

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



НЕДЕЛЯ НАУКИ - 2020

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2020

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

Неделя науки 2020: материалы Международного молодёжного форума.
Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2020. - 687 с.

Под общей редакцией ректора Ставропольского государственного
медицинского университета, д.м.н., профессора **В.И. Кошель**

Рецензент:

Щетинин Е.В. – д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной
работе Ставропольского государственного медицинского университета

Ответственный редактор:

Хрипунова А.А. – к.м.н., доцент, председатель Совета молодых ученых и
специалистов Ставропольского края

В сборник вошли работы молодых ученых и студентов, посвящённые
наиболее актуальным проблемам медицинской науки.

За достоверность представленной информации редакционная коллегия
ответственности не несет.

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

© Ставропольский государственный медицинский университет, 2020

Содержание



Акушерство и гинекология	4
Внутренние болезни, ЛФК и медицинская реабилитация	68
Профилактическая медицина и здоровьесбережение молодёжи	215
Педиатрия и детские инфекционные заболевания	262
Стоматология	358
Хирургические болезни и анатомия человека	412
Общественное здоровье и социально-экономические науки	490
Фармакология, клиническая фармакология	539
Фундаментальное и медико-биологическое направление	570
Актуальные вопросы философии, биоэтики и клинической психологии	639



РАЗДЕЛ 1.

Акушерство и гинекология

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Антипина Е.О., Головкова Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важнейшая составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. Наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза влияет на течение беременности, развитие плода и перинатальные исходы [1]. У женщин этой группы имеется тенденция к невынашиванию беременности [2]. Учитывая современную неблагоприятную демографическую ситуацию и необходимость сохранения каждой желанной беременности, изучение особенностей медико-социального статуса женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом имеет высокую актуальность.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 105 историй родов женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом за 2018 год, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel 2013».

Результаты и обсуждение. Возраст женщин исследуемой группы варьировал от 22 до 43 лет (средний возраст составил $32,4 \pm 4,5$ года). 70,48% респонденток на момент проведения исследования состояли в официальном браке, 16,19% – в «гражданском» браке, 5,71% – никогда не состояли в официальном браке, 7,62% – разведены. 54,29% женщин имеют высшее образование, 37,14% – среднеспециальное, 8,57% – общее среднее образование. 76,19% пациенток являются городскими жителями, 23,81% – проживают в сельской местности. Средний возраст наступления менархе у женщин данной группы – 12,8 лет (10; 15). Средний возраст вступления в половую жизнь – 19,4 лет (16; 24). Настоящая беременность у 16,19% женщин была первой, второй – у 30,48%, третьей – у 22,85%, четвертой и более – у 30,48%. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий отмечена в 8,57% случаев. 74,29% женщин исследуемой группы имеют в анамнезе гинекологические заболевания, при этом 24,76% – сочетанную гинекологическую патологию. В структуре гинекологической патологии наиболее часто встречались эрозия шейки матки (38,1%), миома матки (24,76%), киста яичника (17,14%), синдром поликистозных яичников (12,38%). Урогенитальные инфекции были выявлены у 17,14% беременных. У 11,43% пациенток в анамнезе – первичное бесплодие до 10 лет, у 3,81% – первичное бесплодие более 10 лет, у 1% – вторичное бесплодие. Самопроизвольный выкидыш регистрировался в анамнезе в 33,33% случаев; неразвивающаяся беременность – в 21,90%; внематочная беременность – в 9,52% наблюдений; антенатальная гибель плода – у 2,86% женщин; искусственное прерывание беременности – в 20% случаев. В структуре экстрагенитальной патологии на первом месте – заболевания сердечно-сосудистой системы (44,76%); на втором (в 26,67% случаев) – патология мочевыделительной системы; на третьем – миопия (24,76%); на четвертом – патология эндокринной системы (23,81%); на пятом – заболевания желудочно-кишечного тракта (18,1%). Ожирение отмечено у 12,38% женщин. У 29,52% пациенток выявлена анемия легкой степени, у 17,14% – анемия средней степени.

Выводы. Таким образом, более 70% женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом состоят в официальном браке, являются городскими жителями; более 50% – имеют высшее образование. Средний возраст наступления менархе и начала половой жизни соответствуют среднестатистическим. Большинство женщин исследуемой группы имеют тенденцию к невынашиванию беременности, различную

гинекологическую и экстрагенитальную патологию в анамнезе, что диктует необходимость проведения профилактических мероприятий уже на этапе планирования или ранних сроков беременности.

Список литературы.

1. Черствая, Е. В. Отягощенный акушерский анамнез: исходы беременностей и родов / Е. В. Черствая, А. С. Пумпур // Устойчивое развитие науки и образования. – 2018. – №3 – С. 223-229.

2. Меньшикова, Л. В. Перинатальные исходы и клиническая характеристика беременных с отягощенным акушерским анамнезом / Л. В. Меньшикова, Е. В. Бабанская // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – №4 – С. 46-52.

ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПУЭРПЕРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Баранова Е.С., Корчагина В.Д.

Самарский государственный медицинский университет

Несмотря на успехи, достигнутые в настоящее время в профилактике и лечении пуэрпальных инфекций, они по-прежнему играют значительную роль в структуре материнской заболеваемости и смертности. Заболеваемость ГСЗПП занимает порядка 20% от всех заболеваний послеродового периода. Смертность от септических осложнений пуэрпального периода составляет 2%. Проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни всех случаев ГСЗПП за указанный ранее период по материалам отделения септической гинекологии ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Семашко Н.А. Всего зафиксировано случаев септической патологии пуэрперия 2018г- 66, 2019г-71. В данный момент с целью оптимизации повышения фертильности у женщин, перенесших ГСЗПП проводится проспективное исследование – сравнение эффективности традиционной антибиотикотерапии в сочетании с бактериофагами *intra uterinae et intra vaginae*. Критерии эффективности: сокращение размеров матки, М-ЭХО и нормализация биоценоза цервикального канала и влагалища. Группой высокого риска развития ГСЗПП являются роды в весенне-летний период, многократные госпитализации в стационар во время беременности, наличие несанированных очагов хронической инфекции, лактостаз, запоздалые роды, инвазивные вмешательства во время беременности и родов, ранняя выписка из родильного дома, что диктует необходимость более детального обследования родильниц и проведение более совершенных лечебно-профилактических мероприятий в пуэрпальном периоде. При исследовании микробиоценозов органов малого таза специфические возбудители обнаружены не были. Из неспецифической микрофлоры чаще встречались: *Streptococcus haemolyticus* (34,3%), *E coli* (31,2%), *Staphylococcus aureus* (14,5%) и *Staphylococcus epidermidis* (12,5%). У женщин с выделенным из цервикального канала резистентным к цефалоспорином и фторхинолонам *Streptococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus* во время беременности, периоперационная профилактика во время оперативных родов не должна проводиться Сультасином (пенициллин + ингибитор В-лактамазы), что связано с высокой вероятностью перекрестной резистентности между данными группами антибиотиков, а также возможным выделением MRSA- штамма *Staphylococcus aureus*. Отмечающаяся тенденция к повышению случаев выявления антибиотико-резистентных штаммов *Staphylococcus aureus*, заставляет задуматься о поиске альтернативных методов лечения ГСЗПП. В качестве такого метода проспективно нами предлагается использование бактериофагов *intra uterina et vagina* в сочетании с привычными антибиотиками.

На основании проведенного нами исследования всплеск ГСЗПП в родильных отделениях отмечается накануне их плановой дезинфекции, однако возбудители больничной инфекции в биологических жидкостях женщин были обнаружены лишь в 1 клиническом случае. Следовательно повышение количества случаев ГСЗПП связано с маршрутизацией потока беременных, рожениц и родильниц между родильными домами и перегруженностью родильных отделений.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации: септические осложнения в акушерстве/ ред. совет: Л.В. Адамян, Н.В. Артымук [и др.]. – Москва, 2017. – с. 11, 49.
2. Наумкин Н.Н. Особенности ведения послеродового периода у родильниц с субинволюцией матки: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.01)/ Наумкин Николай Николаевич; Моск. гос. медико-стом. университет. – Москва, 2009. – 23 с.
3. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Механизмы резистентности микроорганизмов [Электронный ресурс]/ – Электрон. текстовые дан. – Москва. - 2002. - Режим доступа: <http://www.antibiotic.ru/ab/001-07.shtml>.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИСМЕНОРЕИ ОТ НАЛИЧИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Бердигулова Э.Ф., Варламова М.С.

Башкирский государственный медицинский университет

Дисменорея представляет симптомокомплекс, включающий в себя широкий спектр нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений, сопровождающих процесс менструального отторжения эндометрия. Наиболее часто данная патология встречается в возрасте до 25 лет, затем частота ее снижается [1]. В последние годы все большее значение в развитии патологических состояний придается наличию вредных привычек [2]. Курение, частое употребление алкоголя приводят к срыву адаптационных механизмов на уровне центральной нервной системы и снижению порога болевой чувствительности. Немаловажное значение имеет и психоэмоциональный статус девушки [3]. Поставленная цель была реализована при помощи анонимного дистанционного онлайн анкетирования методом самозаполнения специально разработанных онлайн анкет, состоящих из 28 вопросов открытого и закрытого типа. Оценку болевых ощущений определяли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Электронная ссылка с призывом принять участие в исследовании размещалась в тематических группах для студентов Башкирского государственного медицинского университета в социальных сетях. Исследуемая группа была сформирована методом сплошного отбора. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA 13.3 EN. Использовался метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию p-value.

В анкетировании приняли участие 313 девушек с 1 по 6 курс. Признаки дисменореи были обнаружены у 67%. У 15% дисменорея сочетается с патологией со стороны репродуктивной системы. Первичная дисменорея наблюдается у 52% респондентов. При ранжировании степени тяжести дисменореи у 33,9% выявлена дисменорея легкой степени; у 19,8% – средней степени тяжести; у 42 респондентов – тяжелая. Дисменорея с менархе наблюдается у 30,5% девушек; через 6 месяцев у 17%; через 12 месяцев 10,2%; через 18

месяцев у 9,3% девушек. Респонденты отмечают наличие вредных привычек. Выявлена зависимость: у девушек, имеющих вредные привычки, чаще встречается тяжелая форма дисменореи; у тех, кто не имеет вредных привычек преобладают средняя (повседневная активность снижена, системные симптомы единичные, анальгетики требуются редко) и легкая степень дисменореи.

Таким образом, у 67% студенток Башкирского государственного медицинского университета есть признаки наличия дисменореи. Степень тяжести дисменореи напрямую зависит от наличия у девушек вредных привычек, а также имеется прямая корреляция степени тяжести дисменореи и с увеличением возраста пациенток. Девушки отмечают наличие спастических, схваткообразных, тупых, ноющих болей в нижних отделах живота и в области поясницы.

Список литературы.

1. Вольфф М. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина/М.Вольфф, П.Штуте. - Москва: МЕДпресс-информ 2018. - 96-100 с.
2. Ожогина Е.В. Первичная дисменорея в практике врача акушера-гинеколога/ Ожогина Е.В., Мозес В.Г. – Кузбасс: Мать и дитя в Кузбассе 2014. – 4-8 с.
3. Ушакова Н.Т. Современный подход к комплексной терапии первичной дисменореи/ Ушакова Н.Т., Цогоев А.С. [и др.] –Тула: Тульское региональное отделение Межрегиональной общественной организации «Академия медико-технических наук» 2012. – 137-138 с.

ГЕМОДИНАМИКА В СОСУДАХ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Бердигулова Э.Ф., Губайдулина М.Э.

Башкирский государственный медицинский университет

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) – один из самых актуальных медико-социальных проблем в акушерстве. После двух самопроизвольных выкидышей риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза. В настоящее время пренатальные составляют большую часть, а фетоинфантильные - меньшую часть репродуктивных потерь. Механизм развития угрозы ПНБ заключается в следующем: в каждом органе функционируют 30% сосудов, остальные сосуды включаются при нагрузках, это так называемые резервные сосуды. Нагрузка на сосуды матки во время беременности увеличивается 17 раз. Если же происходит дефицит трофики, то ребенок испытывает гипоксию. В свою очередь, гипоксия ведет к синтезу простагландинов, который активируется миоглобином. Любая причина появления гипоксии плода может привести к началу родовой деятельности. Таким образом, терапия угрозы прерывания должна быть направлена на мобилизацию резервных сосудов матки. Также причиной возникновения привычного невынашивания беременности в I триместре могут стать хромосомные аномалия эмбриона, гипоплазия матки, острый вирусный гепатит и гломерулонефрит, во II триместре этиологией ПНБ являются: плацентарная недостаточность, ИЦН и соматическая патология матери (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, заболевания мочевыводящих путей и другие заболевания). Причинами развития невынашивания в III триместре беременности могут стать: аномалии расположения плаценты, многоводие, неправильное положение плода, хориоамнионит.

В своих исследованиях мы использовали УЗИ-диагностику, так как современная ультразвуковая аппаратура позволяет полнее оценить гемодинамику внутренних половых органов женщины. Мы исследовали 32 женщины в срок от 3 до 9 месяцев после

неудавшейся беременности. Была проведена УЗИ-диагностика органов малого таза с оценкой кровотока (по уровню резистентности). Время выполнения исследования – «окно имплантации», 7 день после овуляции. при исследовании 32 женщин, было выявлено 22 женщины, страдающие привычным невынашиванием беременности. Длина тела матки у таких пациенток в среднем составила 52 мм (стандартное отклонение 7,63 мм). Тело матки в переднезаднем направлении составила 39,5 мм (стандартное отклонение 6,8мм). Ширина матки в среднем – 51 мм (стандартное отклонение 8 мм). У большинства исследованных наблюдается однородная структура миометрия (0-однородная, 1- неоднородная, среднее значение 0.3). Выявляется варикозное расширение вен тела матки (среднее значение 0.3). Толщина эндометрия варьируется в пределах от 3.5 мм до 11 мм, среднее значение 7.5 мм. У большинства пациентов выявляется неоднородная структура эндометрия, что свидетельствует о патологиях в организме женщины. Рассмотрим гемодинамическую картину привычного невынашивания беременности. Индекс резистентности правой маточной артерии составил в среднем 0,8, ЛМА – 0,8, что соответствует норме. У женщин в 100% случаев выявлялись аркуатные, базальные, спиральные и радиальные артерии. IR аркуатных (0.67) и спиральных (0.31) артерий оказался чуть меньше нормы (IR в норме АА-0.74, СА-0.49). Индекс резистентности радиальных и базальных артерий при ПНБ соответствует норме. Показатель индекса резистентности сосудов (ПМА, ЛМА, АА, БА, СА, РА) у 10 обследованных с прерыванием беременности отмечается в норме.

Таким образом, при анализе гемодинамики в сосудах матки у женщин с привычным невынашиванием беременности установлены характерные особенности – нарушение показателей тока крови по дистальным ветвям а.uterinae – базальным и спиральным артериям. Других характерных ультразвуковых особенностей выявлено не было. При вынашивании плода огромную роль играет мобилизация резистентных сосудов, так как блокирование таких сосудов происходит гипоксия плода. В моче плода появляется миоглобин, который, попадая в околоплодные воды, является мощным стимулятором простагландинов, что ведет к сокращению сосудов и мышц матки и началу родовой деятельности.

Список литературы.

1. Белоусов Д. М., Побединский Н. М. Значение нарушений гемодинамики в матке в генезе привычного невынашивания беременности 1 триместра //Акушерство и гинекология. – 2006. – №. 4. – С. 27-30.
2. Кошелева Н. Г., Никологорская Е. В. Особенности центральной гемодинамики, гормонального статуса и обмена магния у женщин с привычным невынашиванием беременности //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6. – №. 3. – С. 4-7.
3. Никологорская Е. В. Центральная гемодинамика и вегетативная регуляция у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе: дис. – ГУ" Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии РАМН", 2006.
4. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Профилактика осложнений беременности у женщин с привычным невынашиванием //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5. – №. 1. – С. 33-41.
5. Шалина Р. И. и др. Дифференцированный подход к прегравидарной подготовке у пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Т. 15. – №. 5. – С. 36-40.
6. Имангулова А. В., Журавлева В. И. Причины привычного невынашивания беременности //Два сердца как одно. – 2015. – С. 46-53.

КОМОРБИДНОСТЬ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Березинских А.П., Кахриманова Б.О.

Тюменский государственный медицинский университет

В современной литературе имеется огромное множество материалов исследований, посвящённых методам помощи пациентам со сколиотической болезнью. При этом наблюдается следующий парадокс: несмотря на внушительное количество осложнений, наблюдаемых у беременных, рожениц и родильниц со сколиотической болезнью, не так много исследований именно на тему вынашивания беременности такими пациентками [1-6]. Исходя из этого, актуальным является изучить течение беременности при сколиозе, влияние заболевания на сочленение таза и формирование структурных деформаций тазового кольца, а также на смещение внутренних органов, что может оказывать воздействие на величину шанса выносить и родить здорового ребёнка с минимальным ущербом для здоровья женщины [7, 8]. Цель: проанализировать течение беременности, состояние сочленений таза и тазового кольца у беременных женщин со сколиозом.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование. Материалом для исследования являются результаты изучения историй болезни 163 женщин, находившихся на третьем триместре беременности, которые имели деформацию позвоночного столба ввиду сколиотической болезни. Результаты и их обсуждение. Исследуемые женщины были распределены по степени тяжести сколиотической деформации позвоночного столба с помощью классификации В. Д. Чаклина (и др.) (1974). Результаты применения вышеуказанной классификации конкретно к данной исследуемой группе: деформация I степени – 49,3 % случаев; деформация II степени – 35,6 %; деформация III степени – 14,4 %; деформация IV степени – 0,7 % наблюдений. При обследовании функционального состояния позвоночного столба было установлено, что у 142 (87,1 %) беременных наблюдался дефицит функции позвоночника, что проявлялось в виде гипомобильного варианта нарушения функции (недостаточная активность только мышечных групп). А в 12,9 % (у 21 исследуемой беременной) случаев нарушение функции обнаруживало себя в виде гипермобильного варианта, то есть в перенапряжении мышц. Клинически наблюдались мышечный дисбаланс и сильный болевой синдром. У 19 женщин с гипермобильным вариантом нарушения функции позвоночника были диагностированы клинические проявления миотонического синдрома. У беременных, имеющих гипомобильный вариант, основными причинами ограничения функции были регионарный постуральный дисбаланс мышц туловища и патологические изменения, клинически проявляющиеся в виде симптомов натяжения. Симптом Ласега наблюдался в 25,3 % случаев, симптом Мацкевича-Вассермана – в 13,4 %.

Выводы. Сколиоз остается достаточно частой патологией и на сегодняшний день. Наличие данного заболевания не является противопоказанием к вынашиванию беременности. Но стоит иметь в виду, что структуральная деформация позвоночника у беременной женщины приводит к неблагоприятным последствиям, как у матери, так и у плода. Поэтому необходим комплексный подход: акушер-гинеколог, ортопед-вертебролог, невропатолог – это лишь немногий список врачей-специалистов, необходимых для успешного ведения беременности у пациенток со сколиотической болезнью.

Список литературы.

1. Князева О. В. Антенатальные и интранатальные факторы беременных со сколиозом и деформацией таза / О. В. Князева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. - № 8-3 (39). – С. 109-110.

2. Скрыбин, Е. Г. Диагностическая ценность результатов ранее проведенной лучевой диагностики сколиотической болезни позвоночника у женщин в период беременности / Е.

Г. Скрыбин, В. О. Белых, Т. П. Шевлюкова // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2018. – Т. 8. - № 4. – С. 155-164.

3. Скрыбин, Е. Г. Патология таза у беременных женщин, страдающих сколиозом и остеохондрозом позвоночника / Е. Г. Скрыбин, Г. А. Пономарева // Академический журнал Западной Сибири. – 2016. – Т. 12. - № 1 (62). – С. 70-71.

