



Рисунок 1 — Позитивное отношение респондентов к евгенике

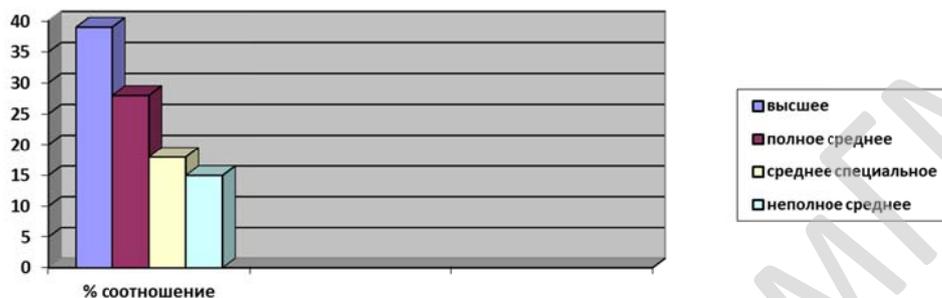


Рисунок 2 — Информированность респондентов в вопросах евгеники

Выводы

Можно предположить, что позитивное отношение к евгенике, как науке будущего, выявленное в результате проведенного социологического исследования, является следствием (или отражением) сохраняющегося в обществе уважения к научной деятельности и ученым. В подавляющем большинстве социум настроен на путь развития и принимает евгенистические взгляды с точки зрения перспективного направления генетики [3]. Однако, не смотря на положительные результаты опроса, непременно, остаются и негативные ответы, которые, по всей видимости, возникают либо по научной неграмотности респондента, либо из-за исторической запятанности евгеники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русская евгеника. Сборник оригинальных работ русских ученых (хрестоматия) / Серия «Библиотека расовой мысли»; под общ. ред. В. Б. Авдеева. — М.: Белые альвы, 2012. — 576 с.
2. Ядов, В. А. Социологическое исследование: методология, программа, методы / В. А. Ядов. — Самара: Самар. ун-т, 2015. — 332 с.
3. Евгеника — запрещенная наука будущего [Электронный ресурс] / Планета тайн. — 15.10.2015. — Режим доступа: <http://politinform.su/den-neobychnyh-istoriy/39853-evgenika-zapreshchennaya-nauka-buduschego.html>. — Дата доступа: 22.03.2018.
4. Бужиевская, Т. И. Евгеника: 100 лет спустя / Т. И. Бужиевская, С. М. Гершензон // Человек. — 1996. — № 1. — С. 23–29.

УДК 616.72-002-08

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА

Головач В. М., Козак Д. Н., Романюк А. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева, Е. Э. Карпенко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 1»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Остеоартрит (ОА) — группа хронических прогрессирующих заболеваний, в основе которых лежит поражение всего комплекса сустава, с развитием субхондрального остеосклероза и

вовлечением периартикулярных тканей (в том числе околосуставных мышц и мягких тканей), сопровождающаяся как правило умеренным синовитом. Данную группу заболеваний можно разделить относительно превалирующих вариантов воздействий причинных факторов. Таким образом для первичного ОА выделяют внешние (внешние механические воздействия, токсические воздействия) и внутренние факторы (дефекты строения и нарушения статики, избыточная масса тела, нарушения кровообращения). В качестве факторов развития вторичного ОА определяют эндокринную патологию (сахарный диабет, акромегалия и т. д.), метаболические нарушения (гемохроматоз, охроноз, подагра), фоновые заболевания костей суставов (ревматоидный артрит, инфекционные артриты и т. д.) [1, 2]. В настоящее время большую роль в развитии ОА отводят именно прогрессированию воспалительных изменений во внутренней капсуле сустава, в связи с чем в настоящее время корректным считается применять именно термин «остеоартрит», против ранее использовавшегося в странах СНГ термина «остеоартроз», что подтверждается и клиническими наблюдениями, поскольку развитие синовита довольно частое и рецидивирующее явление, возникающее на фоне длительного течения со снижением репаративной способности хрящей сустава, а также ввиду провоцирования периартикулярных реакций, развитие которых начинается с фиброзных изменений капсулы суставов [2].

Значительную часть пациентов с данной патологией составляют лица старше 60 лет, остеоартрит у них достоверно выявляется в более чем 70 % случаев, средняя заболеваемость данной патологией составляет около 17 %. По данным ВОЗ, ОА коленных суставов находится на 4-м месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин, на 8-м — у мужчин. Таким образом риск утраты трудоспособности в связи с ОА сопоставим с таковым при сердечно-сосудистой патологии, и выше, чем при любых других заболеваниях у лиц пожилого возраста, что мотивирует проблему поиска эффективного метода если не разрешения, то как минимум контроля этой проблемы [1, 2].

