента.

Конечные исходы могут различаться в зависимости от применяемых методов лечения, условий, лекарственных средств и категории пациентов. Поэтому внутримозговые кровоизлияния являются актуальной проблемой современной медицины и требует дальнейшего изучения в данном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия: учебник: в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — Т. 1. — 354 с.
2. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 416 с.
3. Болезни нервной системы: рук-во для врачей / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М.: Медицина, 2001. — Т. 1. — 744 с.

УДК [612.223.12: 615.834]: 612.127]-092.4

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ФИЗИОТЕРАПИИ, НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ

Лепеев В. О., Билецкая Е. С., Зверко Э. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. В. Зинчук

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Фармакологическая терапия в ряде случаев имеет негативные последствия, что определяет интерес к альтернативным немедикаментозным методам лечения, в частности, к физиотерапии, нашедшей широкое применение в клинической практике, что также обусловлено высокой ее эффективностью и низкими экономическими затратами [1]. Среди них достаточно часто используются магнитное поле и озон. Озон обладает выраженным противогипоксическим эффектом, который объясняют улучшением реологических свойств крови, повышенной отдачей оксигемоглобином кислорода тканям и увеличением скорости микроциркуляции [2]. Использование озона демонстрирует широкую вариабельность эффектов его применения, что может быть обусловлено особенностью реализации этого воздействия, различием в дозах и условиях, в которых он вводится [3]. Также известно о наличии выраженной физиологической активности у магнитного поля, которая проявляется адаптивными реакциями организма в широком диапазоне, среди всех тканей наибольшей чувствительностью к эффекту данного фактора обладает кровь [4]. В модификации кислородтранспортной функции крови, имеющей значение в формировании кислородного обеспечения организма, немаловажную роль играет такой газотрансмиттер как монооксид азота (NO) [5]. Однако участие данных физических факторов на кислородсвязывающие свойства крови недостаточно изучены.

Цель

Проанализировать механизмы действия магнитного поля и озона на кислородтранспортную функцию крови в опытах.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на самцах белых беспородных крыс, массой 250–300 г (n = 70). Крысы получали стандартный рацион питания, режимы освещения и кормления животных в контрольных и опытных группах были одинаковы. Манипуляции на животных выполнялись в соответствии с рекомендациями и решением комиссии по биомедицинской этике.