4. Скрыбин, Е. Г. Патология тазобедренных суставов у беременных / Е. Г. Скрыбин, Т. П. Шевлюкова, И. И. Кукарская, М. Н. Митрофанова // Акушерство и гинекология. – 2018. - № 5. – С. 58-63.

5. Снетков, А. А. Беременность и роды у пациенток с идиопатическим сколиозом / А. А. Снетков, С. В. Колесов, Д. С. Горбатюк, А. А. Пантелеев, В. В. Швеиц, Н. А. Еськин, Е. А. Федотов // Хирургия позвоночника. – 2020. – Т. 17. – № 2. – С. 15-22.

6. Федоров, Д. В. Боли в спине у беременных женщин: причины возникновения, особенности патогенеза и биомеханики / Д. В. Федоров, О. Ю. Киргизова // Acta biomedica scientifica. – 2019. - Т. 4. – № 2. – С. 60-64.

7. Dewan, M. The influence of pregnancy on women with adolescent idiopathic scoliosis / M. Dewan, N. Mummareddy, Ch. Bonfield // European spine journal. – 2018. - № 27. – P. 253-263.

8. Falick-Michaeli, T. Adolescent idiopathic scoliosis and pregnancy: an unsolved paradigm / T. Falick-Michaeli, J. Schroeder, Y. Barzilay // Global spine journal. – 2016. - № 6. – P. 626-626.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕРОДОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И СТРУКТУРА ВНУТРИУТРОБНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 ГОД

Большунова А.О.

Курский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ в течение первого месяца жизни от пороков развития каждый год умирают 303 000 детей [1]. Врожденные пороки развития (ВПР) являются серьезной медицинской и социальной проблемой, что связано с увеличением удельного веса аномалий развития в структуре перинатальной, младенческой смертности и инвалидности [2]. Выявление порока развития на раннем этапе позволяет выбрать тактику ведения беременности и родов, а также после рождения своевременно провести консервативное или хирургическое лечение [3]. Был проведен анализ отчетных данных медико-генетической консультации города Курска по проведению пренатального скрининга за период с 2014 по 2018 год. Всего за период с 2014 по 2018 год на учет по беременности взято 59 682 женщины, на сроке до 14 недель - 51 575 женщин. Первый этап скрининга прошли 46 047 беременных. Охват скринингом в 1 триместре составил 89,2%. При анализе проведения пренатального скрининга было установлено, что за 5 лет было выявлено 583 (1,3%) плода с ВПР, так же пороки развития были не диагностированы в 579 случаях (1,3%). В течении 5 лет достоверно увеличилась частота выявленных пороков развития на 1,2% ($p < 0,05$), но также достоверно возросла частота не выявленных пороков развития на 0,3% ($p > 0,05$). В среднем за 5 лет чувствительность метода составила 50,2%. При проведении анализа пренатальной диагностики в Курской области было установлено, что за 5 лет чувствительность метода достоверно возросла на 15,3% ($p < 0,05$). При выявлении тяжелых врожденных пороков женщине предлагалось прерывание беременности. По причине ВПР несовместимых с жизнью было произведено 270 прерывания беременности за 5 лет. Из представленной выше таблицы следует, что при повышении числа выявленных при

пренатальном скрининге плодов с ВПР, частота проведения операции прерывания беременности по ВПР несовместимым с жизнью достоверно снизилась ($p < 0,05$). В Курской области по встречаемости лидируют врожденные пороки сердца (415 случаев за 5 лет). Второе место по распространенности занимают врожденные пороки мочевой и половой систем (154 случая за пять лет). Третье занимают врожденные пороки ЦНС (141 случай за 5 лет). Четвертое занимают ВПР костно-мышечной системы (139 случаев за 5 лет). Пятое место занимают множественные врожденные пороки развития (МВПР) (105 случаев за 5 лет). За 5 лет наиболее часто приводили к летальному исходу МВПР не совместимые с жизнью (18 летальных исходов за 5 лет), на втором месте ВПС не совместимые с жизнью (14 летальных исходов за 5 лет). Стоит отметить, что в 2014 году частота летальных исходов при ВПС превышала частоту летальных исходов при МВПР. Так же снизилась смертность с 16 летальных исходов в 2014 году до 4 летальных исходов в 2018.

1. Чувствительность пренатальной диагностики ВПР за анализируемый период составила 50,2%. В последние 2 года наблюдается достоверное повышение чувствительности скрининговых мероприятий. Так же наблюдается устойчивая тенденция к снижению летальности ВПР.

2. За анализируемый период произошло достоверное снижение частоты проведения операции прерывания беременности по причине ВПР несовместимых с жизнью с 65(74%) в 2014 году до 51(31,3%) в 2018 году. 3. В Курской области, наиболее часто встречающиеся врожденные пороки сердца (415 случаев за 5 лет).

Список литературы.

1. Пороки развития. World Health Organization. 2016. – URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>. (Дата обращения: 19.02.20)

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 917н от 15 ноября 2012 года

3. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода: важность комплексного обследования беременных в I триместре/ Л.И. Минайчева, Л.П. Назаренко, Е.Р. Еремина и др. // Здравоохранение. – 2012. – №1. - С. 50-51

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Воропаев Д.Д., Кошкина А.И.

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Новая короновиральная инфекция (НКВИ), вызванная штаммом вируса SARS-CoV-2 (COVID-19), протекает в различных формах – от бессимптомных до крайне тяжелых с развитием двусторонней пневмонии, полиорганной недостаточности и сепсиса [4]. Известно, что беременные женщины более восприимчивы к вирусной инфекции в силу физиологической иммуносупрессии [7], в связи с этим можно полагать, что они относятся к группе риска по развитию тяжелых форм НКВИ. В то же время ряд авторов считает, что хорионический гонадотропин и прогестерон, напротив, защищают беременных от цитокинового шторма [3,5]. Т.Е. Белокриницкая с соавт. [1] описывают тяжелое течение НКВИ у беременных только в 3,6% случаев, что сравнимо с показателями в общей популяции, а по мнению Д.М. Климатовой, Ю.Э. Доброхотовой [3], лишь 4,4% беременных женщин с НКВИ нуждаются в интенсивной терапии. В целом, сведения о частоте встречаемости различных форм клинического течения НКВИ у беременных женщин весьма ограничены.

Целью исследования явилось определение частоты встречаемости различных форм НКВИ COVID-19 у беременных женщин г. Челябинска и Челябинской области.

Проведен ретроспективный анализ 1162 историй родов пациенток, которым была оказана специализированная медицинская помощь в родильном доме ГБУЗ ОКБ № 2 г. Челябинска с апреля по октябрь 2020 г. Данный родильный дом 03.04.2020 г. перепрофилирован в инфекционный госпиталь по оказанию помощи беременным, роженицам и родильницам с подозрительной, вероятной и подтверждённой НКВИ COVID-19. Стандартное определение случая COVID-19 (подозрительный на COVID-19 случай, вероятный – клинически подтверждённый случай COVID-19 и подтверждённый случай COVID-19) проводили согласно Временным методическим рекомендациям [2]. По степени тяжести выделяли формы НКВИ COVID-19 с лёгким, среднетяжёлым, тяжёлым и крайне тяжёлым течением [2]. Статистические расчёты выполнены с помощью лицензионного статистического пакета программы Statistica for Windows 6,0. При нормальном распределении количественных показателей использовали среднее арифметическое (М) и стандартное отклонение (SD). Качественные показатели определяли в абсолютных и относительных (%) величинах. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Анализ медицинской документации показал, что из всех потупивших за 7 месяцев пациенток у 495 (42,6%) имела место подтверждённая НКВИ. У этих женщин был положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот или антигена SARS-CoV-2 с использованием иммунохроматографического анализа вне зависимости от клинических проявлений, а также положительный результат на антитела класса IgA, IgM и/или IgG у пациенток с клинически подтверждённой инфекцией COVID-19. Причём если 281 (57,4%) беременная женщина заболела НКВИ и поступила в ковидный госпиталь в апреле-сентябре 2020 г., то 211 (42,6%) – только в течение октября 2020 г. Это свидетельствует о нарастании темпов распространения НКВИ COVID-19 у беременных женщин. Наиболее часто выявлялись среднетяжёлые – 193 (39%) и лёгкие – 165 (33,3%) формы течения НКВИ. В то же время у каждой 5-й беременной – 99 (20%) регистрировались тяжёлые формы, у 38 (7,7%) наблюдалось крайне тяжёлое течение НКВИ COVID-19. Полученные данные контраверсионны результатам исследований авторов, в которых указано, что беременные переносят НКВИ в лёгкой форме [7,8]. Однако следует отметить, что эти исследования относятся к раннему периоду пандемии НКВИ COVID-19 и выполнены на небольшом клиническом материале. Средний возраст беременных женщин с подтверждённой НКВИ составил 28,5 (7,8) лет и не имел статистически значимых различий у пациенток с разными формами НКВИ. Следует отметить позднее обращение за медицинской помощью (позже 72 часов) у всех беременных женщин с тяжёлым и крайне тяжёлым течением НКВИ.

Таким образом, у беременных женщин НКВИ COVID-19 может протекать в различных формах от лёгкой до крайне тяжёлой, преобладают среднетяжёлые формы, у каждой третьей имеет место лёгкое течение НКВИ COVID-19, у каждой пятой – тяжёлое течение, у 7,7% - крайне тяжёлое течение.

Список литературы.

1. Белокриницкая Т.Е. Особенности течения COVID-19 у беременных Дальнего Востока и Сибири / Т.Е. Белокриницкая, Н.В. Артымук, О.С. Филиппов [и др.] // Проблемы репродукции. - 2020. - Т. 26, № 3. - С. 86-91.
2. Временный методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой короновирусной инфекции (Covid-19). Версия 9 (26.10.2020).
3. Калиматова, Д.М. Особенности течения беременности и родов при инфекции Covid-19 / Калиматова Д.М., Доброхотова Ю.Э. // Практическая медицина. - 2020. - Т. 18, № 2.- С.6-11.

4. Chen, N. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study / N. Chen, M. Zhou, X. Dong [et al.] // Lancet. - 2020.- Vol.395, № 10223.- P. 507-513.
5. Fan, C Perinatal transmission of Covid-19 associated SARS-COV-2 / C. Pan, D. Lei, C.Fang [et al.] // Clin. Infect. Dis.- 2020.- Vol. 16.- P. 2010-2016.
6. Liu, D. Pregnancy and perinatal outcomes of women with coronavirus disease (COVID-19) pneumonia: a preliminary analysis / D. Liu, L. Li, X. Wu [et al.] // Am. J. Roentgenol.- 2020.- Vol. 18.- P. 1-6.
7. Mathad, J.S. Pulmonary Infections in Pregnancy / J.S. Mathad, A. Gupta // Semin. Respir. Crit. Care Med.- 2017.- Vol. 38, № 2.- P. 174-184.
8. Yu, N. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study / N. Yu, W. Li, Q. Kang [et al.] // Lancet Infect. Dis.- 2020.- Vol. 20, № 5.- P. 559-564.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ ОБУЗ «КУРСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА» (КГКРД)

Гревцева Ю.П.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы перинатальной смертности определяется снижением репродуктивного потенциала и сохраняющейся в России депопуляцией – уменьшением рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизводства населения. [2] Важность этой проблемы была подчеркнута в указе президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации» от 17.05.2019 года Уровень и структура перинатальной смертности является одним из основных демографических показателей здоровья популяции и в то же время характеризует качество акушерской и неонатальной помощи. Целью исследования являлось изучение структуры перинатальной смертности по данным КГКРД с 2015-2019 года.

Материалы и методы; исследование проводилось на базе КГКРД. Был проведен ретроспективный анализ истории родов и истории новорожденных с 2015-2019 года.

Для перинатальной смертности с 2015 по 2019 год характерна волнообразная динамика показателей. Однако, отмечается резкое снижение показателей с 5‰, что соответствует 2018 году, до 1,99‰ – 2019 год. При оценке структуры перинатальной смертности отмечается тенденция к снижению, как и ранней неонатальной смертности, так и мертворождения. Мертворождаемость – это рождение такого плода, у которого отсутствуют признаки живорождения, при сроке беременности не менее 22 недель и массе плода не менее 500 грамм. [3] В структуре мертворождаемости доля антенатально погибших плодов (смерть плода во время беременности) уменьшается, хотя все равно остается на высоком уровне. Так в 2015 году показатель составил 9‰, 2016-2018 годы антенатальная гибель оставалась неизменной - 5‰, и лишь в 2019 году показатель удалось снизить до 3‰. Что касается интранатальной гибели (во время родов), то этот показатель с 2‰ в 2015 году снизился до нуля. Следовательно, снижение мертворождаемости в КГКРД происходит, в большей степени, в результате устранения случаев интранатальных потерь. В перинатальном периоде в Российской Федерации выделяют группы причин смерти, к ним относят – гемолитическую болезнь плода, внутриутробную инфекцию, врожденные пороки развития, антенатальная асфиксия [1]. В КГКРД преобладает смертность, связанная с антенатальной асфиксией, так для 2015 года характерно 11‰, для 2016 и 2017 - 5 ‰, 2018 - 7‰, 2019 - 3‰. Ранняя неонатальная смертность, отражающая смертность новорожденных

в первые 7 дней жизни, то есть в самый сложный адаптационный период жизни ребенка. Для более точного изучения структуры и причин смертности в это период детей делят на две группы – доношенные и недоношенные [3]. За период с 2015 по 2019 год смертность среди доношенных детей удалось снизить с 0,69‰ до нуля, однако резко повысились показатели для недоношенных детей. Связанно это с рождением и выхаживанием детей с экстремально низкой массой тела. Выводы. При анализе перинатальной смертности отмечается тенденция к снижению показателей, однако антенатальные потери все равно остаются на высоком уровне, что диктует необходимость совершенствования перинатальной помощи беременным женщинам, в том числе в условиях акушерского стационара. Первое место среди причин смертности в перинатальном периоде с 2015 года занимает антенатальная асфиксия, что требует более внимательного обследования пациенток. После достижения определенного уровня и структуры перинатальной смертности дальнейшее её снижение является чрезвычайно сложной задачей, так как для этого требуется внедрение в практическое здравоохранение дорогостоящих технологий и наличие в учреждениях родовспоможения и детства соответствующей аппаратуры и оснащения. [2,3]

Список литературы.

1. Коваленко, В.Л. Клинико- патологоанатомический анализ перинатальной смертности // Коваленко В.Л., Пастернак А.Е., Пастернак И.А. // Медицинская наука и образования Урала. - 2013. - Т.14., №4. - С.86-90.
2. Нацун, Л.Н. Снижение смертности детей в перинатальный период: актуальность задачи и территориальная специфика ситуации в России / Нацун Л.Н. // Проблемы развития территории. -2018. -№3. - С. 76-89.
3. Сорокина С.Э. Перинатальная смертность: основные причины и возможности её снижения Сорокина / С.Э. -М: Директ-Медиа, 2012. -434с. - ISBN: 978-5-4460-2737-8

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Григорян Д.В., Никогосян А.Р., Столяр И.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Хроническая венозная недостаточность диагностируется более чем у 50% беременных и занимает лидирующие позиции в структуре экстрагенитальной патологии. Наличие ХВН может приводить к возникновению плацентарной недостаточности, раннему излитию околоплодных вод, но наиболее опасным состоянием являются венозные тромбоэмболические осложнения, которые приводят к увеличению материнской смертности. Оценка выраженности ХВН производится по классификации СЕАР. Хирургические методы лечения во время беременности применяются крайне редко, чего нельзя сказать о компрессионном методе. Флеботропные препараты применяются лишь во II и III триместрах. Возникновение ХВН связано со сдавлением беременной маткой нижней полой и подвздошных вен, что приводит к стазу крови. Важнейшим этиологическим фактором также является увеличение концентрации прогестерона, который в свою очередь стимулирует дегенеративно-дистрофические процессы как в эластических, так и в коллагеновых волокнах, что в свою очередь приводит к снижению тонуса стенок вен и расширение венозного просвета. Увеличение ОЦК, замедление кровотока в нижних конечностях и формирование тромботических масс приводит к флебогипертензии, которая способствует развитию гипертензивного синдрома. Для исследования были изучены 40 случаев беременных пациенток, у которых до беременности наблюдалась ХВН С1. Средний

возраст пациенток составлял 25 лет. Все пациентки поделены на 2 группы. Первую группу составили 20 беременных, которые с целью профилактики прогрессирования ХВН получали компрессионную терапию нижних конечностей, а в III (при необходимости и во II) – диосмин 600 мг в сутки (Флебодиа-600). Вторую группу – составили 20 беременных, не получавших лечение в связи с несвоевременным обращением к врачу.

Было выяснено, что ухудшение состояния, увеличение тяжести ХВН по СЕАР с С1 до С2 в 1 группе наблюдалось у 10% женщин (2 пациентки). Во второй группе пациенток, которые не получали лечение, прогрессирование заболевания наблюдалось у 60% беременных (12 пациенток), причем из них С2 у 8 пациенток (40%), С3 – у 4 пациентки (20%). Ношение компрессионного белья и прием флеботропных препаратов (в III, при необходимости во II триместре беременности) улучшает течение и препятствует прогрессированию хронической венозной недостаточности у беременных.

Список литературы.

1. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. М.: ГЭОТАР Медиа; 2006. 25-211.
2. Омарова Х.М. Особенности плацентарного кровообращения у беременных с варикозной болезнью. Казанский медицинский журнал 2008; 15:482-484.
3. Sebire N.J., Talbert D. «Cor placental» placental intervillous/intravillous blood flow mismatch is the pathophysiological mechanism in severe intrauterine growth restriction due to uteroplacental disease. Med Hypotheses 2001; 57 (3): 354-357

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Гридина И. В., Данильян В. М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер

Фиброзно-кистозная мастопатия является наиболее часто встречающимся доброкачественным заболеванием молочных желез, которым страдают от 50 до 90% женщин. Мастопатия не является облигатным предраком, однако у этой категории больных частота возникновения рака в 3-5 раз выше, чем в общей популяции, а при пролиферативных ее формах риск возрастает в 10-30 раз и более. Успешное лечение ДДМЖ может способствовать профилактике рака молочных желез у женщин. Для консервативного лечения диффузных доброкачественных заболеваний молочных желез предложены разнообразные лекарственные (гормональные и негормональные) препараты, а также биологически активные добавки (БАД). К негормональным методам лечения относят коррекцию диеты, психологического состояния, нормализацию функционального состояния печени, пищеварительного тракта, применение мочегонных средств, препаратов, улучшающих кровоснабжение, иммунокорректоров, адаптогенов. В исследование были включены 97 женщин с доброкачественной дисплазией молочных желез, в возрасте от 17 до 62 лет (медиана составила 34 года). Из них 39 пациенток (40,2%) ранее не лечились, а 56 (57,7%) - получали различные виды консервативного лечения. Первичный осмотр женщин включал: изучение жалоб (боли в молочных железах, наличие уплотнений, выделения из сосков, втяжение сосков) и анамнеза, осмотр и пальпацию молочных желез, а также регионарных лимфоузлов. Всем пациенткам проводились общий анализ крови, УЗИ молочных желез до и после каждого курса лечения, маммография (женщинам старше 40 лет), гормонограмма и биопсия по показаниям. Так, срок давности заболевания МЖ составил от 2-3 дней до 360 недель (медиана 12 недель). У 28 (28,4%) женщин был

зарегистрирован вариант фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием фиброзного компонента, у 19 пациенток (19,6%) – с преобладанием кистозного компонента, 38 больных (39,3%) имели смешанную форму фиброзно-кистозной мастопатии, а у 12 (12,4%) – диагностирован аденоз. В клинике ДДМЖ преобладали жалобы на боль в МЖ (как связанную с менструальным циклом, так и не связанную) – у 71 женщины (73,2%); так же наблюдалось наличие опухоли – 39 (40,2%), уплотнение – 17 (17,5%), выделения из соска 14 (14,4%), вытяжение соска – 4 (4,1%), клинические проявления отсутствовали у 10 женщин (10,3%). Среди сопутствующей патологии 19 (19,59%) женщинами отмечалась артериальная гипотензия; у 18 (18,56%) в анамнезе имелся аднексит; доля прочих гинекологических заболеваний составила 18 случаев (18,5%), среди которых: эндометриоз – 3 (3,1%), кисты яичников – 9 (9,3%), миома матки – 5 (5,2%); а также было зарегистрировано 9 случаев (9,3%) патологии щитовидных желез и 9 случаев патологии нервной системы (9,3%). Соматический анамнез не был отягощен у 35 женщин (36,1%). Консервативное лечение наблюдаемых нами больных включало в себя: 1. «Бромкамфору» – 1 таблетка (250 мг) 3 раза в день, после еды. 2. «Витрум» – 1 таблетка в день, после еды. 3. «Йодид калия 200» – 200 мкг в день утром, после еды. 4. «Экстракт из корня элеутерококка» – 15-20 мл 3 раза в день. Препараты применялись в течение месяца, затем делался месячный перерыв в лечении, после чего лечение возобновлялось в прежнем режиме. Таким образом, один лечебный курс составлял 3 месяца. Субъективная и объективная оценка эффекта лечения осуществлялась после завершения каждого лечебного цикла. Субъективный эффект оценивался по степени уменьшения болевого синдрома и дискомфорта молочной железы. Объективный эффект мы сочли возможным оценивать по критериям системы RECIST 1.1, принятым в онкологической практике для оценки солидных опухолей, по которому:

- Положительный полный эффект заключался в исчезновении всех патологических очагов.
- Положительный частичный эффект выражался в уменьшении площади патологических образований более чем на 30%.
- Стабилизация процесса регистрировалась при уменьшении площади поражения до 30% или увеличении до 20%.
- Прогрессирование заболевания отмечалось при увеличении площади поражения более чем на 20% или появлении новых патологических очагов.

