

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

Комитет по науке и высшей школе Администрации Санкт-Петербурга

Северо-Западное отделение РАМН

Тезисы  
**V МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
КОНГРЕСС**

«Санкт-Петербургские научные чтения – 2013»

4-6 декабря 2013 г

Санкт-Петербург

2013

### Редакционный совет

профессор Е.И. Баранова	профессор Ю.С. Полушин
профессор Н.И. Вишняков	профессор Ю.И. Седлецкий
профессор Т.Д. Власов	профессор Н.Н. Смирнова
профессор В.А. Добронравов	профессор Т.Ф. Субботина
профессор М.И. Зарайский	профессор В.Н. Трезубов
профессор Э.Э. Звартау	профессор А.Ф. Якимовский
профессор Л.С. Зубаровская	доцент Д.К. Ламден
профессор Н.В. Калакуцкий	доцент А.Б. Логинов
профессор В.Н. Клименко	доцент Г.М. Нутфуллина
профессор И.А. Корнеев	доцент З.Х. Османов
профессор Е.И. Красильникова	доцент В.А. Паршин
профессор Г.В. Лавренова	доцент И.Л. Соловцова
профессор Е.В. Мельникова	доцент С.Н. Тульцева
профессор В.Н. Минеев	доцент Н.В. Черныш
профессор К. Н. Монахов	доцент Л.П. Шайда
профессор Т.К. Немилова	доцент Е.Н. Шмидт
профессор Н.Г. Петрова	ассистент И.Л. Кожевникова
	ассистент А.В. Христолюбов

## Оглавление

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.....	5
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ.....	20
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ.....	23
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ: ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.....	28
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ: НЕФРОЛОГИЯ.....	32
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ: ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.....	36
ГЕМАТОЛОГИЯ, ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ.....	44
ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ.....	51
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ.....	57
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.....	67
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА, ЭКОНОМИКА, МЕНЕДЖМЕНТ.....	78
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.....	92
КАРДИОЛОГИЯ И АНГИОЛОГИЯ (ТЕРАПИЯ).....	98
КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ.....	117
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	120
МЕДИЦИНСКАЯ ХИМИЯ И БИОФИЗИКА.....	125
МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ, МИКОЛОГИЯ.....	130
МОЛЕКУЛЯРНАЯ БИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ГЕНЕТИКА, ИММУНОЛОГИЯ, ПРОТЕОМИКА, НЕЙРОБИОЛОГИЯ, БИОНАНОТЕХНОЛОГИИ.....	138
НЕВРОЛОГИЯ.....	149
НЕЙРОХИРУРГИЯ.....	165
ОНКОЛОГИЯ.....	172
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ.....	183
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ.....	188
ПАТОМОРФОЛОГИЯ.....	197
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ.....	208
ПЕДИАТРИЯ.....	224
ПРИКЛАДНАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ.....	237
ПСИХИАТРИЯ.....	247
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ.....	251
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ.....	260
СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	271
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ.....	277
СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ.....	280
СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ.....	301
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ.....	311
ТУБЕРКУЛЕЗ.....	320
УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ.....	327
УРОЛОГИЯ.....	334
ФАРМАКОЛОГИЯ.....	343
ФИЗИОЛОГИЯ.....	355
ХИРУРГИЯ.....	364
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.....	396

**И.А. Сейталини, Т.А. Сейталини**  
**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПАРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ**

(научный руководитель - к.м.н., доц. Н.А. Жуманазаров)  
Международный казахско-турецкий университет имени А.Ясави  
Туркестан, Казахстан

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения во всем мире наблюдается рост числа неврологических заболеваний, особенно в детском возрасте. В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечаются высокие показатели рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС). Значимость проблемы становится еще более очевидной с учетом данных ВОЗ.

**Цель.** Изучить морфологические особенности врожденных пороков развития центральной нервной системы.

**Материалы и методы.** На базе медицинского учреждения «ОПЦ №3» г. Туркестана было изучено 625 протокола секционного исследования умерших от различных причин плодов и детей с морфологически подтвержденными пороками развития ЦНС.

**Результаты.** Изучено 625 протоколов секционного исследования плодов и умерших детей за период 2009 – 2013 г.г., из которых отобрано 92 протокола ( $12,9 \pm 1,3\%$  от общего числа) с морфологически подтвержденными врожденными пороками развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС). Возраст плодов и детей колебался от 22 недель гестации до 3 лет.

Учитывая летальный исход у плодов и умерших детей с ВПР ЦНС, было выделено четыре возрастные группы:

- плоды ( $38,0 \pm 5,1\%$ ),
- 1 сутки - 1 мес. ( $23,9 \pm 4,4\%$ ),
- 1 мес. - 1 год ( $27,1 \pm 4,6\%$ ),
- 1 год - 3 года ( $10,9 \pm 3,2\%$ ).

Для каждой возрастной группы умерших детей с ВПР ЦНС были выявлены структурные особенности патологии. Группа плодов была самая многочисленная и характеризовалась преобладанием изолированных форм над сочетанными. В структуре изолированных форм около 1/2 случаев принадлежало к анэнцефалии и более 1/3 – к врожденной гидроцефалии. Среди сочетанных форм ведущее место (более 1/2) занимало сочетание спинномозговой грыжи. Группа детей умерших в период новорожденности характеризовалась равным соотношением изолированных и сочетанных форм ВПР ЦНС.

