

Выводы

Среди мероприятий, направленных на улучшение качества жизни студентов, можно рекомендовать следующее:

1. Ритмичную и системную организацию умственного труда.
 2. Организацию рационального режима труда, питания, сна и отдыха.
 3. Отказ от вредных привычек: употребления алкоголя и наркотиков, курения и токсикомании.
 4. Постоянное поддержание организма в состоянии оптимальной физической форме.
- На основании выше изложенного можно сделать вывод, что здоровый образ жизни оказывает положительный эффект на состояние здоровья человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдин, Б. Г. Здоровье человека как предмет междисциплинарного знания / Б. Г. Юдин // Главврач, 2004. — № 6. — С. 87–90.
2. Виноградов, Д. А. Физическая культура и здоровый образ жизни / Д. А. Виноградов. — М, 1990. — С. 21–22.
3. Гуров, В. А. Здоровый образ жизни: получение представления и реальная ситуация / В. А. Гуров / Валеология, 2006. — №1. — С. 53–59.
4. Зайцев, А. Г. Формирование здорового образа жизни молодого поколения / А. Г. Зайцев // Гигиена и санитария, 2004. — № 1. — С. 54–56.
5. Попов, И. А. Пути формирования здорового образа жизни / И. А. Попов // Вестник медицинских технологий, 2005. — № 3–4. — С. 12–14.

УДК 616.155.02-022:616-091.5

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИЙ

Лихошапка М. В., Жандаров М. Ю., Шibaева Н. Н.

Научный руководитель: асс. *Н. Н. Шibaева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лечение гемобластозов остается одной из острейших проблем в онкогематологии. В странах с развитой экономикой гемобластозы занимают 2-е место по распространенности после рака легкого. Но после введения в схемы лечения полихимиотерапии (ПХТ) ситуация значительно изменилась, повысив продолжительность и качество жизни пациентов. Но актуальным является побочное действие ПХТ — глубокая иммунодепрессия, анемии, миелотоксический агранулоцитоз, что определяет развитие оппортунистических инфекций. Инфекции, которые возникают на фоне иммунодефицита и не являются характерными для здорового организма являются оппортунистическими. Развитие инфекции определяют не только свойства возбудителя, но и состояние организма, а также действие окружающей среды [2].

Возбудителем инфекций могут выступать разнообразные бактерии, вирусы, грибы, простейшие, которые проявляют патогенные свойства лишь на фоне глубокого иммунодефицита. Не имея тропизма они могут вызывать разные нозологические формы, а также одна и та же нозологическая форма может вызываться разнообразными условно-патологическими микроорганизмами.

Цель

Провести исследование частоты встречаемости грибковой патологии у умерших пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гематологии на базе Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека, по данным аутопсий.

Материалы и методы исследования

Было изучено 148 протоколов патологоанатомического исследования трупов пациентов, которые проходили лечение в отделении гематологии с 2010 по 2014-й гг. При проведении аутопсии в каждом случае проводился забор секционного материала в сте-

рильных условиях для бактериологического исследования (ткани легкого, почек, селезенки, печени и кровь из правого предсердия).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 148 умерших диагноз острый лейкоз выставлен в 41 случае, хронический лейкоз — в 35 случаях, миелодиспластический синдром — в 11 случаях, множественная миелома определялась в 19 случаях. В остальных случаях были прочие заболевания системы крови.

В 34 % аутопсий при проведении гистологического, бактериологического исследований обнаружены грибковые поражения внутренних органов. Данные показаны на рисунке 1.

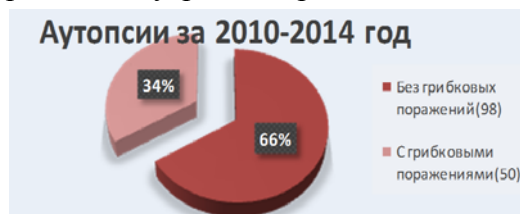


Рисунок 1 — Соотношение общего количества аутопсий к аутопсиям с выявленными грибковыми осложнениями

Средний возраст исследуемой нами группы составил 56 лет. Среди умерших было 54 % женщин и 46 % мужчин.