Положительный субъективный эффект (уменьшение отека молочной железы, выраженности болевого синдрома) отмечен у 61 женщины (62,9%, доверительные границы от 58,7% до 67,9%); 28 (28,9%, от 24,3% - до 33,5%) пациенток не заметили изменений; и лишь у 8 (8,3%, от 5,5% - до 11%) зарегистрировано ухудшение состояния. Положительный объективный эффект получен нами у 24 женщин (24,7%, от 11,6% - до 37,9%), из них полный – у 4 (4,1%, от 2,4% - до 6,1%), частичный – у 20 (20,6%, от 16,5% - до 24,7%) пациенток. Стабилизация процесса зарегистрирована у 58 (59,9%, от 54,8% - до 64,8%) больных. Прогрессирование заболевания выявлено у 15 (15,5%, от 11,8% - до 19,1%) женщин с ДДМЖ. Таким образом, применяемый нами вариант лечения ДДМЖ улучшает субъективное состояние большинства (62,9%) пациенток, в то время как положительный объективный эффект наблюдается у 24,7% женщин. У большинства женщин (59,9%) объективно была зарегистрирована стабилизация процесса. Исследования нами в этом направлении продолжаются.

Список литературы.

1. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. Радзинского В.Е. – М., 2010, - 304 с.
2. Андреева Е.Н., Хамошина М.Б. «Гиперпролактинемия и заболевания молочных желез», Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» № 1, 2010, с. 1-4
3. Высоцкая И.В., Летягин В.П., Лактионов К.П. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез (клинические рекомендации Российского

общества онкомаммологов) // Опухоли жен. репродук. системы., - Т.12, 2016, 10 с (в сокращении).

4. Диффузные доброкачественные заболевания молочной железы. Диагностика и лечение: руководство для врачей /Рожкова Н.И. и др./Под ред. Солодкого В.А., Рожковой Н.И. – М: Спец. Изд-во мед. КН., 2012. – 124 с.

5. Доброкачественные дисплазии молочных желез: патогенетический вектор лечения. Обзор исследований, клинические рекомендации: информационный бюллетень / Андреева Е.Н., Рожкова Н.И., Соколова Д.А. –М: Редакция журнала Status Praesens, 2016. – 24 с

6. Доброкачественные заболевания молочных желез/ Родионов В.В., Сметник А.А. / Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 90–100

7. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии // Гинекология. 2000. Т. 2, № 6. С. 201–204.

8. Ледина А.В., Прилепская В.Н. Мастодинон в лечении масталгии, возникшей при приеме комбинированных пероральных контрацептивов // Акуш. и гин. 2011. № 7/1. С. 63–68

9. Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Динамика клинических симптомов и коррекция антиоксидантной недостаточности у женщин с диффузной мастопатией при использовании препарата Мастодинон // Акуш. и гин. 2012. № 8/1. С. 56–59

10. Wuttke W. Et al. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing Agnus Castus // Geburtsh u Frauenheilk. 1997. Vol. 57. P. 569–574.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра акушерства и гинекологии

Послеродовые гнойно-септические осложнения занимают третье место среди причин материнской заболеваемости и смертности и составляют около 15%. Своевременная диагностика и научно обоснованное лечение принадлежат к важнейшим проблемам акушерства. Около 80% летальных исходов распространенных форм послеродовой инфекции обусловлены несвоевременной диагностикой, поздним хирургическим вмешательством, неадекватным объемом интенсивной терапии [1,2].

Цель исследования. Анализ эффективности методов диагностики и лечения ограниченных и генерализованных форм гнойно-септических осложнений по данным клинических материалов гинекологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения.

В открытое перспективное исследование включили 11 родильниц, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения с различными формами послеродовых гнойно-септических осложнений. Пациентки были разделены на две клинические группы. Первую клиническую группу составили 7 пациенток (63,6%), которым по данным полного клинико-лабораторного исследования был выставлен диагноз ограниченных форм послеродовых осложнений. Вторую клиническую группу составили 4 пациентки (36,4%) с генерализованными формами послеродовых осложнений. Все пациентки были обследованы согласно действующим приказам и протоколам министерства здравоохранения по гнойно-септическим осложнениям в послеродовом периоде. Состояние

всех рожениц с клиническими и лабораторными признаками воспалительного процесса было оценено комплексно в соответствии с критериями оценки синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) и по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Для определения достоверности полученных результатов использовали математико-статистические методы. Средний возраст пациенток первой группы составил $29,86 \pm 4,45$ (от 18 до 37 лет). Средний возраст пациенток второй клинической группы - $25,25 \pm 6,37$ (от 18 до 38 лет). Количество первородящих пациенток в первой группе составила 57%, во второй - 50% от общего количества. Количество повторнородящих пациенток в первой группе составила 43%, во второй - 50%. 3 пациентки (27,3%) были переведены из районов на III уровень оказания специализированной медицинской помощи на 1-5-е сутки послеродового периода, 5 пациенток (45,5%) - на 5-10 сутки и 3 (27,3%) на 10-14 сутки. При поступлении в гинекологическое отделение у 3 пациенток общее состояние по данным клинического и лабораторного исследования было расценено как тяжелое, а у 8 - как средней тяжести. В анамнезе у 1 пациентки (9,1%) - хронический пиелонефрит, у 4 пациенток (36,4%) - доброкачественная патология шейки матки, у 2 (18,2%) пациенток - хронический аднексит. У 7 пациенток (63,6%) гнойно-септические осложнения развились после родоразрешения путем операции кесарева сечения (у 3 пациенток в анамнезе уже было кесарево сечение). У 4 (36,4%) гнойно-септические осложнения развились после родов через естественные родовые пути. Кровопотеря после кесарева сечения составила 521 ± 43 мл, а после вагинальных родов - 147 ± 36 мл. Установлено, что у всех 11 родильниц, которые вошли в исследование, отмечалось повышение температуры: в I клинической группе - $38,15 \pm 0,65^\circ\text{C}$, во II группе - $38,8 \pm 0,93^\circ\text{C}$. Частота сердечных сокращений в I клинической группе составила $92,3 \pm 3,5$ уд/минуту, а во II клинической группе - $103,21 \pm 7,31$ уд/минуту. Показатели частоты дыхания в I клинической группе составили $17,35 \pm 1,2$ /минуту, а во II группе - $23,65 \pm 0,78$ /минуту. Оценивая лабораторные данные, уровень лейкоцитов в I клинической группе составил $9,06 \pm 3,01$, во II группе - $10,4 \pm 4,89$.

В результате полного клинико-лабораторного исследования: 7 родильницам из I клинической группы был выставлен диагноз послеродовой эндометрит. При этом у 1 пациентки на момент поступления в гинекологическое отделение был выставлен диагноз - пельвиоперитонит, который развился на фоне послеродового эндометрита. У 2 родильниц в результате полного клинико-лабораторного исследования диагностировано несостоятельность швов на матке после операции кесарева сечения, проведена гистерэктомия с маточными трубами. У 1 пациентки из этой группы несостоятельность швов на матке была диагностирована на фоне клиники послеродового эндометрита и нагноения послеродовой раны, также проведена гистерэктомия с маточными трубами. У 1 пациентки диагностирована гематома в области швов на матке после кесарева сечения, тазовые перитонеальные спайки. Проведена лапароскопия: адгезиолизис, дренирование, эвакуация, санация гематомы. 5 пациенткам была проведена вакуум-аспирация содержания полости матки. Всем пациенткам, поступившим в гинекологическое отделение, была проведена массивная антибактериальная, посиндромная терапия. Все родильницы после проведенного лечения выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

С целью своевременной диагностики гнойно-септических осложнений послеродового периода и симптомов полиорганной недостаточности состояние всех рожениц с клиническими и лабораторными признаками воспалительного процесса должно быть оценено комплексно в соответствии с критериями оценки синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) и по шкале SOFA. (Sequential Organ Failure Assessment). При получении объективных данных о септических осложнениях родильница в обязательном порядке подлежит срочному переводу в специализированные лечебные заведения III степени оказания специализированной медицинской помощи.

Список литературы.

1. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство / под. ред. Савельева В.С., Гельфанда Б.Р. 2-е изд. доп. – М.: «ООО Медицинское информационное агентство». – 2011. – 352 с. 2. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения) утв. Обществом акушерских анестезиологов-реаниматологов и Российским обществом акушеров-гинекологов 9, 10 января 2017 г. – М., 2017. – 59 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Частота бесплодного брака по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 15% до 20%. В последние годы широко используются вспомогательные репродуктивные технологии, при этом их эффективность остается всегда высокой. Методики вспомогательных репродуктивных технологий в большей степени приобретают свою эффективность за счет присутствия такого этапа лечения, как контролируемая стимуляция яичников. При этом известно, что при их использовании, предусматривающих контролируемую стимуляцию яичников, формируется недостаточность лютеиновой фазы [1]. Цель исследования. Изучить эффективность интравагинального использования микронизированного прогестерона для поддержки лютеиновой фазы у пациенток в программе вспомогательных репродуктивных технологий. В исследование было включено 90 женщин в возрасте от 25 до 35 лет, страдающих первичным или вторичным бесплодием. Все пациентки имели показания для проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий (в частности, экстракорпорального оплодотворения). Женщины разделены на две группы по 45 человек. Первая группа использовала для поддержки лютеиновой фазы в программе экстракорпорального оплодотворения микронизированный прогестерон с вагинальным путем введения, а вторая группа - использовала дидрогестерон.

Методы исследования пациенток, которые вступали в программу вспомогательных репродуктивных технологий, соответствовали действующим протоколам и приказам министерства здравоохранения. Общеклинические, биохимические методы (общий анализ крови и мочи, биохимия и коагулограмма крови, цитологическое исследование выделений, обследование пациенток на инфекции). Иммуноферментные методы для исследования гормонального профиля – антимюллеров гормон, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, пролактин, индекс свободного тестостерона, 17 – ОН прогестерон, кортизол по фазам менструального цикла. Инструментальные методы для оценки состояния здоровья пациенток - ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы. Математико-статистические методы - для определения достоверности полученных результатов. У пациенток обеих групп начинали поддержку лютеиновой фазы с 1-го дня после получения ооцитов и заканчивали на двенадцатой неделе беременности. Пациентки первой группы получали микронизированный прогестерон интравагинально в дозе 600 мг. А пациентки второй группы получали дидрогестерон - 40 мг.

В ходе исследования установлено, что наступление и пролонгирование беременности у женщин первой группы, которые использовали микронизированный прогестерон,

значительно превышала и составила 47% (21 пациентка) по сравнению со второй группой - 36% (16 пациенток). При использовании микронизованного прогестерона для поддержки лютеиновой фазы и пролонгации наступившей беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий наблюдалось повышение частоты наступления беременности. Данный факт свидетельствует о большей его эффективности по сравнению с дидрогестероном.

Список литературы.

1. Денисова В.М. Поддержка лютеиновой фазы цикла в программах вспомогательных репродуктивных технологий (обзор литературы) / В.М. Денисова, Э.В. Исакова, В.С. Корсак // Проблемы репродукции. – 2017. - №23 (2). С. 37-46.

ГИСТЕРЭКТОМИЯ ГИГАНТСКОЙ МИОМЫ МАТКИ

Ермакова А.А., Ермакова П.А., Удмаджуридзе М.Н.

Тюменский государственный медицинский университет

Миома матки – опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток миометрия. Это одна из наиболее распространенных форм доброкачественных опухолей, частота ее встречаемости у женщин старше 35 лет, по данным разных авторов, составляет примерно 70%. К гигантским миомам матки относятся опухоли массой более 10 кг. Максимальная масса описанной в литературе гигантской миомы – 63,3 кг [1]. Вероятность того, что лейомиома матки вырастет до экстремальных размеров, прежде чем вызвать симптомы, весьма значительна. Миомы гигантских размеров могут быть представлены как одиночной опухолью, так и конгломератом из множества опухолевых узлов.[2] Однако они могут быть опасными для жизни, если чрезмерное давление оказывается на легкие и другие смежные органы. Для получения хорошего результата после удаления необходимы соответствующее хирургическое вмешательство и тщательный периоперационный уход.

Цели исследования. Представить клинический случай диагностики и лечения миомы тела матки гигантских размеров. В работе использовались данные из клинической истории болезни пациентки ОКБ № 1 города Тюмени.

Выбор метода лечения миомы матки зависит от размеров опухоли, локализации узлов, клинической симптоматики, возраста пациентки и ее репродуктивных планов.

Методы лечения: консервативный, органосохраняющая операция, комбинированное использование медикаментозного и хирургического методов. Современной тенденцией в оперативной гинекологии является применение высокотехнологичных, малоинвазивных методов лечения. [3,4] К ним относятся: консервативная миомэктомия, эндоваскулярная билатеральная эмболизация маточных артерий (ЭМА), лапароскопический миолизис, ФУЗаблация миомы под контролем МРТ. Несмотря на существование различных методов консервативного лечения, остаются пациентки, которые длительное время не наблюдались у гинеколога, в результате чего им проводятся травматичные, обширные операции, грозящие тяжелыми осложнениями.[5] Пациентка Н. 45 лет 27.11.2019 поступила в ОКБ № 1, жалобами на одышку. При объективном осмотре рост женщины 161 см, масса тела – 90 кг, окружность талии 110 см. При бимануальном исследовании всю полость малого таза занимает опухоль до 60 см, плотная, неподвижная, безболезненная. Верхний полюс образования достигает мечевидного отростка. Известно, что миома матки у пациентки 2006 г., в 2007 году было предложено оперативное лечение по поводу большого размера миомы (более 20 недель), пациентка от операции отказалась. Последние 12 лет у гинеколога не наблюдалась, с 2019 года начала отмечает одышку, затруднение дыхания, частое мочеиспускание, в связи с чем обратилась в ЖК по месту жительства и в дальнейшем была направлена на оперативное лечение в ОКБ № 1. Из анамнеза: менструации с 14 лет,

нерегулярные. Была одна беременность, которая закончилась выкидышем. Отмечается ранняя менопауза в течение 6 лет. Соматические заболевания: хронический алкоголизм, цирроз печени, ГБ 1 ст., 2 ст., риск 3, ХСН 1, ФК 2, варикоз сосудов малого таза, анемия средней степени. Госпитализирована в гинекологическое отделение. Находилась в стационаре 13 дней. Была проведена операция: срединная лапаротомия, субтотальная гистерэктомия (ампутация матки) с придатками, во время которой был вылуцен гигантский перешеечный узел массой 10 кг, на котором распластан мочевого пузырь выше уровня пупочной области. Узел расположен забрюшинно, тело матки увеличено до 8 недель, узел исходил из передней стенки матки. Тело матки отсечено ниже уровня внутреннего зева, матка удалена с придатками. Кровопотеря составила 2000 мл. В ходе операции осложнений не было. В послеоперационном периоде проведена гемотрансфузия эритроцитарной массой в условиях отделения реанимации. Результаты гистологического исследования – лейомиома матки.

Выводы. Необходимо в проведение диспансерного наблюдения в женских консультациях за женщинами с диагнозом миома матки, проводить беседы о своевременных методах лечения, также о возможных осложнениях заболевания и рисках осложнений во время проведения операций при больших размерах опухоли. Необходимы разъяснительные беседы с пациентками о возможности малигнизации, риске перерождения миомы в саркому матки. Необходимо в проведение диспансерного наблюдения в женских консультациях за женщинами с диагнозом миома матки, проводить беседы о своевременных методах лечения, также о возможных осложнениях заболевания и рисках осложнений во время проведения операций при больших размерах опухоли. Необходимы разъяснительные беседы с пациентками о возможности малигнизации, риске перерождения миомы в саркому матки.

Список литературы.

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Савельевой Г. М., Сухих Г. Т., Серова В. Н., Радзинского В. Е., Манухина И. Б. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с. - (Серия "Национальные руководства").
2. Коваленко А.Н., Пустынников А.В., Максимова Н.А., Шевлюкова Т.П. Современные возможности профилактики и лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов // Университетская медицина Урала. - 2016. – Том 2, №2 (5). – С. 62-64.
3. Олина А.А., Садыкова Г.К., Ширинкина Е.В. Миома матки. Современные представления // Учеб. Пособие / Пермь, - 2018.
4. Arleo E. K., Schwartz P. E., Hui P., McCarthy S. Review of Leiomyoma Variants // Am. J. Roentgenol.– 2015.– Vol. 205.– № 4.– P. 912-921. 5. Patel B., Elguero S., Thakore S., Dahoud W., Bedaiwy M., Mesiano S. Role of nuclear progesterone receptor isoforms in uterine pathophysiology // Hum. Reprod. Update.– 2015.– Vol. 21, № 2.– P. 155-173.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Ермакова П.А., Ермакова А.А.