Цель

Изучение возможностей консервативного лечения остеоартрита.

Материал и методы исследования

Материалом исследования являлись публикации научных статей по данной проблеме, размещенные на русскоязычных и англоязычных электронных научных библиотеках за период с 1998 по 2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Развитие ОА всегда сопровождается прогрессирующими нарушениями трофики хрящевой ткани, что в особенности важно для хрящей сустава, поскольку ввиду достаточно внушительного объема межклеточного матрикса, в соотношении с клеточным компонентом хряща, это постоянно обуславливает повышенную нагрузку изогенных групп хондроцитов. Также для таких хрящей отсутствует высокий трофический потенциал в сравнении с гиалиновой хрящевой тканью внесуставной локализации, имеющей надхрящницу. Нарушения метаболизма хряща сустава связаны с несколькими основными моментами:

1) снижение содержания протеогликанов (в частности соединений с гиалуроновой кислотой, хондроитинсульфатом), что ведет за собой снижение содержания воды хряща, что в свою очередь существенно снижает его амортизационную способность;

2) вторично возникающие повреждения вначале по типу микротравм, что вызывает очаговые воспалительные изменения и нарушает трофику центральных участков хряща, из-за чего в хрящевую ткань начинают активно врастать сосуды, что ведет к окостенению хрящевой ткани, что также ведет к значительному снижению амортизационной способности [2, 3].

Таким образом значительно снижается восстановительный потенциал хрящевой ткани сустава, наступают необратимые морфологические изменения, нарастают воспалительной реакции, наступает деформация всего комплекса сустава. В развитии ОА велика роль коморбидных состояний, способных значительно ускорять развитие ОА. Значимая роль отведена гормональному статусу, так эстроген способен действовать подобно глюкокортикоидам на хондроциты, т.е. ингибировать синтез коллагена и глюкозаминогликанов,

что само по себе ведет к деструкции соединительной ткани [1, 3]. Важным в метаболическом отношении является достаточное поступление в организм витаминов групп: А, В, С, являющихся кофакторами в синтезе протеогликанов [2].

Согласно клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с ревматическими заболеваниями от 10.05.2012, основу терапии клинических форм ОА составляют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (ацеклофенак, диклофенак ибупрофен и т. д.) и симптоматические медленнодействующие препараты (СМП) (хондроитин сульфат и глюкозамина сульфат) при рентген-подтвержденном остеоартрозе 1 и 2 степеней, также симптоматически рекомендованы к применению глюкокортикостероиды для однократного внутрисуставного введения, миорелаксанты и антиагреганты [1].

На данном этапе научных исследований относительно проблемы терапии ОА подход в использовании НПВС в качестве средств первой линии, а СМП в качестве вспомогательной терапии не был оправдан. Так, согласно заключению международного комитета Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза, остеоартрита и костно-мышечных заболеваний (ESCEO), основываясь на последнем метаанализе 2016 г., рекомендовано использование СМП в качестве базовой терапии, а применение НПВС допускается использовать коротким курсом в качестве дополнительной анальгезии (если требуется). К настоящему времени среди СМП в лечении ОА наибольшая доказательная база имеется для хондроитин сульфата с уровнем доказательности 1А.

По современным представлениям, фармакологическое действие СМП связано с подавлением активации цитокинового каскада, сопровождающего развитие хронического воспаления и деструкцию хрящевой ткани, отмечено значимое уменьшение апоптоза хондроцитов, что приводит к увеличению продукции протеогликанов хондроцитами, оказывая протективное влияние на хрящ [2, 3].

Выводы

Таким образом, вместе с изменением понимания проблемы развития ОА за последнее десятилетие изменились и подходы к симптоматической терапии ОА, в связи с чем на первый план вышли симптоматические медленнодействующие препараты, доказуемость клинического эффекта которых долгое время была под сомнением. Одновременно с этим необходимо проведение дальнейших научных исследований относительно понимания самого механизма развития ОА, поскольку только выявление всех аспектов начальных изменений структуры суставного хряща является ключом к проведению эффективных лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 2: Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани / А. Н. Окорочков. — Витебск: Медицинская литература, 2013. — 512 с.
2. Чичасова, Н. В. Хондроитин сульфат (Структурм) в лечении остеоартроза: патогенетическое действие и клиническая эффективность / Н. В. Чичасова // РМЖ. — 2009. — № 17(3).
3. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни: учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

УДК 616.211-006.6-089.844

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Головач В. М., Козак Д. Н., Романюк А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

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

Введение

Актуальность проблемы устранения дефектов обусловлена ростом заболеваемости злокачественными опухолями кожи, которые часто локализуются в области носа, а также