Смертельные осложнения, индуцированные в той или иной степени грибковой флорой, следующие:

- пневмония — 64 %;
- сепсис — 30 %;
- некротический колит — 2,5 %;
- энтерит — 2,5 %.

За 2014 г. при исследовании образцов в трех определялось смешанное грибковое поражение (*Candida* и *Aspergillus*).

На рисунке 2 представлено количество выявленных поражений оппортунистических инфекции рода *Candida* и *Aspergillus*.

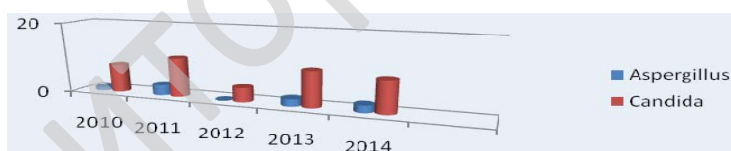


Рисунок 2 — Количество выявленных грибковых осложнений за период 2010–2014 гг.

Распределение частоты встречаемости грибковых таксономических групп, выявленных нами при изучении данных аутопсий, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Процентное соотношение выявленной грибковой патологии

Вид определяемого гриба	<i>Candidakrusei</i>	<i>Candidainconspic\norvegenis</i>	<i>Candidalambica</i>	<i>Candidaalbicans</i>	<i>Candidatropicalis</i>	<i>Candidaciferrii</i>	<i>Candidacolliculi</i>	<i>Tricho.mucoides</i>	<i>Aspergillusflavus</i>	<i>aspergillusfumigatus</i>	<i>aspergillusterreus</i>	<i>aspergilla</i> (только по морфологии)
Количество случаев	26 %	4 %	2 %	46 %	2 %	2 %	2 %	2 %	4 %	2 %	6 %	2 %

Выводы

1. Встречаемость микотической патологии довольно значительна среди умерших в гематологическом отделении и составляет 37 % от всех случаев летальных исходов.
2. Чаще других определяются грибы *Candida albicans* (46 %) и *Candida krusei* (26 %).
3. Самым распространенным осложнением, вызвавшим смерть, является грибковая пневмония — 64 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kousha, M. Pulmonary aspergillosis: a clinical review / M. Kousha, R. Tadi, A. O. Soubani. — *Europ. Respirat. Rev.* — 2011. — Vol. 20, № 21. — P. 156–172.
2. Инвазивные микозы при трансплантации гемопоэтических стволовых клеток / М. О. Попова [и др.]. — *Тер. архив.* — 2012. — № 7. — P. 50–57.
3. Елинов Н. П. Некоторые дефиниции, или определения в медицинской микологии / Н. П. Елинов // *Проблемы медицинской микологии.* — 2007. — Т. 9, № 4. — С. 12–18.
4. Климко, Н. Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей: учеб. пособие / Н. Н. Климко. — М.: Премьера, 2007. — 336 с.
5. Хмельницкий, О. К. Патоморфология микозов человека / О. К. Хмельницкий, Н. М. Хмельницкая. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 432 с.

УДК 616.33-002.44-089-06:616.329-002]-08

КОРРЕКЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лойко И. И., Герасимюк Н. И., Кузив О. В.

Научный руководитель: **проф. Л. А. Ковальчук**

**Государственное высшее учебное заведение
«Тернопольский государственный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины»
г. Тернополь, Украина**

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь сопровождает наиболее распространенные заболевания органов брюшной полости. В частности, при хронической гастродуоденальной язве ее диагностируют у 11–71,6 % больных [2]. Сочетание язвенной болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни меняет их клиническое течение, снижает эффективность терапии и ухудшает прогноз [3]. Дополнение органосохраняющих и органосохраняющих операций хирургической коррекцией гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при ее сочетании с язвенной болезнью является актуальной и до конца нерешенной проблемой [1, 4].

Работа посвящена выяснению особенностей и оценке эффективности хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, разработке методов диагностики и коррекции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при хирургическом лечении язвенной болезни.

Цель

Улучшить результаты хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки путем повышения качества диагностики и разработки методов коррекции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 846 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии и гастроэнтерологическом отделении Тернопольской университетской больницы и хирургическом отделении Тернопольской городской коммунальной клинической больницы № 2 за период 1992–2014 гг.