Тюменский государственный медицинский университет

В структуре экстрагенитальной патологии при гестации значимое место занимают хронические заболевания вен (ХЗВ). Эти заболевания диагностируются более чем у 25-30% беременных [3]. ХЗВ - гетерогенная группа нозологических состояний, проявления которой варьируют в широких пределах. Это могут быть телеангиэктазии, варикозное расширение

подкожных вен, отеки и нарушение трофики кожи в виде варикозной экземы, гиперпигментации (гемосидероза) и индурации (липодерматосклероза), а в тяжелых случаях появляются венозные язвы. Субъективные симптомы включают различной степени выраженности дискомфорт в нижних конечностях, который пациентки часто испытывают в виде ощущения отека, чувства тяжести, распирания, судорог и жжения, реже встречаются болевые ощущения [4]. У женщин существуют дополнительные факторы риска - более широкий таз с большим перегибом вен конечностей при впадении их в тазовые вены. У пациенток с ХЗВ нередко наблюдаются такие осложнения беременности, как гестозы, хроническая гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. В свою очередь варикозное расширение вен у беременных и родильниц может осложняться тромбофлебитом поверхностных и глубоких вен. Наличие ХЗВ во время беременности повышает вероятность развития плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, несвоевременного излития околоплодных вод и ряда других патологий гестации. Кроме того, при выраженном ХЗВ возрастает риск жизнеугрожающих венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). [1-2] Варикозная болезнь вен - это полиэтиологическое заболевание, этиологическим фактором которого, являются генетическая предрасположенность и гормональное влияние, характерные особенности образа жизни и трудовой деятельности. Варикозная трансформация подкожных вен отмечается появлением симптоматики венозного оттока с появлением «венозных» жалоб. Это боли в икроножных мышцах, по ходу варикозных вен, тяжесть, утомляемость к вечеру с уменьшением к утру, возникновение ночных судорог в икроножных мышцах, появление отеков в дистальных отделах конечности. Учитывая тот факт, что указанные выше симптомы не специфичные, они могут появляться при возникновении других патологических состояниях, важно убедиться, что симптомы связаны с заболеванием вен. [5]

Цель исследования: провести анализ коморбидных взаимосвязей между беременностью и хроническими заболеваниями вен. Было проведено клиническое обследование и анкетирование 148 беременных женщин на рутинном приёме в женской консультации. Преднамеренно разработанная анкета позволила выявить факторы риска развития ХЗВ, субъективные и объективные проявления ХЗВ, а также оценить некоторые факторы риска ВТЭО. В исследовании оценивалось лечение ХЗВ (если оно было назначено). Средний возраст обследованных женщин – 26 лет. Первая беременность была у 81,1% опрошенных, вторая — у 16,2%, третья — у 2,7%. При обследовании ХЗВ было обнаружено у 112 женщин (75,7%). Выявлены следующие ФР развития ХЗВ. В 25,9% случаев работа связана с поднятием тяжести, у 61,1% работа связана с длительным стоянием на ногах. Варикоз у ближайших родственников имелся у 30,4%, хронические запоры беспокоили 16,1%. Субъективные симптомы выявлены у 64%. Основным проявлением были тяжесть, напряжение в голенях по вечерам. 25,9% женщин использовали во время беременности компрессионный трикотаж. Варикозный синдром до настоящей беременности был у 86,5%. Расширенные вены существуют менее 5 лет у 89,2% беременных, а у 10,7% – более 5 лет. Появление отека голеней отмечались в 53,7% случаев; у женщин отеки появлялись в течение дня (этот факт позволяет исключить посттромботическую болезнь). 14,8% беременных отмечали изменение цвета кожных покровов в области появления отеков. Покраснение кожи и зуд в области голеней беспокоил 9,3% женщин. Сосудистые пятна на коже (бардового цвета ангиомы, не требующие терапии) обнаружены у 11,1% пациенток. Наиболее частая локализация измененных вен варикозными расширениями на голенях беременных – в 85,2% случаях. 14,8% — были расположены на голенях и бёдрах соответственно. В области лона, на животе, груди и других локализациях варикозных расширений вен не обнаружено.

Беременность является одним из факторов риска возникновения ХЗВ. Так, среди обследованных пациенток у 65,8% обнаружилось ХЗВ. У беременных с ХЗВ имеются

субъективные симптомы и объективные симптомы. Поэтому, врачам-клиницистам необходимо уделять особое внимание на развитие ХЗВ в период гестации.

Список литературы.

1. Бурлева Е.П., Обоскалова Т.А., Лещинская А.Ю., Онохина М.Е., Коваленко Е.Г. Опыт мультидисциплинарного ведения беременных с венозными тромбозами // Уральский медицинский журнал. – 2020.- №6 (189). – С. 26-33.

2. Иванов Е. В., Шевлюкова Т. П., Вальц И. А., Абукеримова А. К., Леонова С. М. Сосудистая патология вен у женщин в период гестации // Университетская медицина Урала. – 2018. – Том 4, №4 (15). – С. 10–12.

3. Падруль М.М., Галинова И.В., Олина А.А., Садыкова Г.К. Особенности стратификации риска преждевременных родов // Анализ риска здоровью. – 2020. - №1. – С. 165-176.

4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей (третья редакция) / Коллектив авторов // Флебология. – 2018. – №3. – С. 146–240.

5. Федотова Д.С., Зейналова Д.Э., Шевлюкова Т.П. Хронические заболевания вен как предикторы формирования акушерских осложнений // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. – 2020. - С. 152-155.

КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Кешвединова А.А.

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Проблема невынашивания беременности является одной из самых актуальных в акушерской и гинекологической практике. Исходя из статистических данных, частота этой патологии колеблется от 5 до 43%, значительная доля приходится на истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН), которая служит основной причиной самопроизвольных аборт и преждевременных родов во втором и третьем триместрах. Это негативно отражается на показателях рождаемости, инвалидности с детства. Также преждевременные роды приводят к перинатальной заболеваемости и смертности плода, по данным Всемирной организации здравоохранения за 2017 год, количество таких детей около 15 миллионов и продолжает расти. Это явление приводит к значительным экономическим затратам [1-2]. В настоящее время существует несколько методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности: консервативное (акушерский разгружающий пессарий, гормональная терапия) и хирургическое (серкляж) лечение [3].

Работа была выполнена на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Нами был проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни и обменных карт в период с января 2018 по январь 2020 года. Пациентки были разделены на две группы: 1-ая – исследуемая (60 женщин) – пациентки с истмико-цервикальной недостаточностью, 2-ая – контрольная (30 женщин) – пациентки без ИЦН, с беременностью и родами, протекающими без осложнений. Кроме этого в зависимости от выбранной тактики лечения пациенток первой группы дополнительно разделили на две подгруппы (по 30 женщин соответственно): «А» - коррекция ИЦН при помощи наложения серкляжа и применения пессария, «Б» - только пессарий. Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, врожденные пороки развития плода. Средний возраст пациенток $29,5 \pm 4,5$ года. Статистическую обработку проводили в

Microsoft Office Excel 2007, используя общепринятые статистические методы при $p < 0,05$.

В анамнезе: первая беременность: 1А - 13,3%, 1Б - 33,3%; 2 - 53,3%; вторая: 1А и 1Б - по 20%, 2 - 60%; третья и более: 1А - 66,7%, 1Б - 46,7%, 2 - 13,4%. Наличие в анамнезе родов - в 100% случаев во всех группах, аборт - в 100% в исследуемой и 16,6% в контрольной группе, выкидышей: 1А - 100%, 1Б - 43,3%, 2 - 23,3%. До коррекции ИЦН каждая пациентка в обеих подгруппах была госпитализирована с диагнозом «угроза прерывания беременности», «угроза преждевременных родов» более двух раз. Во время стационарного лечения беременные в обеих подгруппах получали: дротаверин 2,0 мл 2 раза в сутки, ипрожин 200 мг в сутки per vagina, проведена профилактика РДС плода дексаметазоном по схеме. Срок беременности при поступлении: 1А - 17 ± 1 неделя (при наложении серкляжа), 27 недель 3 дня $\pm$ 2 недели 4 дня (установка пессария), 1Б - 29 недель $\pm$ 2 недели 3 дня. Данные цервикометрии до вмешательства: 1А - $20,2 \pm 0,6$ мм (при наложении серкляжа), $24,6 \pm 0,4$ мм (установка пессария), 1Б - $21,8 \pm 2$ мм; в обеих подгруппах отмечается расширение цервикального канала от 10 мм в $42 \pm 2\%$ случаев. Данные цервикометрии после вмешательства: 1А - $32 \pm 2,2$ мм, 1Б - $30 \pm 1,1$ мм, цервикальный канал сомкнут в $86 \pm 4\%$ случаев. Ведущая жалоба: в обеих подгруппах $86 \pm 3\%$ тянущие боли внизу живота, выделения из половых путей. Во время беременности у пациенток подгруппы 1А диагностирован в 16,7% кандидоз, в 33,3% - вульвовагинит неспецифической этиологии (ВНЭ), в подгруппе 1Б - в 10% хламидиоз, в 20% ВНЭ. Роды естественным путем в сроке: 1А - 38 недель 3 дня $\pm$ 3 дня, 1Б - 37 недель 5 дней $\pm$ 2 дня; 2 - 39 недель 5 дней $\pm$ 6 дней завершились благоприятным исходом, без осложнений. Состояние новорожденного: оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте в обеих группах $8,8 \pm 0,5$ и 10 баллов соответственно. Масса: 1А - 2990 ± 120 гр, 1Б - 3050 ± 150 гр; 2 - 3230 ± 90 гр; рост - 1 «А» - $48,3 \pm 1,7$ см, «Б» - $49,15 \pm 1,5$ см; 2 - $50 \pm 1,3$ см. Ведущими причинами развития ИЦН является инфекция в 40%, а также наличие абортов в 100% и выкидышей в 71,6% случаев в анамнезе. Состояние новорожденных в обеих группах удовлетворительное. Наложение серкляжа и/или установка акушерского разгружающего пессария не приводит к осложнениям в течении родов, а также в 100% являются эффективными методами предотвращения развития преждевременных родов и самопроизвольных абортов и связанных с ними перинатальных потерь.

Список литературы.

1. Борисюк С.В., Симонов А.А., Федорова Н.Е., Тяпаева Я.В., Кутлубаева Э.Р. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности // Оренбургский медицинский вестник. 2015. №2 (10). С. 67-71.
2. Шалина Р.И. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2015. №1. С. 40-41.
3. Мамедалиева Н.М., Ким В.Д., Мустафазаде А.Т. и др. Истмико-цервикальная недостаточность: современные аспекты диагностики и тактики ведения (обзор литературы) // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2018. №2. С. 10-14.

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Кешвединова А.А.

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Эндометриоз представляет собой заболевание, характеризующиеся появлением эндометриодных очагов вне их типичной локализации. Выделяют генитальные (наружный

и внутренних) и экстрагенитальные формы эндометриоза. Раньше его можно было встретить у женщин в период менопаузы, сейчас наблюдается тенденция к «омоложению» заболевания [1]. Эндометриозные кисты яичников являются серьезной проблемой для женщин репродуктивного возраста, так как их наличие главным образом отражается на функционировании яичников и возможности к нормальному зачатию и вынашиванию плода. Медикаментозное и оперативное лечение являются основными, главная цель – максимально возможное сохранение тканей яичника, так как в большинстве случаев данные пациентки еще не реализовали свою репродуктивную функцию [2].

Провели ретроспективный анализ 25 историй болезни пациенток, проходящих хирургическое лечение на базе ГБУЗ РК «СКРД №2» за октябрь 2018 – январь 2019 года, среди которых по поводу эндометриозной кисты (группа исследования) было 10, а по поводу кист другой этиологии (группа контроля) 15 пациенток в возрасте 27 ± 2 года. Статистическую обработку провели в Microsoft Excel. В группе контроля все пациентки отрицали наличие вредных привычек. Менархе: с 11 до 16 лет (средний возраст 13,5 лет). Характеристика менструального цикла: у всех женщин регулярный, безболезненный. Цикл составил 28 дней у 10 (66,7%), более 28 – у 5 (33,3%) пациенток. Длительность менструаций у всех пациенток находилась в диапазоне 3-7 дней, выделения были умеренными. В анамнезе: от 1 до 6 беременностей, в среднем 3,2 беременности; от 1 до 3 родов (в среднем – 1,8); от 1 до 3 аборт, в среднем – 0,86. Во всех исследованных историях была односторонняя локализация кист: 8 (53,3%) случаев – левого яичника, в 7 (46,7%) – правого. У 4 (26,7%) пациенток кисты были выявлены при плановом ультразвуковом исследовании, размеры в среднем составили $47 \times 25 \times 40,3$ мм. У 10 (66,7%) женщин был выявлен разрыв кисты, проводился кульдоцентез. У 5 (33,3%) пациенток было проведено лапароскопическое вмешательство: у 1 (6,7%) была проведена односторонняя аднексэктомия; у 4 (26,7%) – резекция яичника, адгезиолизис. Установлена проходимость маточных труб. В группе исследования также все пациентки отрицали наличие вредных привычек. Менархе: с 13 до 17 лет (средний возраст 15 лет). Характеристика менструального цикла: регулярный в 8 (80%), нерегулярный в 2 (20%) случаях; болезненность наблюдалась у 3 (30%) женщин. В среднем, цикл составил 28 дней. Длительность менструаций у всех пациенток находилась в диапазоне 3-7 дней, выделения в 9 (90%) случаях были умеренными, в 1 (10%) – обильными. В анамнезе лишь у 2 (20%) пациенток были 2 беременности, у 1 (10%) – закончились родами. У всех пациенток превалировала односторонняя локализация эндометриозных кист: 7 (70%) случаев – левого яичника, в 3 (30%) – правого. У 6 (60%) пациенток они были выявлены при плановом ультразвуковом исследовании, размерами $33 \times 21,5 \times 26$ мм. У 2 (20%) пациенток эндометриозные кисты были диагностированы после комплексного обследования по поводу невозможности зачатия ребенка при регулярной половой жизни в течение 2,5 лет. У 2 (20%) женщин был выявлен разрыв эндометриозной кисты. Среди 5 (50%) случаев в анамнезе пациенток был эндометриоз брюшины, у 1 (10%) – наружный генитальный эндометриоз. У всех пациенток было проведено лапароскопическое вмешательство: у 7 (70%) была проведена цистэктомия, у 3 (30%) – резекция яичника; кроме этого у всех пациенток группы контроля были проведены хромосальпингоскопия и адгезиолизис. Установлена проходимость маточных труб. Левый яичник чаще поражается кистами в обеих группах. Эндометриозные кисты чаще обнаруживаются при прохождении планового УЗ-исследования, при проведении оперативного вмешательства обнаружен спаечный процесс в маточных трубах, послуживший предиктором длительной невозможности зачатия ребенка, особенно у пациенток с другими формами эндометриоза в анамнезе, в отличие от кист другой этиологии, репродуктивный анамнез таких пациенток указывал на наличие благоприятных исходов беременностей.

Список литературы.

1. Зулумян Т.Н. Эндометриоидные кисты яичников и бесплодие: пути преодоления // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2017. №3. С. 92-95.
2. Алексанова Е.М., Аксененко В.А., Пилавова О.М. Эндометриоидные кисты яичников на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Современные проблемы науки и образования. 2014. №3.

ДИСОНТОГЕНТИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кирякевич Л.О.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

К дисонтогенетическим кистозным образованиям внутренних половых органов относят параовариальные кисты (ПОК), которые формируются между листками широкой связки матки и паратубарные кисты (ПТК), формирующиеся в мезосальпинксе. Источником ПОК и ПТК становится мезотелий тазовой брюшины (68%) и парамезонефральные элементы (30%), реже – производные мезонефроса (2%). Пик заболеваемости ПОК и ПТК приходится на поздний репродуктивный возраст, эпидемиологические данные противоречивы, так как в большинстве случаев они остаются длительно нераспознанными и диагностируются как находка при проведении ультразвукового исследования или хирургического вмешательства. ПОК и ПТК в подавляющем большинстве случаев односторонние, с равной частотой встречаются и справа и слева, всегда однокамерные с прозрачным жидкостным содержимым. Стенка ПОК и ПТК представлена соединительной тканью и мышечными пучками. ПОК и ПТК мезотелиального происхождения выстланы кубовидным или уплощенным эпителием, парамезонефрального типа – секреторным реснитчатым цилиндрическим или кубовидным эпителием. Клиническое течение ПОК и ПТК чаще всего бессимптомное. По мере увеличения размеров ПОК происходит выпячивание одного из листков широкой связки матки и формируется «ножка», обеспечивающая возможность миграции образования за пределы малого таза. В состав такой ножки может входить маточная труба, а иногда и собственная связка яичника. ПОК (преимущественно мезотелиального происхождения) могут достигать гигантских размеров. Клинические проявления при ПОК и ПТК манифестируют при появлении компрессионного воздействия на соседние органы или при развитии ургентных ситуаций. Наиболее частым осложнением ПОК и ПТК является перекрут ее ножки. Значительно реже ПОК осложняются кровоизлиянием, разрывом капсулы (в т.ч. с прогрессирующим гемоперитонеумом) и инфицированием. Основным методом диагностики ПОК и ПТК является ультразвуковое исследование, при котором они визуализируются в виде однокамерных анэхогенных аваскулярных образований с гладкой внутренней поверхностью капсулы. Патогномоничной эхоосемиотикой для ПОК и ПТК является диссоциация с ипсилатеральным яичником и подвижность. Дооперационно ПОК и ПТК идентифицируют лишь в 30-44% случаев. При обнаружении кистозных образований в полости малого таза дифференциальную диагностику проводят с функциональными кистами яичников, серозными цистаденомами яичников, гидросальпинксом, перитонеальными кистами и кишечной дубликацией. ПОК и ПТК подлежат оперативному лечению, «золотым стандартом» которого признана видео-ассистированная трансумбиликальная цистэктомия. Показанием к открытой хирургии являются крупные размеры образований, спаечный процесс и подозрение на злокачественный характер новообразования. В доступной зарубежной и отечественной литературы представлены единичные клинические наблюдения ПОК и ПТК у детей и подростков.

Актуальность проблемы определяет высокая вероятность развития именно в детском и подростковом возрасте ургентных ситуаций, обусловленных перекрутом, в том числе с вовлечением придатков матки. Кроме того, опубликованы сообщения об истинных доброкачественных и злокачественных новообразованиях, развивающихся в паровариальных и паратубарных структурах. Приведем несколько примеров, доказывающих уникальность каждого случая наблюдения. Например, по данным испанского университетского госпиталя за 9 лет работы крупнейшего детского хирургического стационара зарегистрированы лишь 16 случаев рассматриваемой патологии среди детей от 9 до 14 лет. Мы встретили единственное сообщение о параовариальных кистах в неонатальном периоде — 3 случая среди 15 пациентов неонатального возраста, оперированных по поводу патологии придатков матки. Параовариальные образования, достигающие гигантских размеров у девочек-подростков представлены единичными случаями наблюдения как в зарубежной, так и в отечественной литературе. К уникальным осложненным случаям можно отнести нагноение двусторонних паратубарных кист. Цель. Изучить клинические особенности параовариальных и паратубарных кистозных образований внутренних половых органов среди пациенток многопрофильной педиатрической клиники. Проведен ретроспективный анализ 64-х историй болезни пациенток в возрасте от семи до 17 лет (средний возраст $15,13 \pm 0,5$ лет), прооперированных по поводу дисонтогенетических кистозных образований внутренних половых органов с патоморфологически подтвержденным диагнозом эмбриональная киста фаллопиевой трубы (МКБ-10 Q50.4) и эмбриональная киста широкой связки (МКБ-10 Q50.5). В структуре абдоминальной патологии внутренних половых органов, потребовавшей хирургического лечения, дисонтогенетические кистозные образования внутренних половых органов (ПОК и ПТК) составили 29,1%. В структуре дисонтогенетических кистозных образований внутренних половых органов чаще встречались ПОК ($n=49$; 76,6%), реже - ПТК ($n=15$; 23,8%). ПОК чаще локализовались слева ($n=28$; 57,1%), чем справа (38,8%) и лишь в 2-х случаях (4,1%) были билатеральными. ПТК практически с равной частотой локализовались как справа ($n=7$; 46,7%), так и слева ($n=6$; 40,0%) и в 2-х случаях (13,3%) имели двустороннюю локализацию. В большинстве случаев ($n=47$; 73,4%) ПОК и ПТК были выявлены случайно по данным плановой эхографии (профилактические осмотры или при проведении профильного обследования желудочно-кишечного тракта или мочевыделительной системы). В 26,6% случаев ПОК и ПТК диагностированы при обращении в экстренном порядке по поводу абдоминального болевого синдрома (18,4% при ПОК и в 53,3% при ПТК). В единичных случаях неосложненные формы ПОК и ПТК были выявлены при операции по поводу апоплексии яичника и острого аппендицита. В 87,5% случаев энуклеация ПОК и удаление ПТК были выполнены с использованием видеоэндоскопических технологий. Открытая хирургия (12,5% случаев) использована у пациенток с сочетанным перекрутом придатков матки и ПОК гигантских размеров. Перекрутом осложнились 14,2% ПОК и 46,7% ПТК. Среди случаев перекрутов ПОК в 14,3% он был изолированным, в 28,6% случаев — с вовлечением маточной трубы, с 57,1% случаев - с вовлечением яичника и маточной трубы. Среди случаев перекрутов ПТК 85,7% были изолированными, и 14,3% случаев — с вовлечением яичника и маточной трубы. Клинические случаи. Две пациентки 16-ти летнего возраста поступили в клинику в плановом порядке без жалоб по поводу обнаруженного по данным эхографии при прохождении медицинского профилактического осмотра объемное образование в брюшной полости. Обе девочки имели неотягощенный перинатальный анамнез, были соматически здоровы, имели своевременно начавшийся пубертат с клиническими проявлениями вторичной гипоталамической дисфункции, но регулярный менструальный цикл. Обе пациентки имели дисгармоничное физическое развитие, обусловленное ожирением (ИМТ 32,2кг/м² и 33,2кг/м²). За счет ожирения при физикальном осмотре получить данные об источнике объемного образования также не представлялось