**Выводы.** Патоморфологическая характеристика плодов, новорожденных и детей, умерших до трех лет дает полное представление не только о структурных изменениях ЦНС, но и об органном и системном характере поражения в целом.

**Л.В. Новикова**  
**КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА**

(научный руководитель - д.м.н., проф. А.А. Козёлкин)  
Запорожский государственный медицинский университет  
Запорожье, Украина

**Введение.** Повторные ишемические инсульты относятся к числу важнейших проблем современной ангионеврологии и составляют, по данным разных авторов, от 5 до 31% всех сосудистых заболеваний головного мозга.

**Цель.** Изучить клиничко-неврологические особенности острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ).

**Материалы и методы.** основную группу наблюдения составили 30 больных в остром периоде повторного МИПИ, среди которых у 46,7% пациентов повторный МИПИ развился в контралатеральном каротидном бассейне (КЛКБ), у 53,3% пациентов - в ипсилатеральном (ИЛКБ). Контрольную группу составили 42 пациента с первичным МИПИ. Клиничко-неврологическое исследование больных проводилось с использованием шкалы NIHSS, а исход острого периода заболевания оценивался по модифицированной шкале Ренкин (МШР).

**Результаты.** средний суммарный балл по шкале NIHSS достоверно отличался ( $p < 0,05$ ) у больных на 1 и 15 сутки и был максимальным в группе больных с повторным МИПИ в КЛКБ по сравнению с повторным МИПИ в ИЛКБ и минимальным - в группе с первичным МИПИ. Уровень инвалидизации по МШР также наиболее высокий в группе повторных МИПИ в КЛКБ

**Выводы.** Повторные МИПИ в контрлатеральном каротидном бассейне правополушарной локализации характеризовались более тяжелым течением и худшим медико-социальным исходом острого периода заболевания в сравнении с левополушарной локализацией очага поражения в ипсилатеральном каротидном бассейне

**М.А. Александрова, К.А. Сенкевич, А.С. Дайнеко, А.А. Подпорин, А.В. Григорук, А.А. Шмонин**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

*(научный руководитель - д.м.н., проф. Е.В. Мельников)*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Введение.** В настоящее время выявление причин ишемического инсульта у лиц молодого возраста (до 50 лет) имеет большое значение. Одним из основных предрасполагающих факторов является антифосфолипидный синдром.

**Цель.** Выявление признаков антифосфолипидного синдрома (АФС) у молодых пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** Отбор пациентов производился в сосудистом центре Городской больницы №26 в период с ноября 2012 года по сентябрь 2013 года. За этот период поступило 305 пациентов с ишемическим инсультом. Критерии включения: возраст до 50 лет, инсульт по ишемическому типу (10 суток). Критерии невключения: фибрилляция предсердий, пороки сердца, искусственный клапан сердца, тяжелые сопутствующие заболевания. В исследование включено 46 пациентов. В день осмотра производился анализ крови на маркеры АФС.

**Результаты.** Характеристика группы пациентов: возраст пациентов 24-50 лет, 30% – женщины, 50% – инсульт в ВББ, 80% – первичный инсульт. Антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2 с определением 6 типов свечения был выявлен у 9% больных, антитела к бета-2 гликопротеину I класса IgG – у 9% больных с инсультом. Антитела к кардиолипину класса IgG и IgM в сыворотке крови исследуемых пациентов выявлены не были. Клинические критерии АФС в исследуемой группе: артралгии – 10%, транзиторные ишемические атаки – 7%, ревматическое заболевание или другое аутоиммунное заболевание – 4%. Других критериев АФС у пациентов выявлено не было.

**Выводы.** Антифосфолипидный синдром является редкой причиной ишемического инсульта у пациентов до 50 лет. Традиционные факторы сердечно-сосудистого риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклероз сосудов, гиперлипидемия, курение) являются основной причиной инсульта у молодых.

**М.А. Дятлова, Е.Ю. Сиволап, Н.В. Литвинюк.**

### **КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПУТАМЕНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

*(научный руководитель - д.м.н., проф. П.А. Самотёсов, к.м.н., доц. П.Г. Шнякин, асп. И.Е. Ермакова)*

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Красноярск, Российская Федерация

**Введение.** Нетравматические внутримозговые кровоизлияния путаменальной локализации в структуре инсультов занимают от 10 до 20% - не доказано преимущество оперативного лечения над консервативным.

**Цель.** Изучить зависимость клинического состояния больных с геморагическим инсультом путаменальной локализации в зависимости от объема гематомы и степени поперечной дислокации.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 100 больных с геморагическим инсультом путаменальной локализации, пролеченных на базе нейрохирургического отделения ККБ за период 2009-2012 гг.

**Результаты.** Выявлено, что степень поперечной дислокации в большей степени чем объем гематомы влияет на тяжесть клинического состояния.