возможным. По данным компьютерной томографии подтверждено наличие жидкостного не накапливающего контраст образования, занимающего практически всю брюшную полость с вероятностью исходящего из малого таза. В первом случае интраоперационно верифицирована параовариальная киста справа объемом 4,5 литра. Во втором случае – параовариальная киста была локализована также справа и достигала объема 9,5 литров. В обоих случаях выполнена энуклеация параовариальных кист. Течение послеоперационного периода без осложнений. Контрольная эхография показала отсутствие структурных изменений со стороны внутренних половых органов. Третий клинический случай связан с пациенткой 16-ти лет, поступившей по линии скорой медицинской помощи с жалобами на боль в нижних отделах живота. От момента манифестации абдоминального болевого синдрома до обращения в лечебное учреждение прошло 3 суток. К сожалению, имела место наиболее частая причина поздних обращений среди пациенток с абдоминальной болью – появившуюся боль в животе пытались самостоятельно купировать спазмолитиками и лишь при нарастании ее интенсивности и появлении диспептических нарушений обратились за медицинской помощью. Девочка с неотягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом, гармоничным физическим развитием. Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет болевого синдрома. По данным физикального осмотра болезненная в нижних отделах пальпация живота не сопровождалась напряжением мышц передней брюшной стенки. При ректоабдоминальном осмотре в области придатков матки с обеих сторон пальпировались резко болезненные образования округлой формы. Интраоперационно диагностированы двусторонние параовариальные кисты объемом 400мл справа и 250мл слева, осложнившиеся перекрутом с вовлечением яичников. Слева яичник признан жизнеспособным, выполнено деторсио, справа яичник признан нежизнеспособным, что потребовало выполнения оофорэктомии. На разрезе ткань яичника тотально имбибирована, с участками деструкции. Параовариальные кисты энуклеированы. Некротические изменения овариальной ткани в дальнейшем были подтверждены патоморфологически. В доступной литературе мы встретили лишь одно сообщение о двусторонних параовариальных кистах, осложнившихся справа – кровоизлиянием, слева – перекрутом с левым яичником у пациентки подросткового возраста. Параовариальные и паратубарные кистозные образования внутренних половых органов, редко встречаются в педиатрической практике; при длительном бессимптомном течении способны достигать гигантских размеров и за счет подвижности широкой связки мигрировать за пределы малого таза; могут стать причиной развития ургентных ситуаций, наиболее частый из которых – перекрут, в том числе с вовлечением придатков матки. Предотвратить развитие описанного неблагоприятного сценария, в том числе с органоуносящим исходом, на наш взгляд возможно при проведении ультразвуковых скрининговых исследований и формировании настороженности у врачей любого профиля, соблюдении междисциплинарного подхода к дифференциальной диагностике при абдоминальном болевом синдроме у юных пациенток. Это позволит предотвратить потенциально возможные разрушительные осложнения, использовать минимально инвазивные органосохраняющие технологии оперативного лечения и сохранит репродуктивный потенциал.

Список литературы.

1. Bosnali O, Moralioglu S, Cerrah-Celayir A. Occurrence of paratubal cysts in childhood: An analysis of 26 cases. Turk J Pediatr. 2016;58(3):266-270.
2. Saxena AK, Petnehazy T, Schalamon J, Höllwarth ME. Giant parovarian cyst in adolescent female: presentation and laparoscopic management. Eur J Pediatr. 2008 Apr;167(4):487-8.
3. Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Салопенкова А.Б. Параовариальная киста больших размеров // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2017;16(1):131-134.

4. Benkirane S, Alaoui FF, Chaara H, Bougern H, Melhouf MA. Twisted paratubal cyst: report of a rare case of difficult diagnosis. Pan Afr Med J. 2014 Sep 10;19:25.
5. Upadhyaya M, Cusick E. Bilateral inflamed paratubal cysts. J Surg Case Rep. 2012 Sep 1;2012(9):12.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИНЫ КАК ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Коломеец А. М.

Дальневосточный государственный медицинский университет

В наше время все больше внимания уделяется психоэмоциональному состоянию женщины во время беременности, его влиянию на ее здоровье и на плод в целом [1,2]. Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Очень часто изменения психоэмоционального фона во время беременности приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств, что может привести к нарушению пищевого поведения. Женщина может начать «заедать» свой стресс [3]. Помимо этого, многие придерживаются психологических убеждений в том, что теперь нужно кушать за двоих. Для реализации поставленной цели нами были разработаны анкеты, адаптированные для опроса беременных женщин. Анкетирование женщин было проведено на базе КГБУЗ «Родильный дом № 1» г. Хабаровска на приемах в женской консультации, у пациенток с плановой госпитализацией в предродовое отделение и в отделении патологии беременности. Анкета-опросник состояла из несколько блоков. Первый блок представлял собой опрос о социальном положении, количестве беременностей и родов, вопросов о настоящей беременности. Второй блок содержал вопросы, для определения общего соматического состояния (рост, вес до беременности и в текущий момент, срок гестации, наличие экстрагенитальной патологии, нарушения пищевого поведения). Третий блок из общей анкеты представлял собой вопросы госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.), которая специально разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Четвертый блок созданной анкеты содержал голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), который позволяет выявить тип пищевого поведения. Перед проведением анкетирования все респондентки заполняли обязательное добровольное информированное согласие на участие. Всего приняли участие 124 беременных женщины КГБУЗ «Родильного дома № 1» г. Хабаровска. Все полученные нами данные были подвергнуты статистической обработке с расчетом коэффициента Хи-квадрат и статистической значимости «р». Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05.

В добровольном анкетировании приняли участие 124 беременных женщины Родильного дома № 1 г. Хабаровска, из них 23 (18,5%) беременных на сроках I триместра, 38 (30,6%) опрошенных - в течение II триместра, 63 (50,9%) женщин - на разных сроках в III триместре беременности. В нашей совокупности беременных женщин с лишней прибавкой веса было 97 (78,3%) человек, женщин с нормальной прибавкой веса было 27 (21,7%) человек. По срокам беременности получили следующее распределение: в I триместре 15 (12,09%) беременных женщин были выявлены с лишней прибавкой веса, во II триместре у 35 (28,2%) респонденток была обнаружена лишняя прибавка в весе, в III триместре с чрезмерной прибавкой веса было 47 (38,08%) человек [4,5]. Статистическая проверка данных показала, что среди всех респондентов, встречаемость женщин с лишним

набором веса в разный период беременности была значительно чаще ($p=0,01$). По результатам обработки вопросов шкалы HADS получили, что у 48 (38,7%) всех респондентов имеются признаки тревоги, у 49 (39,2%) наблюдаются характерные черты депрессии. Дальнейший анализ показал, что у многих женщин есть совокупность признаков и тревоги, и депрессии. Субклинически выраженная тревога и депрессия была выявлена у 53 (42,7%), а у 38,8% имеются клинически выраженная тревога и депрессия. Проверка данных показала, что статистически значимо чаще в нашей совокупности встречались женщины с различной степенью выраженной тревоги и /или депрессии ($p=0,01$). Результаты шкалы HADS респонденток с лишним набором $n=97$ показали, что у 50 (59,1%) выявлены признаки тревоги, у 54 (55,7%) имеются явные симптомы депрессии. Субклинические признаки и тревоги, и депрессии наблюдаются у 30 (31,9%), клиническая совокупность обоих факторов составила 48 (49,6%). Анализ опросника DEBQ, который определяет нарушения пищевого поведения, показал нарушения у 103 (83,06%) респонденток. Статистически значимо чаще встречались беременные женщины с нарушением пищевого поведения ($p=0,01$). Анализ данной группы показал, что в эту совокупность беременных женщин входили 97 (78,3%) респонденток, у которых определился набор лишнего веса во время беременности.

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы, в ходе нашей работы мы провели информативное анкетирование по разработанной нами анкете. В результате обработки данных получили следующие результаты: больше двух трети пациенток имеют проявления клинической или субклинической депрессии или тревоги, при этом, чтобы избавить свой организм от психоэмоционального перенапряжения они меняют свое пищевое поведение, что в конечном итоге привело у 97 (78,3%) беременных женщин к набору лишнего веса. Исходя из преобладания респонденток с депрессивным или тревожным синдромами, одной из важных рекомендаций будет введение в штат родовспомогательных учреждений (родильных домов, женских консультаций) врача психолога. Данный специалист сможет на этапе прегравидарной подготовки, а также на протяжении всей беременности наблюдать за психологическим состоянием женщины на основании оценки ее исходного психоэмоционального состояния и его изменения в динамике. Подобные консультации помогут избежать пренатальной и постнатальной депрессии, других тревожных состояний при беременности и в послеродовом периоде. Именно наблюдение психолога сможет помочь женщине избежать набора лишнего веса во время беременности, что негативно может сказаться на ее соматическом состоянии и развитии осложнений гестационного периода.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации: Нормальная беременность, ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), 2019 г., с. 10-12
2. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IMY, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gains and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr.* 2015 Aug;18(12):2172–82
3. Пренатальная депрессия: риски и направления профилактики, В. А. Якупова, Д. А. Бухаленкова, ООО "Вопросы психологии" (Москва), 2019 г., с. 1-2
4. Частота ожирения среди беременных/ Фролова Е.Р.// Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. 5. Прегравидарная подготовка: клинический протокол / [авт.-сост. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016 г., с. 32-41
5. Monteiro J.P., Wise C., et al. Methylation potential associated with diet, genotype, protein, and metabolite levels in the Delta Obesity Vitamin Study. *Genes & nutrition.* - 2014. - Vol. 9. - №3. - P. 403

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Комлева М.О.

Оренбургский государственный медицинский университет

Настоящее здоровье нации определяется здоровьем лиц фертильного возраста, будущее страны – здоровьем детей и подростков. В последние десятилетия усилился интерес к ювенологии, поскольку именно с подростками обоего пола связана надежда на улучшение качества здоровья ближайших поколений. От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависят жизненные планы, в т.ч. профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей. Концепция демографической политики в нашей стране подразумевает обеспечение и сохранение здоровья детей и подростков, как одно из наиболее значимых перспективных вкладов в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества. Социально-экономические изменения в России обусловили сложную медико-демографическую ситуацию, устойчивый характер ухудшения состояния здоровья населения [2]. Актуальной проблемой остается ухудшение состояния репродуктивного здоровья девушек-подростков, а именно частота нарушений менструального цикла (НМЦ) [1,2]. По статистическим данным в Российской Федерации заболеваемость расстройствами менструации увеличилась: с 1230,1 на 100 тыс. женского населения в 2005 году до 1516,8 и 1556,7 – в 2017 и 2018 годах соответственно. В этой связи важное значение приобретает адекватная оценка состояния здоровья женского населения, структуры гинекологической заболеваемости, в частности изучение проблемы нарушений менструальной функции у девушек-подростков.

Цель исследования: изучение структуры гинекологических заболеваний среди девушек подростков 15-17 полных лет, проживающих на территории Оренбургской области.

В исследовании проведен ретроспективный анализ первичной гинекологической заболеваемости девушек-подростков 15-17 полных лет, по данным ежегодных отчетов гинекологов детского и юношеского возраста за 2010-2018 годы по формам, утвержденным МЗ РФ для определения первичной гинекологической заболеваемости девушек-подростков на территории Оренбургской области методом ретроспективного анализа путем сплошного статистического изучения частоты гинекологической патологии. За период 2010–2018 гг. среднемноголетний показатель первичной гинекологической заболеваемости у девочек-подростков в Оренбургской области составил 90,56‰. Ее максимальный уровень – 101,05‰ зафиксирован в 2014 году, минимальный – 81,43‰ в 2016 году. Оренбургская область условно разделена на Восточное, Западное и Центральное Оренбуржье. При сравнении уровня гинекологической заболеваемости среди девушек-подростков 15-17 лет в период с 2010 по 2018 годы было выявлено, что средние уровни заболеваемости различались в каждой территории в разные годы. В то же время, гинекологическая заболеваемость, выявленная в 2012, 2014 и 2018 годах была примерно на одном уровне в трех зонах. Показано, что значимую долю среди гинекологической патологии составляют воспалительные заболевания (28,8%). В то время как диагноз кисты яичников устанавливался у 5% пациенток, задержка полового развития у 3% девушек. Установлено, что особое место в структуре первичной гинекологической патологии у девушек на территории Оренбургской области занимают НМЦ, которые включают в себя олигоменорею, вторичную аменорею, меноррагию и состояния, связанные с менструальным циклом (дисменорея и предменструальный синдром). При сравнении показателей заболеваемости расстройствами менструации у девушек-подростков по Оренбургской области с данными по Российской Федерации было установлено, что в обоих случаях имеет место тенденция к увеличению заболеваемости указанной патологией с 2012

по 2015 годы: от 31,78‰ и 46,16‰ до 56,51‰ и 54,16‰ на территории Оренбуржья и России соответственно. Стоит отметить, что в 2011 и 2015 годах заболеваемость РМ девушек-подростков в Оренбургской области была выше аналогичной патологии по Российской Федерации. Частота НМЦ за 2010–2018 годы в Оренбургской области составила 63,15%, то есть проблема касается практически 2/3 девушек. Было установлено, что по характеру нарушений менструального цикла у пациенток преобладает олигоменорея и составляет 66,9%. Меноррагии или дисфункциональные маточные кровотечения пубертатного периода регистрировались у 10% юных пациенток. Вторичная аменорея встречалась у 5,2% пациенток с нарушениями менструального цикла. Среди состояний, связанных с менструальным циклом у девушек-подростков чаще встречается дисменорея

Таким образом, гинекологическая заболеваемость пациенток 15-17 лет имеет тенденцию к повышению, что сочетается с данными литературы. Лидирующей гинекологической патологией у девушек, проживающих в Оренбуржье является нарушение менструального цикла. Во всех регионах Оренбургской области среди НМЦ у пациенток преобладают нарушения по типу олигоменореи. Сохранение репродуктивного здоровья юных пациенток невозможно без тщательной эпидемиологической проработки конкретных регионов проживания, определения прогноза как основы социально-медицинских программ по снижению частоты гинекологических заболеваний, в частности, нарушений менструального цикла.

Список литературы.

1. Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. Гинекология детского и подросткового возраста: руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 392 с.
2. Уварова Е.В., Буралкина Н.А. Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы) // Репродукт. здоровье детей и подростков, 2010. № 2. С. 12–31.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЮНЫХ

Кондратова Л.А, Елгина С.И.

ГБУЗ ККОД

В последнее время репродуктивное здоровье молодежи стало особенно актуально, в связи с вновь наметившейся неблагоприятной демографической ситуацией, снижением воспроизводства населения, ухудшением состояния здоровья детей и матерей. Всемирная организация здравоохранения считает: оптимальный детородный возраст – промежуток от двадцати до тридцати лет. В 2018 году в России женщины рожали первенца в среднем возрасте 28,7 года. На состояние здоровья матери и ребенка могут оказать неблагоприятное влияние, как роды до 18 лет, которые считаются ранними, так поздние – старше 35 лет. Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению. Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений, как для матери, так и для плода. В последние годы проблема беременности и родов у юных женщин остается актуальной [1-4].

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 400 женщин в ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, «Областной перинатальный центр», г. Кемерово, за период с 2015 по 2018 гг. Основная группа включала 200 девушек младше 18 лет, контрольная – 200 девушек в возрасте 20-25 лет. Полученные данные обрабатывались с помощью программы Статистика 6.0, с использованием критерия Стьюдента. Во всех процедурах статистического анализа

критический уровень значимости p принимали равным 0,05. Возраст обследованных 1-ой группы находился в пределах от 14 лет до 18 лет, составляя в среднем $17,1 \pm 0,79$ лет. Средний возраст женщин 2-й группы составил – $23,3 \pm 1,44$ лет. 86 % женщины 2-ой группы состояли в официальном браке, в то время как подростки только в 13 % случаев. У девочек 1-ой группы отмечен более ранний возраст первой менструации ($p < 0,05$). Средний возраст менархе составил $12 \pm 0,69$ и $15 \pm 0,44$ лет соответственно ($p < 0,05$). Для группы юных женщин характерно более раннее начало половой жизни (средний возраст 14,2 года), для 2-ой группы – данный показатель оказался значительно выше (17,5 лет) ($p < 0,05$). Девушки-подростки в 98,5 % случаев не использовали методы контрацепции, в то время как во 2-ой группе не предохранялись лишь 22% ($p < 0,05$). Курящих женщину среди юных беременных было в 10 раз больше, чем среди женщин 20-25 лет ($p < 0,05$). Абсолютное большинство в 1-ой группе были первобеременные 96 %, в то время как во 2-ой группе первобеременными оказались лишь 64 % ($p < 0,05$). 2% юных беременных имели медицинские аборт, 2% - предшествующие роды, женщины 20-25 лет имели аборт в 18% случаев, 7% - выкидыши в анамнезе, 11% - предшествующие роды. Для юных беременных характерно более позднее обращение к врачу в связи с беременностью, средний срок первой явки - 23 недели, во 2-ой группе этот показатель в среднем - 7 недель. У девушек из 1-ой группы значительно реже встречалась экстрагенитальная патология - в 9% случаев против 34% ($p < 0,05$). Беременность у юных чаще осложнялась гестационным пиелонефритом и анемией ($p < 0,05$). Такие осложнения беременности как - рвота беременных, угроза прерывания реже встречались у юных ($p < 0,05$). Гестационный сахарный диабет в 15 раз чаще встречался в группе контроля ($p < 0,05$). Значимых различий в осложнении беременности (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия) у женщин двух групп не выявлено ($p > 0,05$), как и в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности ($p > 0,05$). У большинства пациенток в обеих группах роды произошли в доношенном сроке. Однако преждевременных родов достоверно чаще встречались в группе юных ($p < 0,05$). Течение родов у юных чаще осложнялось аномалия родовой деятельности ($p < 0,05$), однако травматизм встречался значительно реже ($p < 0,05$). Операция кесарева сечения так же чаще выполнялась у юных ($p < 0,05$). Значимых различий между весом, ростом, баллами по Апгар среди новорожденных, рожденных матерями разного возраста не выявлено.

Таким образом, осложнения беременности и родов чаще встречаются у юных женщин. Однако исходы родов для новорожденных не отличаются.

Список литературы.

1. Akoh, C.C. Prevalence and risk factors for infections in a pregnant adolescent population / Pressman EK, Cooper E, Queenan RA, Pillittere J, O'Brien KO. // J Pediatr Adolesc Gynecol. — 2017. —30(1) — С. 71-75.
2. Баринов С.В. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин подросткового возраста Омского региона/Пискалов А.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Дудкова Г.В., Островская О.В.// Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2018. —Т. 14, № 4. —С. 23–31.
3. Wu, W.Y. The growth and development of children born to adolescent mothers in Taiwan / Li CR, Kuo CP, Chiang YC, Lee MC. // Ital J Pediatr. —2016 —42(1)— С.80.
4. Елгина, С.И. Оценка репродуктивной системы и состояния овариального резерва у доношенных и недоношенных новорожденных девочек. /Ушакова Г.А., Никулина Е.Н. //Фундаментальна и клиническая медицина. — Кемерово, 2016. —1(3) —С.39-45.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ПОМОЩЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ПОМОЩЬЮ СИМПТОМЧЕКЕРА.

Кузнецова Я.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Несмотря на стремительное развитие и внедрение новых технологий во все отрасли, в медицине остаются своеобразные "бреши" - проблемы, для решения которых только разрабатываются новые решения. Одной из таких проблем является ранняя диагностика внематочной беременности. Эта патология хоть и не является одной из наиболее жизнеугрожающих, но тем не менее способна вызвать тяжелые осложнения, существенно нарушающие жизнедеятельность девушки. По статистике 1,2-1,7% беременностей - внематочные. Актуальность проблемы состоит в том, что очень много молодых девушек не подозревают о наличии у них внематочной беременности до того момента, когда разовьются тяжелые клинические проявления, что может закончиться нарушением репродуктивной функции и бесплодием. В связи с этим я совместно с компанией АО "Соцмедика" ИЦ Сколково разрабатываем и хотим внедрять новые методы, программы, технологии для наиболее ранней диагностики и, соответственно, наиболее раннего начала лечения девушек с внематочной беременностью. В процессе работы создается база знаний - основа для дальнейшей работы искусственного интеллекта. В результате работы создан симптомчекер - программа, направленная на раннюю диагностику внематочной беременности (предварительная диагностика - не является гарантией наличия или отсутствия ВБ, но может помочь вовремя заподозрить и обратиться за помощью в медицинское учреждение).

В итоге симптомчекер на основании собранной от пациентки информации высчитывает вероятность развития данной патологии у конкретной девушки, одновременно учитывая возможность наличия этих клинических признаков при других жизнеугрожающих патологиях, и в результате программа дает рекомендации в соответствии с рассчитанными рисками.

Список литературы.

1. Клинические протоколы МЗ РК - 2013, Внематочная беременность (О00.)
2. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство /Пер. с англ. под общей ред. Прилепской В.Н. - М.: Издательство БИНОМ, 2009. - 464с.
3. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии - 2-е издание, дополненное, М.: Мед.книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА. 2003 - 183с.
4. Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (протокол лечения). МЗ РФ 2017.

ОТЯГОЩЁННЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ И СОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Кухарчик Ю.В., Мосин О.В., Верховодко А. И., Жигимонт А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальной задачей современной гинекологии является сохранение репродуктивного здоровья женщин с ММ. Нескончаемые дискуссии на эту тему обусловлены ростом встречаемости патологии, отрицательным влиянием ММ на репродуктивную систему и общее состояние здоровья женщины [1, 2, 3]. Внимание к проблеме в Республике Беларусь

растет с каждым годом, что связано с ухудшением демографической обстановки в стране (естественная убыль населения составила 26 тысяч человек; коэффициент прироста – -2,8 на 1000 человек за 2018 год), увеличением числа женщин, откладывающих рождение ребенка на возраст старше 30 лет, а также с возрастанием риска потери желанной беременности, связанного с ММ [1, 2, 3, 4].

Цель работы. Изучить влияние экстрагенитальной, гинекологической патологии на возникновении миомы матки (ММ).

Проведено выборочное одномоментное исследование методом основного массива. Для формирования выборочных совокупностей применён способ «контрольных» групп. Группа исследования (I) – беременные с ММ (n=60), контрольная группа (II) – женщины (n=50) с отягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом. Критерии включения в исследование: ММ, выявленная впервые во время настоящей гестации; женщины, беременность которых протекала на фоне ММ; пациенты группы риска по невынашиванию беременности с ММ; отсутствие врожденных пороков развития у плода; одноплодная беременность. Критерии исключения: тяжелая соматическая патология; беременность после ВРТ; многоплодная беременность; инфекционные, гормональные и иммунологические причины невынашивания беременности в анамнезе. Распределение собранного материала осуществлено с соблюдением принципов типологического вида группировки.

Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием пакета прикладных стандартных компьютерных программ «Microsoft Excel», «Statistica 10.0». Согласно данным литературных источников, фибромиома наблюдается у каждой 4–5-й женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет [5,6], по некоторым данным, у 20–40% женщин репродуктивного возраста [7]. В зависимости от возраста заболеваемость изменяется следующим образом: 4% в возрастной группе 20–30 лет, 11–18% – 30–40 лет, 33–40% – 40–60 лет [8]. В ходе проведенного исследования получены данные, отличные от встречающихся в обзоре литературы [5, 6, 7, 8]. Установлено, что средний возраст женщин в I группе $33,2 \pm 3,5$ года, во II группе $31,4 \pm 2,9$ года. Изучено влияние сопутствующей патологии на течение миомы матки. Достоверной связи ММ с развитием гинекологических заболеваний не выявлено. В структуре гинекологических заболеваний I группы патологии шейки матки не выявлено, тогда, как во II группе в 12% случаев имело место наличие эрозии шейки матки. Основной патологией яичников являются кисты на их долю приходится в I группе 3,3% женщин, во II группе 6% случаев. Среди экстрагенитальной патологии преобладающими являются поражения щитовидной железы (15% и 12% в I и II группах соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (I группе 32% и 46% в I и II группах соответственно). Также встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта по 8% как в группе I, так и во II группе; патология мочевыделительной системы: 30% женщин I группы и в 26% случаях во II группе; нарушения со стороны органов зрения встречались у 28,3% пациентов I группы и у 32% беременных II группы; анемия легкой и средней степени тяжести имела место у 13,3% женщин I группы и 24% пациентов II группы.

Полученные результаты показывают, что для развития заболевания в организме должен сформироваться определенный отрицательный нейроэндокринный фон. То есть, экстрагенитальная патология в виде хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих протоков, обменно-эндокринных нарушений и другой патологии в достаточной степени оказывает влияние на развитие опухолевидных образований гениталий.

Список литературы.

1. Мукаева А. Ш. Особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с миомой матки при локализации плаценты в проекции миоматозных узлов: дис. канд. мед. наук: 14.00.01 / Мукаева А. Ш.; ГОУВПО "Московская медицинская академия". – Москва, 2006. – 180 с.

2. Миома матки / А.Л. Тихомиров [и др.] ; под. ред. Тихомирова А.Л.. – Москва: МИА, 2006. – 174 с.
3. Ходжаева А. С. Особенности инфицированности и иммунного ответа у больных миомой матки / Ходжаева А. С., Каримова Д. Ф. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2000. – № 4. – С. 32-34.
4. Беларусь вымирает, кроме западных и чернобыльских райцентров: появились данные Белстата за 2018 год // Reform.by [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа: <https://reform.by/belstat-ubyl-naselenia-2018>. – Дата доступа: 30.09.2020.
5. Адамян, Л.В. Современные аспекты лечения миомы матки / Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. // Медицинская кафедра. – 2003. – № 4. – С. 110–118.
6. Азиев, О.В. Использование задней кольпотомии при оперативной лапароскопии / Азиев О.В., Бугеренко А.Е., Иванова Н.В. // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 5. – С. 25–27.
7. Twelve-month safety and efficacy of low-dose mifepristone for uterine myomas / S.H. Eisinger [et al.] // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2005. – Vol. 12, № 3. – P. 227–233.
8. Evans, P. Georgetown university-providence hospital family practice residency program // Fam. Physicians. – 2007. – Vol. 75, № 10. – P. 1503-1508.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Латыпова Я.Р., Игнатьев П.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются самой частой эндокринной патологией, при этом среди женщин они распространены практически в 10 раз больше и манифестируют в молодом, детородном возрасте. Гормоны щитовидной железы оказывают разнообразное влияние на обмен веществ, рост, развитие и интеллект, влияют на половые железы и, тем самым, на течение беременности и родов [1, 2]. Любые расстройства функции щитовидной железы могут вызвать нарушения в работе репродуктивной системы женщины, а также несут риск развития патологических изменений со стороны плода. Цель исследования: анализ исходов родов у пациенток с заболеваниями щитовидной железы.

Ретроспективный анализ историй родов 592 родильниц, родоразрешенных на базе Областного перинатального центра ГАУЗ ООКБ № 2 в 2019 году.

В 2019 году родоразрешены 592 пациентки с заболеваниями ЩЖ (10,9 % от общего числа 5428 родов). Гипотериоз встречался у 80,9% рожениц, диффузный токсический зоб (ДТЗ) - у 2,2%, гиперплазия щитовидной железы - у 4,1%. С аутоиммунным тиреоидитом родоразрешались 8,8% пациенток, с тиреотоксикозом - 1,8%, с нетоксическим зобом - 0,3%, а с узловым зобом - 1,9%. Возрастные группы: до 20 лет – 8 (1,4%), 20-29 лет – 232 (39,2%), 30-39 – 308 (52%), старше 40 лет – 44 (7,4%). Первые роды предстояли 49,2% беременным, повторные роды – 50,8%. В 13,7% была беременность после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В 23,5% случаев заболевания щитовидной железы сочетались с гестационным сахарным диабетом. В 3,5% случаев беременность осложнилась умеренной преэклампсией, в 2,7% - тяжелой преэклампсией. У 3% пациенток беременность осложнилась фетоплацентарной недостаточностью. Преждевременные роды составили 9,6% случаев. Преждевременное излитие вод произошло у 34,6% беременных. Аномалии родовой деятельности встречались у 12,7% пациенток. Роды через естественные родовые пути проведены в 57,9% случаев, 38,9% родоразрешены операцией кесарева сечения (КС), в 3,2% были оперативные вагинальные роды. В 77,5% родов оценка новорожденного по

шкале Апгар составила более 7 баллов. Вес новорожденных: 24,7% с массой менее 3000 гр., 64,2% - с массой 3000 – 4000 гр., 11,1% случаев - 4000 гр. и более.

Заболеваниями щитовидной железы во время беременности страдают 10,9% женщин. В основном это женщины среднего репродуктивного возраста одинаково перво - и повторнородящие. Большинство родов протекает самостоятельно в сроке гестации 37-41 неделя. Благоприятному течению и завершению беременности, хорошим перинатальным исходам новорожденных способствует постоянный прием лекарственных препаратов, поддерживающих функцию щитовидной железы.

Список литературы.

1. Зайдиева Я. З. Беременность при заболеваниях щитовидной железы (обзор литературы) / Зайдиева Я.З. //Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 1. – №. 3. – С. 31-38.

2. Никонова Л. В. Заболевания щитовидной железы и беременность. Часть I. аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, тиреотоксикоз при беременности: современные принципы диагностики и лечения / Никонова Л.В. //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1. - С. 82-87.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Лещева М.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Ведение пациенток в гинекологическом стационаре с аутоиммунными заболеваниями, тяжелым отягощенным соматическим анамнезом, всегда вызывает затруднения в плане их ведения и лечения. при наборе гинекологических пациенток, которые имеют анемию, встретился интересный случай, где у пациентки в анамнезе имеется тромбоцитопеническая пурпура и ряд других тяжелых заболеваний.

В отделение гинекологии БУЗ ВО «ВГКПБСМП №1» г. Воронежа поступила девушка 22 года по скорой медицинской помощи с маточным кровотечением, в тяжелом состоянии. При гинекологическом опросе, менструация с 14 лет, нерегулярная, по 6-7 дней, через 30-40 дней, обильная, болезненная. Беременности у пациентки отсутствовали, половой жизнью не жила. По результатам проведенного УЗИ, патологии выявлено не было. Данная пациентка поступила в отделение с Hb (55 г/л), RBC (2,31 * 10¹²/л), ЦП (0,71), MCH (23,8 %), MCHC (203,7 г/л), CЖ (2,5 мкмоль/л), гематокрит (27%), PLT(56*10⁹/л), анизоцитоз - 3, пойкилоцитоз - 3. В ОАМ выявлен белок-0,066, лейкоциты в количестве 30-40, эритроциты 80-90. Из анамнеза жизни больной известно, что она - ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии, токсикоза I половины, гестоза II половины. Роды I, самостоятельные, срочные. Период новорожденности был без особенностей. В 3-х летнем возрасте у пациентки появились экхимозы, петехиальная сыпь на коже, тромбоцитопения, она была направлена на госпитализацию в ГКБ № 1 г. Воронежа, где был поставлен диагноз: Иммунная тромбоцитопеническая пурпура, проведена пульс-терапия преднизолоном 6 курсов. Тромбоцитопеническая пурпура - это аутоиммунное заболевание, которое характеризуется стойким снижением уровня тромбоцитов - клеток крови, участвующих в процессе тромбообразования. Вследствие иммунного конфликта образуются антитела, которые связываются с тромбоцитами и вызывают их преждевременное разрушение в особых тканях организма (ретикулоэндотелиальной системы), особенно в селезенке [1]. В 2009 году у пациентки произошло ювенильное маточное кровотечение, она по Скорой помощи поступила в гематологическое отделение, где в лечении использовали гемостатическую терапию, пульс-терапию метипредом 500 мг

№3, в конце 2009 года состояние пациентки стало ухудшаться, была госпитализирована в реанимационное отделение, в коме, на ИВЛ, где на фоне глубокой тромбоцитопении выявлено острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, вследствие которого развился тетрапарез. Периодически пациентка обследовалась в гематологическом, неврологическом, эндокринологическом отделениях. Вследствие такого отягощенного анамнеза, встает вопрос о том, как правильно лечить такую пациентку. Из-за того, что у пациентки нарушено тромбоцитарное звено гемостаза, оно влечет за собой развитие апластической анемии (тяжелой анемии, характеризующейся выраженным геморрагическим синдромом, панцитопенией, аплазией костного мозга). В условиях стационара девушке была проведена следующая терапия: транексам в/в, этамзилат в/м, свежезамороженная плазма в объеме 600 мл, эритроцитарная масса 720 мл, феррум лек внутрь, преднизолон. После проведенной терапии, уровень Hb поднялся (78 г/л), RBC ($2,8 \cdot 10^{12}/л$), ЦП(0,84), МСН (27,9%), МСНС (289 г/л), СЖ (2,9 мкмоль/л), PLT($56 \cdot 10^9/л$). Коагулограмма: протромбиновый индекс-100%, фибриноген-2,6 г/л, гематокрит - 27 %.

В условиях гинекологического стационара при маточных кровотечениях, возможно только применение гемостатической, гормональной терапии, препаратов железа, преимущественно в виде инъекций. Когда медикаментозное лечение неэффективно, то терапией выбора зачастую является спленэктомия [1].

Список литературы.

1. Авдошина М.С., Давыдкин И.Л., Куртов И.В., Берман Ю.О. Особенности состояния микроциркуляторного русла у больных иммунной тромбоцитопенической пурпурой / Авдошина М.С., Давыдкин И.Л., Куртов И.В., Берман Ю.О. // Эффективная фармакотерапия. 2013. № 24. С. 72-74.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЫ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

На сегодняшний день одним из самых распространенных нарушений репродуктивной сферы является бактериальный вагиноз (БВ) – неспецифическое невоспалительное заболевание, имеющее характерную микроскопическую картину и характеризующееся снижением или отсутствием лактобактерий и повышенным ростом анаэробной флоры. При БВ отмечаются характерные жалобы, сливкообразные, густые выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, реже жжение, проявления диспареунии. Диагностика бактериального вагиноза основана на оценке характера вагинальных выделений: сливкообразные, гомогенные, рН-метрии вагинального отделяемого ($>4,5$), выявлении «ключевых клеток» при микроскопии. При наличии трех из 4 критериев диагноз считается положительным. Не смотря на имеющиеся стандарты терапии, БВ отличается рецидивирующим течением, нарушает качество жизни женщины и является фактором риска осложненного течения беременности. В исследовании принимали участие 45 женщин с бактериальным вагинозом от 18 до 45 лет. Диагноз устанавливался на основании стандартного обследования пациентки с подозрением на БВ: микроскопического исследования, проведения амино-теста, рН-метрии, а также культурального микробиологического исследования. Пациентки получали стандартную терапию метронидазолом по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней. Результаты терапии оценивали через 2 недели от начала лечения путем повторения стандартного обследования и культурального микробиологического исследования. При изучении результатов микробиологического

исследования содержимого влагалища до лечения было выявлено значительное снижение титра лактобактерий у 66,42% пациенток, а в ряде случаев их полное отсутствие (у 8,89% пациенток). Нижняя граница нормы в количестве лактобацил в титре 10⁶ выявлены у 1 женщины. Отмечен рост кокковой и бациллярной условно-патогенной и транзиторной флоры.

После проведенного лечения, на основании изучения результатов микроскопического исследования содержимого влагалища выявлено, что у двух пациенток терапия бактериального вагиноза была неэффективной. У остальных 43-х женщин произошло снижение числа патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Отмечался незначительный рост количества лактобактерий у этих пациенток, так до нижней границы нормы увеличилось число лактобактерий у 11,11% пациенток. У 2,2% сохранялось отсутствие роста лактобактерий при микробиологическом исследовании, что говорит о недостаточной эффективности терапии БВ метронидазолом. Также у 11,11% женщин, пролеченных метронидазолом по окончании терапии, были выявлены элементы гриба рода *Candida*.

Таким образом, лечение бактериального вагиноза у женщин стандартной терапией метронидазолом показывает низкую микробиологическую и микроскопическую эффективность, а также появление грибковых инфекций на фоне проводимого лечения.

Список литературы.

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 15-16.
2. Артымук Н.В. Бактериальный вагиноз у беременных. - М.: Бином, 2019. - С. 23-24.
3. Дамиров М.М. Клинические нормы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 38-39.
4. Доброхотова Ю.Э. Инфекционные болезни у беременных. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 54-55.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКАХ И ЭНДОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ

Мусаева Я.В., Долаева Т.М., Долаева М.М.

Чеченский Государственный Университет

Привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщин подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в срок до 22 нед. В РФ количество самопроизвольных аборт увеличилось с 168,1 тыс. (2005) до 236,38 тыс. (2015), т.е. на 40%. [1] Среди общего количества самопроизвольных выкидышей на ранних сроках число возросло с 10–20 до 45–88,6 %. Высокая распространенность и частота самопроизвольного прерывания беременности определяют значимость этого осложнения в снижении репродуктивного потенциала населения России. [1,2]

Цель исследования: изучить эндокринологический статус, в первую очередь функцию яичников и эндометрия, у женщин с привычным выкидышем в анамнезе.

Нами были обследованы в динамике 162 женщины вне беременности, страдавшие привычным выкидышем в ранние сроки. С помощью гистеросальпингографии исключены внутриматочные сращения и пороки развития матки. Исследование функции яичников проводилось в динамике в течение 2 -3 менструальных циклов. Проведено кольпоцитологическое исследование и изучение симптома «зрачка». Использовалась полихромная окраска мазков с подсчетом кариопикнотического индекса (КПИ) и ацидофильного индекса (АИ).

В результате проведенного исследования у 142 женщин (87,6 %) была выявлена гипофункция яичников, характеризующаяся недостаточностью первой и второй или только

второй фазы цикла. Средняя величина КПИ у женщин с гипофункцией яичников в разных фазах менструального цикла была значительно ниже, чем у женщин с нормальной функцией яичников. Продолжительность подъема базальной температуры у женщин с гипофункцией яичников составила $10,06 \pm 0,8$ дня (у женщин с нормальной функцией яичников $12,5 \pm 0,4$ дня). Разница между показателями базальной температуры во второй и первой фазах менструального цикла составила $0,28 \pm 0,07^\circ$ (у женщин с нормальной функцией яичников $0,4 \pm 0,06^\circ$).

Следующим этапом обследования небеременных женщин, страдавших привычным выкидышем, является биопсия эндометрия. С помощью этого метода исследования можно уточнить функциональное состояние яичников и выявить изменения в самом эндометрии, играющие существенную роль в патогенезе привычного аборта.

Нами было произведено гистологическое и гистохимическое исследование у 55 женщин, с привычным выкидышем в анамнезе. У всех обследуемых больных эндометрий был в стадии секреции, но лишь у 10 женщин он был без отклонений от нормы. У 29% обследуемых эндометрий был с признаками очаговой нерезко выраженной морфологической и функциональной неполноценности: отсутствовала содружественная секреторная реакция желез и стромы, компактный слой слабо выражен, недоразвитие спиральных артерий. В железах с недостаточно выраженной секреторной реакцией было нарушено гликогенообразование, отмечалось снижение кислых мукополисахаридов, повышенное содержание РНК в железистом эпителии. У 32,7% обследованных отмечалась выраженная морфологическая и функциональная неполноценность эндометрия. Функциональный слой эндометрия был неравномерной толщины, отличался дезорганизацией и неправильной формой желез, наличием очагового фиброза стромы; спиральные артерии отсутствовали или были единичными. У 20% женщин эндометрий имел своеобразные особенности. Соскоб у таких женщин был небольшой или скудный, состоял из крови, обрывков фиброзной ткани, местами покрытых кубическим эпителием, обрывков поверхностного эпителия с небольшим количеством стромы без желез, а также небольших кусочков эндометрия с единичными железами. Толщина функционального слоя не превышала 1-2 мм, при этом те немногочисленные железы, которые имелись в эндометрии, давали выраженную секреторную реакцию без особых изменений в содержании гликогена, кислых мукополисахаридов и РНК.

Таким образом, у 45 из 55 женщин с сохраненным менструальным циклом были выявлены морфологические и функциональные изменения эндометрия. У большинства женщин возникновение указанных изменений можно объяснить повреждением эндометрия, а в частности, его рецепторного аппарата возникшим при искусственном прерывании беременности и повторном выскабливании по поводу последующих самопроизвольных выкидышей. Нельзя исключить и влияние и эндометрита, который нередко возникает после аборта. У некоторых женщин основной причиной неполноценности состояния эндометрия была гипофункция яичников.

Таким образом, при изучении эндометрия можно получить важные данные о причинах привычного выкидыша. Изменения эндометрия неблагоприятно отражаются на процессе имплантации, известно, что оплодотворенная яйцеклетка в период имплантации особенно чувствительна к нарушениям секреторных и ферментативных процессов в эндометрии. В наших исследованиях было проведено сопоставление изменений в эндометрии и в хорионе, и у одних и тех же женщин. Изучение ткани хориона при привычных выкидышах показало, что величина и форма ворсинок были подвержены большим изменениям, чем при нормальной беременности тех же сроков, отмечено уменьшение длины ворсин, уплотнение их стромы, дистрофия покровного эпителия, нередко некроз ворсин. Патологические изменения были обнаружены при привычных выкидышах и децидуальной оболочке (нарушения кровообращения, дистрофия, очаговые

некрозы). Выявленные изменения свидетельствуют о функциональной неполноценности хориона при привычном выкидыше.

Таким образом, патогенез привычных выкидышей сравнительно часто бывает обусловлен изменениями хориона эндометрия.

Список литературы.

1. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Титченко Л.И. и др. Ведение беременности у женщин с невынашиванием в анамнезе / Пособие для врачей МЗ МО. М., - 2017.С. - 24.

2. Сидельникова В.М., Сухих Г., Т. Невынашивание беременности. М.: МИА - 2018.С.- 536.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В 35 НЕДЕЛЬ ПРИ МИОМЕ МАТКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Наматян А.Б., Наматян Т.Б., Орлов А.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Миома матки – это доброкачественная, хорошо отграниченная и капсулированная опухоль. Развивается из гладкомышечных клеток шейки или тела матки [1]. Возникает у 20 - 40% женщин репродуктивного возраста, а к 45 годам встречается приблизительно у 70% пациенток [2]. Опухоли могут локализоваться в различных отделах матки, выделяют: интрамуральные; субмукозные; субсерозные; межсвязочные; шеечные; паразитарные. В последнее время, наиболее часто диагностируют субсерозно и интрамурально расположенные миоматозные узлы различных размеров [1]. По данным различных авторов, сочетание миомы матки и беременности колеблется от 0,5-11% случаев, в зависимости от триместра беременности и качества методов визуализации. При беременности старше 35 лет миома матки выявляется у каждой 5-й беременной [3,4]. Омоложения контингента с миомой матки и позднее планирование беременности приводит к тому, что каждым годом проблема становится все актуальнее как в России, так и за рубежом [5]. Чаще всего к осложнениям во время беременности при миоме матки относят: тромбоз вен таза, истмико – цервикальная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, вращение плаценты – и, как итог, плацентарная недостаточность с задержкой роста и развития плода. Также необходимо сказать, что у беременных на фоне миомы матки, появляются: признаки гипоксии (асфиксии) плода, фетоплацентарной недостаточности, а в худшем случае потеря беременности. Пациентка А., 30 лет, поступила в научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии в 05.12.2019 года с диагнозом: беременность 35 недель, миома матки. Из гинекологического анамнеза выявлено своевременное наступление менархе и регулярный менструальный цикл. Со слов пациентки данных о миоматозном узле матки отсутствуют.

При ультразвуковом исследовании плода дано следующее заключение: «Беременность 35 недель. Миома матки». При этом указана локализация и размеры миоматозного узла, его положение относительно полости матки. Как указано в описании, узел располагался субсерозно и исходил из дна матки, больше справа, достигая в размерах 22х16 см., не деформировал полость матки. Необходимо отметить, что размеры узла на данном гестационном сроке превышали размеры самой матки, соответствующей 35 неделям беременности. Данные клинических и биохимических параметров крови - в пределах нормы. В плановом порядке было произведено оперативное вмешательство в объеме Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Удаление миоматозного узла (узел с выраженными вторичными изменениями). Интраоперационная кровопотеря составила 900 мл. Полученный макропрепарат увеличен

за счет множественных (5) интерстициально - субсерозных миоматозных узлов, диаметр узлов от 2-4 см. Операционный материал был отправлен на гистологическое исследование. Послеоперационный период (ранний и поздний)- протекал без осложнений, проводилось общеукрепляющее лечение и антибиотикотерапия. Наличие миомы матки при беременности, не является приговором. Во время беременности необходимо следить за состоянием беременной и плода. При наличии миоматозного узла, следует выяснить размеры и локализацию узла, определить целесообразность сохранения беременности при миоме матки. Направить пациенток с миомой матки в многопрофильные специализированные учреждения (3 уровень родоразрешение).

Список литературы.

1. Клинические рекомендации – Миома матки // Министерство здравоохранения РФ. – 2016.
2. Mutch G. Fibroids of the uterus (Leiomyomas; Myomas) / David G. Mutch, MD // Washington University School of Medicine. – 2019
3. Рымашевский, А.Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миомой матки Рымашевский / А. Н., Самсонов А. Е., Терехина Л. А., Юдина Е. Д., Нечаюк В. И. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – vol. 11. – № (3). – pp. 49 – 51.
4. Ящук, А.Г. Оценка результатов одномоментной миомэктомии при кесаревом сечении / Ящук А.Г., Даутова Л.А., Тюрина А.А., Имельбаева А.Г. // Креативная хирургия и онкология. – 2018. - № (1). – pp. 45-51.
5. Расулова Г.Т. Клинический случай ведения беременности и родов при миоме матки / Расулова Г.Т., Турсунова Д.Т., Вахобова Ш.Х., Одинаева Ф.К. // Вестник Авиценны. – 2019. – vol. 21. – № (2). – pp. 343 – 346.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Носкова О.В., Чурилов А.А., Плахотников А.И., Пацкань С.И.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького кафедра акушерства и гинекологии

Функциональная незрелость организма в сочетании с отсутствием адекватных адаптационно-компенсаторных механизмов в юном возрасте детерминирует большое количество осложнений в течение беременности, родах и сопряженный с этим высокий риск перинатальных потерь. Частота родов за последние 20 лет имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов [1]. Для современного общества характерны сложные процессы трансформации института семьи и брака. На смену традиционных брачно-семейных отношений приходят альтернативные варианты. Отсутствие в обществе культуры подготовки молодежи к созданию семьи, трудности в построении взаимоотношений с окружающими, низкая самооценка, неуверенность в себе, сильная зависимость от окружающих, детерминирует большое количество осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних матерей. По данным современных авторов, основными причинами неудовлетворенности эмоционального состояния в этом возрасте являются: материальные трудности, жилищные проблемы, отсутствие понимания со стороны взрослых, выражающемся в полном неприятии беременности, накопившаяся усталость от домашних дел, неудовлетворенность своим внешним видом в связи беременностью [2]. Еще большее влияние оказывает

общество, считая беременность в этом возрасте результатом распущенности, проявлением асоциального поведения, при этом меньшая часть рассматривает беременность следствием незрелости, несформировавшимися установками в юном возрасте [3]. В основном новость о беременности не приносит положительных эмоций, а сопровождается чаще тревожными переживаниями, юные матери стараются как можно больше скрывать свою беременность, из-за боязни неодобрения и осуждения со стороны общества, что приводит к повышенной тревожности [4]. Этим частично можно объяснить столь частые осложнения беременности как угроза прерывания беременности, преждевременные роды и перинатальные потери. Целью исследования: изучить психологические особенности несовершеннолетних беременных и их влияние на течение беременности, родов и послеродового периода.

Материалы и методы исследования: всего обследовано 145 беременных женщин, в основную группу вошли 75 несовершеннолетних женщин и контрольную группу составили 70 женщин репродуктивного возраста (22-39 лет) на базе отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКТМО. Для оценки эмоционального состояния использован 8-цветовой тест Люшера, уровень тревожности с помощью методики Тейлора (в модификации Т.А. Немчина) и эмоциональная неустойчивость с помощью методики Айзенка. Все обследование проводилось в сроках от 12 до 40 недель. Статистическая обработка данных проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты и их обсуждение: Средний возраст беременных основной группы составил $15,5 \pm 0,8$ лет, контрольной группы $26,0 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). При анализе результатов теста Люшера, высокий уровень тревожности в основной группе был у 51 (68%) женщины в сравнении с основной у 23 (32,8%). Доминирующими эмоциональными нарушениями у беременных основной группы были: отсутствие силы воли, направленной на преодоление возникших трудностей и неспособность самостоятельно с ними справляться, высокий уровень зависимости от взрослых, постоянная потребность в поддержке с их стороны. При оценке уровня тревожности по Тейлору в основной группе преобладали очень высокий и высокий уровень тревожности у 33 (44%) и 13 (17,3%), низкий у 8 (10,6%) и средний уровень с тенденцией к высокому 12 (16%), средний с тенденцией к низкому у 9 (12%), при $p < 0,05$ а в основной группе преобладали низкий уровень в 53 (75,7%) случаях и средний уровень с тенденцией к высокому 7 (10%), средний с тенденцией к низкому у 10 (14,2%), $p > 0,05$. При оценке уровня невротизма по Айзенку высокий уровень значительно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста – 39 (52%) и 12 (17,1%, $p < 0,05$). Высокий уровень невротизма характеризует повышенную эмоциональную восприимчивость и раздражительность. Средний уровень невротизма в 21 (28%) случае и 23 (32,8%) в основной, при $p > 0,05$. Низкий и очень низкий уровни невротизма в основной группе у 8 (10,6%) и 7 (9,3%) женщин, а в основной группе 18 (25,7%) и 17 (24,2%), $p < 0,05$. Осложненное течение беременности отмечалось у – 56 (74,6%) родильниц основной и у – 27 (38,5%) контрольной группы. Лечение в условиях стационара по поводу угрозы прерывания беременности получала – 26 (34,6%) женщин основной группы, а в контрольной группе 17 (24,2%), наблюдавшихся в стационаре с той же патологией ($p < 0,05$). Токсикоз 1-й половины беременности – у 31 (41,3%), гестационный пиелонефрит у – 14 (18,6%), обострение хронического пиелонефрита у – 5 (6,6%), анемия у – 7 (9,3%). Поздний гестоз был выявлен в 3 раза чаще, чем у женщин контрольной группы в 32 (42,6%) случаях ($p < 0,01$). В контрольной группе ранний токсикоз наблюдался у – 24 (34,2%) пациенток. Течение беременности осложнилось поздним гестозом у – 11 (15,7%). Анемия во время беременности выявлена у – 3 (4,2%) женщин, что было в 2,5 раза реже, чем у пациенток основной группы ($p < 0,01$). Гестационный пиелонефрит был выявлен у – 9 (12,8%), обострение хронического пиелонефрита у – 5 (7,1%) пациенток контрольной группы. Срочными родами закончилась беременность у – 46 (61,3%) и у – 59 (84,2%) рожениц основной и контрольной группы соответственно. Преждевременные роды наблюдались – у 18 (24%) девочек-подростков, что было в 2 раза чаще, чем у женщин контрольной группы – 9 (12,8%). Запоздалые роды

отмечены в одинаковой частоте в 2-х группах. Патологические роды наблюдались у 17 (22,6%) пациенток основной группы. В контрольной группе роды были патологическими у 9 (12,8%) женщин.

Выводы: Юный возраст беременных достоверно чаще сопровождается высоким уровнем невротизма и тревожности, чем беременность у женщин репродуктивного возраста. Осложнения беременности, родов у несовершеннолетних происходят значительно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста.

Список литературы.

1. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2000; Москва

2. Окутнева С.В. Раннее материнство // Социология семьи. Гендерные исследования. 2009. №2, С. 32-40.

3. Можейко Л.Ф., Карпова Е.Г. Медицинские и социальные аспекты подростковой беременности // Мед.журн.2011. №4, С.23-31.

4. Можейко Л.Ф., Новикова Е.В. Клинические и социальные особенности у девочек-подростков, прерывающих беременность в ранние и поздние сроки гестации // Репродукт. здоровье в Беларуси. 2010. №3, С.48-53.

СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Нурханова Н.О., Саидова Ф.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Состав нормальной микробиоты влагалища чрезвычайно разнообразен и представлен аэробными, факультативно- и облигатно- анаэробными микроорганизмами [3]. У женщин репродуктивного возраста основными представителями нормальной микрофлоры влагалища являются лактобактерии, составляя при этом 95-98% всей вагинальной флоры. Общее число факультативных условно-патогенных бактерий в норме не должно превышать 2-5% от всей численности микроорганизмов биотопы влагалища [3]. Миома матки, как наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль репродуктивной системы занимает лидирующее положение в структуре невоспалительных заболеваний женской репродуктивной системы и составляет до 30% гинекологической [7]. По данным литературы оперативные вмешательства производимые при миомах матки составляют около 45% абдоминальных вмешательств в гинекологии [4, 6]. Послеоперационный период у 19-22% пациенток протекает неблагоприятно, наиболее часто при хирургическом лечении миомы матки возникают гнойно-септические осложнения, частота которых варьирует от 4 до 30% [2]. Как известно, микробная контаминация операционного поля является основной причиной развития инфекционно-воспалительных осложнений. Повышенный риск этих осложнений коррелирует с высокой концентрацией и вирулентностью контаминирующих бактерий [5]. При соблюдении правил асептики и антисептики, очевидно, наибольшее этиологическое значение в развитии послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений приобретают эндогенные источники патогенных микроорганизмов [1]. Следовательно, изменение состояния микрофлоры половых путей может непосредственно влиять на исход оперативного вмешательства. Подобное состояние вопроса диктует необходимость изучения состояния микрофлоры влагалища у женщин с миомой матки для профилактики инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений. Цель исследования: изучить состояние микрофлоры влагалища у женщин с миомой матки.

Нами обследовано 42 женщин в возрасте от 35 до 44 лет с диагностированной

миомой матки. При осмотре шейки матки и влагалища обращали внимание на наличие в заднем своде влагалища отделяемого, его количество, цвет, консистенцию, запах, проводили определение pH содержимого влагалища, аминный тест, микроскопическое исследование, окрашенных по Граму мазков. Нами выявлено повышение pH влагалищного содержимого в 56,7% и положительный аминный тест в 46,4% случаев. Микроскопическое исследование влагалищных мазков, окрашенных по Граму дало следующие результаты: в большинстве случаев лейкоциты были единичными и менее 10 в поле зрения (75,2%), эпителиальные клетки в умеренном (11,2%) и большом (48,3%) количествах. Характерные для бактериального вагиноза «ключевые» клетки (эпителиальные клетки, покрытые большим количеством адгезированных грамвариабельных микроорганизмов) обнаружены в 55,5% мазках. При качественной оценке микрофлоры выявлено, что грамотрицательные палочки доминировали в 62,8%, представители кокковой микрофлоры в 42,6%, грибы рода *Candida* в 20,3% мазках в виде почкующихся форм.

Таким образом, первичное обследование с использованием критериев Амсея и микроскопией влагалищных мазков по Граму показало, что 30% женщин не имели признаков нарушения микробиоценоза влагалища, тогда как у 70% женщин был выявлен БВ. У женщин с миомой матки в 75,2% случаев не выявлено лейкоцитарной реакции, что свидетельствует об отсутствии воспалительного процесса. Однако, при снижении числа лактобактерий ослабевает их протективная роль в сохранении нормомикробиоценоза влагалища, что проявляется доминированием условно-патогенной микрофлоры, и в последующем дисбиозом влагалища. Этот фактор может способствовать ухудшению течения послеоперационного периода. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после оперативного лечения миомы матки должна включать помимо учета состояния больной, наличия экстрагенитальной патологии и хронических заболеваний гениталий, госпитальных и интраоперационных факторов, также и состояние микробиоценоза влагалища, что требует разработки новых подходов к прогнозированию и профилактике послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений в гинекологии.

Список литературы.

1. Ашурова Н.Г. Роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки / Ашурова Н. Г., Рахматуллаева М. М., Наврузова Н. О. // Альманах молодой науки. – 2018. – №4. – С. 21-23.
2. Кедрова, А. Г. Опыт пред- и постоперационной антибиотикопрофилактики с учетом индивидуальных факторов риска гинекологических больных / Кедрова А. Г., Леваков С. А., Ванке Н. С. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2018. – № 14(1). – С. 86–90.
3. Рахматуллаева М. М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы / Рахматуллаева М. М.// Фарматека. – 2019. – Т. 26, № 6. – С. 79–83.
4. Akhmedov, F.K. Peculiarities of cardiac hemodynamic in pregnant women with mild preeclampsia / F.K. Akhmedov // European Science Review. – Austria, Vienna, 2015. – № 4-5 – С. 56–58.
5. Bobokulova, S.B. Initial manifestations constant septic diseases / S.B. Bobokulova, M.T. Hotamova // Новый день в медицине. – 2020. – № 1(29). – С. 180–182.
6. Lake, A.G. Surgical site infection after hysterectomy / A. G. Lake, A. M. McPencow, M. A. Dick-Biascoechea, D. K. Martin, E. A. Erekson // Am J Obstet Gynecol. – 2013. – № 209(5). – P. 490.
7. Young, H. Sustained reduction in surgical site infection after abdominal hysterectomy / H. Young, B. Knepper, C. Vigil, A. Miller, J. C. Carey, C. S. Price // Surg Infect. – 2013. – № 14(5). – P. 460–463.

АКУШЕРЫ-ГИНЕКОЛОГИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Оверченко А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Несмотря на все ужасы Великой Отечественной войны, тяжёлое положение страны и страх, присутствующий в каждой семье, мужество женщин отражалось в их решении становиться матерями. В этом им помогали советские акушеры-гинекологи, которым приходилось работать в очень тяжёлых условиях при дефиците материала, времени и сил. Но именно с помощью этих врачей даже в блокадном Ленинграде под стрельбу, вой сирен и грохот разрывающихся гранат в 1942 году на свет появилось почти 1000 детей. А в 1944 году их родилось в 2 раза больше – 2176.

Целью исследования является – изучение истории акушерства и гинекологии в годы Великой Отечественной Войны. Временные рамки исследования: в данном исследовании рассматривается период с 1941 по 1945 год. Источниками для данного исследования являются научная, художественная и документальная литература, публикации в журналах и газетах советского периода, современные учебники. Объект исследования – «история акушерства и гинекологии в период Великой Отечественной Войны».

Предмет исследования – становление развития акушерства и гинекологии в период ВОВ. Данная работа состоит из введения, методов исследования, основной части и заключения. В введении обосновывается актуальность темы исследования, ставится цель исследования. А также определяется объект и предмет исследования, выделяются временные рамки исследования. В основной части работы рассматривается развитие акушерства и гинекологии в военный период. Отдельно в блокадном Ленинграде. А также формирование военной гинекологии. В заключении находятся выводы по проделанной работе, анализ степени достижения цели и реализации задач исследования. В ходе работы использовались общенаучные методы исследования, такие как, анализ, синтез, статистический метод, обобщение. А также методы исторического исследования: историкогенетический, конкретно-исторический, хронологический, проблемноаналитический. С помощью этих методов, мне удалось найти правильный подход к изучению данной темы, обобщить полученные новые знания и сделать выводы.

Война коснулась физического здоровья и развития новорожденных, в следствии нарушения внутриутробного развития детей из-за недостаточного питания и стресса матерей. Например, в 1942 году средний вес новорожденных был ниже на 600-700 г., средний рост ниже на 2 см, окружность груди меньше на 1,5 см, окружность головы – на 1,3 см по сравнению с детьми, рождёнными в 1938-1940 годах. Что касается, самого процесса родов, то в 85% случаев роды вызвали ряд осложнений. Самым часто встречаемым осложнением при родах в военные годы была эклампсия. Эклампсия – это заболевание, которое может возникнуть во время беременности, родов или в послеродовой период, при котором артериальное давление достигает слишком высокого уровня, что является угрозой для жизни матери и ребёнка. Течение эклампсии во время родов было тяжёлым и с полной потерей сознания. К сожалению, в годы войны отмечалась и высокая мертворождаемость, в связи с тяжёлой окружающей обстановкой. Такая обстановка была причиной и смертности матерей. В Ленинграде умерли 8% матерей от общего числа родильниц. Основными причинами смерти были эклампсия, токсикоз беременности, кровоизлияния в мозг, дистрофия. Самыми тяжёлыми для акушеров-гинекологов были 1941 и 1942 годы. Когда врачам, помимо своей непростой медицинской деятельности, приходилось ещё и выполнять другую работу. Они доставляли издалека воду, кололи дрова, постоянно боролись с крысами, стирали вручную бельё, и самое главное, им очень часто, по несколько раз в сутки, приходилось переносить рожениц и новорожденных в бомбоубежище. Акушеры-гинекологи добились специального рациона для беременных женщин. Его суточный состав включал: крупы – 87 г, мясо и морепродукты – 60 г, сахар –

40 г, сгущённое молоко – 40 г, хлеб – 600 г, кефир – 0,5 л. Калорийность этого рациона составляла 2357, 9 ккал. Этого было недостаточно по данным профессора И. И. Богорова, который рекомендовал для беременных женщин 3500 ккал и добавления витаминов А, В, С, D, Е. Однако, в условиях войны и, тем более блокады, врачи не всегда могли обеспечить беременных и вышеупомянутым рационом на 2357, 9 ккал. Важно отметить, что в годы Великой Отечественной войны было сформировано понятие военной гинекологии. Это было связано по большей мере с массовым привлечением женщин в Красную Армию. Перед медицинской службой, которая не имела опыта в оказании гинекологической помощи в начале войны, возникали трудности. Их необходимо было решать сразу же. Проблемы были такого рода, как, например, какое самое подходящее использование женского труда, профилактика гинекологических заболеваний, проблемы условий быта в полевой обстановке и многое другое. Нехватка кадров военных гинекологов, отсутствие подготовки медицинской службы для оказания специализированной гинекологической помощи, отсутствие лекарств, инструментов, полных комплектов медицинского оборудования, очень затрудняло своевременное лечение и проведение лечебно-профилактических мероприятий, что привело к высокой численности гинекологических заболеваний в военный период. Осложнения многих заболеваний у женщин во время войны было в основном связано с отсутствием условий для поддержания личной гигиены, постоянными стрессами, отсутствием нормального питания. Погибших среди военнослужащих в военные годы от гинекологических заболеваний было 60,8%. Для сравнения, больных терапевтического профиля – 24,8%, раненных – 14,6%. Несмотря на большие трудности в организации медицинской помощи женщинам, эта проблема была успешно решена в Красной Армии. Очень серьёзного внимания заслуживают по-настоящему героические 900 дней блокадного Ленинграда. В условиях этой блокады врачам всех медицинских профилей, в том числе и гинекологам, приходилось сталкиваться с невероятными сложностями. Они решали проблемы очень высокого уровня, с которыми не приходилось встречаться ранее. Врачам блокадного Ленинграда, как и беременным женщинам было в разы тяжелее в условиях блокады, что приводило к увеличению численности заболеваемости и смертности. В этот период многие родовспомогательные заведения были преобразованы в госпитали. Например, Институт акушерства и гинекологии был перепрофилирован в госпиталь. А в здании клиники акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии размещалось хирургическое отделение эвакогоспиталя № 1117 Ленинградского фронта. Однако в блокадном Ленинграде продолжали работать родильные дома, хотя их число сократилось с 15 (на 1492 койки) в 1941 году до 6 (на 810 коек) в 1944 году. Проводя анализ работы акушеров-гинекологов в период блокады, главный акушер-гинеколог города К. К. Скробанский обращал внимание на то, что медицинский персонал прикладывал большие усилия для создания «хотя бы минимальных условий для акушерской работы: согреть воду и помещение, осветить палаты, дать женщине, только что родившей, горячую пищу». Хотя условия жизни и работы в городе, особенно в 1941-1942 гг. были очень тяжелыми, в осажденном Ленинграде в 1941-1944 гг. родилось 95 903 младенца, в том числе в условиях полной блокады — 78913 (2669 детей были мертворожденными). 1311 рожениц умерли из-за акушерской патологии. Говоря о проблемах, возникших во времена блокады в среде акушерства и гинекологии, очень важное место занимают гинекологические патологии, а именно эклампсия, как следствие алиментарной дистрофии и авитаминоза. Эклампсия по мнению большинства акушеров того времени, протекала значительно тяжелее и давала огромную смертность. По данным родильного дома № 2 Дзержинского района частота эклампсии в указанный период составила 8,5 %, смертность при ней 28 %. По данным 1-го Ленинградского медицинского института (материалы родильного дома им. Видемана) и 2-го Ленинградского медицинского института (материалы родильного дома им. Снегирева), в 1941-1942 гг. частота эклампсии составила 10-13 %, а смертность при ней — 30 %, что в 7,5 раз

превышало уровень смертности от эклампсии, наблюдавшийся в довоенное время. В каждом районе города в течение всей блокады продолжали работать женские консультации, под наблюдением которых в разные годы состояло от 2 до 58 тысяч женщин. Работа женских консультаций отличалась рядом особенностей, обусловленных обслуживаемого населения лиц, страдавших алиментарной дистрофией и авитаминозами. Одним из самых тяжёлых был период с ноября 1941 года по апрель 1942 года, когда больные и беременные с выраженными явлениями дистрофии и авитаминоза составляли в среднем 74 % всех пациенток. Опыт врачей женских консультаций в условиях блокады показал, что влияние преобладанием среди количественного и особенно качественного голодания, перешедшего определенные пределы, на течение беременности выражалось прежде всего в исключительной наклонности к преждевременному ее прерыванию. Так, в январе 1942 г. преждевременные роды составляли в среднем по городу 41 %, а в феврале — 60 % от всех родов (И. И. Богоров, 1943). До войны частота преждевременных родов составляла 8-9%. Эти обстоятельства явились основанием для принятия руководством города особого решения, согласно которому беременные стали получать продукты по нормам рабочих и инженерно-технических работников, а за 4 месяца до родов — дополнительный паек. «Напрягая всю свою волю, энергию, мы преодолевали все стоявшие на нашем пути трудности, не стесняясь при надобности снимать с себя белые халаты и, облачившись в серые, ломать дома для топлива, строить печи, таскать воду и т. д. Ни холод, ни голод, ни тьма, ни отсутствие транспорта, ни бомбежки, ни артобстрелы наших лечебных учреждений не могли помешать медицинскому персоналу выполнять порученное ему дело». — говорил профессор К. Н. Рабинович (1943) о работе акушеров-гинекологов в период Великой Отечественной Войны. Великая Отечественная война значительно ослабила физическое и психологическое здоровье, как людей, её перенёсших, так и их потомства. Что чётко было видно в послевоенные годы на частоте встречаемости различных заболеваний, росте смертности, снижении рождаемости населения.

В годы Великой Отечественной войны было сформировано такое понятие, как военная гинекология. Это система организации и оказания гинекологической помощи женскому контингенту армии. А в блокадном Ленинграде под стрельбу, вой сирен и грохот разрывающихся гранат в 1942 году на свет появилось почти 1000 детей. В 1944 году их родилось в 2 раза больше — 2176. И всё благодаря врачам акушерам-гинекологам! Акушерство гарантирует женщине квалифицированную помощь в родах и послеродовом периоде. Нельзя умалять заслуги этой отрасли медицины, ведь каждый из нас, не зависимо от пола, хоть раз в жизни столкнулся с акушерством — в момент своего рождения. Забота о здоровье женщины всегда считалась проявлением гуманной государственной политики. Важно понимать, что здоровая женщина — это здоровая семья, это здоровье всей нации.

Список литературы.

1. Поляков Ю. «Демографическое эхо» войны / Поляков Ю., Жиромская В., Араловец Н. // Война и общество, 1941-1945 книга вторая. — М.: Наука, 2004. — С. 232-264.
2. Константинова Н.Н., Центральный институт акушерства и гинекологии в годы Великой Отечественной войны / Константинова Н.Н., Башмакова М.А., Старовойтов В.А. // Журнал Акушерства и женских болезней. — 2013. — №6. — С. 78-81.
3. Цвелёв Ю. В. Принципы организации и оказания специализированной гинекологической помощи женщинам-военнослужащим Российской Федерации во фронтовой оборонительной операции: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - СПб: ВМедА, 1993. - 35 с.
4. Макаров Р. Р. О влиянии острых интоксикаций некоторыми БОВ на беременность и лактацию: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - Л.: 1950. - 31 с.
5. Туманов И. П., Цвелёв Ю. В., Драчко В. Ф. Организация медицинской помощи женщинам военнослужащим Советской Армии. - Л.: ВМедА, 1981. - 87 с.

6. Скробанский К. К. Родовспоможение и течение беременности и родов в первые 11 месяцев блокады (с июля 1941 г. по май 1942 г.) Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф Скробанского. К. К. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. - С. 1-5.
7. 50 лет Первого Ленинградского медицинского института им. акад. Павлова И. П., Л: Медгиз, 1947. - С. 323.
8. Рабинович К. Н. Беременность, роды и послеродовый период в условиях блокады Ленинграда. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. Скробанского К. К.. Наркомздрав СССР, Медгиз, 1943. – С. 9.
9. Шполянский, Г. М. Беременность и авитаминозы. В кн.: Сборник работ Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады / под ред. проф. Скоробогатского К.К., Л.; 1945. – С. 25.
10. Поликтова Л. М. Особенности течения некоторых гинекологических заболеваний в период войны и блокады Ленинграда. -С. 59, 61.
11. Глебов Д. А. Родовспоможение в СССР и Ленинграде за 25 лет Советского здравоохранения. Сборник работ ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады/Под ред. проф. Скробанского К. К., Наркомздрав СССР, Медгиз, 1945. - С.155-157.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ БЕРЕМЕННОСТЯХ

Опарина Н.А., Васильева Д.И, Кузнецова Я. В.

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Ювенильная беременность – явление неблагоприятное. По данным ВОЗ, материнская и перинатальная смертность значительно выше у несовершеннолетних, чем у женщин старше 18 лет [2,6,7]. Качество жизни тесно связано с репродуктивным здоровьем, являясь его проецируемой переменной, на которую влияют настроение, ожидания, ценностные предпочтения, личностные и психологические особенности человека [4]. Неадекватность механизмов адаптации в условиях функциональной неподготовленности организма является основой высокого риска осложнений для матери и плода. Новорожденные юных матерей страдают от гипотрофии и гипоксии [1]. Неправильное питание, высокая частота встречаемости вредных привычек среди подростков, «социально-зависимое положение», низкий профессиональный статус приводят к снижению показателей их здоровья, к увеличению частоты осложнений беременности и родов, задержке внутриутробного развития плода и патологии новорожденного [3, 5].

Цель исследования. Определение особенностей течения беременности, родов и их осложнений матерей подросткового возраста методом статистического анализа.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень проведен ретроспективный анализ и оценка 108 обменных карт и историй родов девушек возрастной группы 13-17 лет. Результаты исследования. Средний возраст беременных составил $13,3 \pm 1,0$ года, начала половой жизни составил $15,7 \pm 1,2$ года. Большинство девушек были первородящими – 100 (92,6%), и только 8 (7,4%) – повторнородящими. Характерной особенностью юных беременных является поздняя явка в женскую консультацию: до 12 недель обратились – 29,6%, 13-28-53,7%, после 28-7,4%, не обращались вообще – 9,3%. Беременность несовершеннолетних часто сопровождалась железодефицитной анемией – в

53,4% случаев. Железодефицитное состояние отрицательно сказывается на течении беременности и увеличивает вероятность рождения ребенка с клиническими проявлениями железодефицита [5]. Среди акушерской патологии во время беременности у 35,3% пациенток встречается дисфункция плаценты, 14,6% – преэклампсия различной степени тяжести, у 11,8% пациенток был выявлен гестационный пиелонефрит. Гибель плода в антенатальном периоде произошла в 2,2% случаев. Родоразрешались через естественные родовые пути 81% девушек, в 19% случаев выполнено кесарево сечение. Наиболее частыми показаниями для операции явились: преэклампсия легкой степени (44,5%), клинически узкий таз, тазовое предлежание плода, а также в единичных случаях дистресс – плода. К наиболее частым осложнениям родов несовершеннолетних пациенток относились: травмы мягких тканей родовых путей (58,6%), аномалии родовой деятельности (5,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в единичном случае (2,08%), разрывы шейки матки (12,33%), разрывы слизистой влагалища и половых губ (29,6%). Беременность в юном возрасте увеличивает долю недоношенных и маловесных детей. При оценке массы тела новорожденных: 2% родилось с экстремально низкой массой тела, с очень низкой массой тела – 6,5%, с низкой массой – 14,5%, нормальной массой – 64,5%, крупный плод – 12,5%. Дети юных матерей склонны к повышенному риску нарушений в физическом и нервно-психическом развитии. Часто отмечается задержка по возрасту в развитии психомоторных навыков, отклонения в поведении.

Закключение. Беременность девушек подросткового возраста в большинстве случаев имеет осложнения и предрасполагает к возникновению патологий у плода. Это требует от медицинских работников комплексной оценки состояния здоровья юной беременной и плода, а также введения современных организационных технологий для коррекции акушерских и перинатальных осложнений и сохранения дальнейшего репродуктивного потенциала молодых матерей.

Список литературы.

1. Кузнецова Я. В., Орлова И. С., Уджмаджуридзе М. С., Дроздова Н. В. Юное материнство: гестационные осложнения и перинатальные исходы // Университетская медицина Урала. – 2019. – Т. 5. – № 4 (19). – С. 17-19.
2. Кузнецова Я.В., Орлова И.С., Саидова П.А., Панаинте М.Н. Гестационный период и роды у матерей подросткового возраста // Евразийское Научное Объединение. – 2019. – №12-2 (58). – С. 138-141.
3. Олина А. А., Метелева Т. А., Садыкова Г. К., Шевлюкова Т. П. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 17. – № 5. – С. 35-39.
4. Падруль М.М., Уточкин Ю.А., Махмудова С.Э. Оценка медико-социальных рисков нарушения репродуктивного здоровья у школьниц г. Перми // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2020. – Т. 16. – № 2 (87). С.11–21.
5. Петриченко Н. В., Баркова Э. Н., Шевлюкова Т. П., Хасанова В. В., Чабанова Н. Б. Патогенетические и клинические аспекты прогнозирования и профилактики дефицита железа у беременных // Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2. № 1 (4). С. 16-18.
6. Шевлюкова Т. П., Фольц Н. В., Хасанова В. В., Боечко Д. И. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – № 4. – С. 92-95.
7. Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б., Галиева Г.Д., Боечко Д.И. Особенности течения гестационного периода и родов в подростковом возрасте // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. №6–2 (26). – С. 110–113.

ИЗМЕНЕНИЯ В МИКРОБИОЦЕНОЗЕ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Саидова Ф.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы фоновых заболеваний шейки матки обусловлена их негативными последствиями на репродуктивное здоровье женщины ввиду дальнейшего преобразования этих патологических процессов в неопластические изменения с переходом в рак шейки матки. Основным направлением в профилактике рака шейки матки является активное выявление больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями, особенно женщин, у которых изменения на шейке протекают длительно на фоне хронических инфекций нижних половых путей [2]. Мнение большинства авторов сходятся в том, что инфицирование эпителиальных клеток вирусом папилломы человека (ВПЧ) является необходимым, но решающим событием для возникновения предраковых изменений [3, 4]. Усугубляющими факторами развития предраковых поражений и рака шейки матки являются не только сочетание нескольких типов ВПЧ, но и содействие различных вагинальных инфекций, прежде всего бактериального вагиноза [1].

Цель исследования: изучить состояния микробиоценоза влагалища у женщин с эктопией шейки.

В обследование включены 90 женщин с эктопией шейки матки и 20 практически здоровых женщин (контрольная группа). Всем женщинам проведены осмотр шейки матки в зеркалах, выявление критериев Амсея, бимануальное обследование, расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и цитологическое исследования мазков из влагалища и шейки матки, ПЦР-диагностика ВПЧ-инфекции. В контрольной группе pH содержимого влагалища соответствовал $3,92 \pm 0,15$; а в основной группе показатель составил $5,74 \pm 0,18$. Характерные для бактериального вагиноза «ключевые» клетки обнаружены в 97,8% мазках. Выявлено незначительные количества лактобактерий, грамотрицательные палочки доминировали в 52,2%, кокковая микрофлора в 35,6%, дрожжеподобные грибы *Candida* в 16,7% мазках. У 26,7% женщин основной группы выявлены цитологические признаки ВПЧ-инфекции, а также неспецифические признаки ВПЧ, что соответствовало классу 2 терминологической системы Бетесда – ASC-US – атипичные клетки плоского эпителия неясного генеза, не позволяющие исключить HSIL (ASC-H). Скрининг на обнаружение вируса папилломы человека показал положительные результаты только в основной группе. У 16,7% пациенток обнаружен ВПЧ 16 типа, у 5,6% – сочетание ВПЧ 31 и 58 типов, у 4,4% – сочетание ВПЧ 39 и 52 типов. В 8,9% случаях наблюдались определяющие кольпоскопические признаки, в частности, плотный ацетобелый и непрозрачный эпителий, неравномерность и увеличение размеров сосудов, грубая пунктуация и мозаика. Эти изменения были характерны в основном для женщин, у которых был выявлен ВПЧ 16 типа.

Эктопия шейки матки в большом числе случаев ассоциируется с нарушением микробиоценоза влагалища и ВПЧ-инфекцией, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией с целью совершенствования методов лечения.

Список литературы.

1. Рахматуллаева, М. М. Микроэкологические аспекты репродуктивного здоровья женщины / М. М. Рахматуллаева // Альманах молодой науки. – 2018. – №4. – С.24-30.
2. Рахматуллаева, М. М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы / Рахматуллаева М. М. // Фарматека. – 2019. – Т. 26, № 6. – С. 79–83.
3. Clarke, M.A. A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection / M. A. Clarke, A. C. Rodriguez, J. C. Gage, R. Herrero, A. Hildesheim, S. Wacholder // BMC Infect Dis. – 2012. – 12 (33). – 1286-1292.

4. Gillet, E. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis / E. Gillet, J. F. Meys, H. Verstraelen, C. Bosire, P. De Sutter, M. Temmerman // BMC Infect Dis. – 2011. – 11 (10). – 1287-1295.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Смолякова Я.А., Носкова О.В., Чурилов А.А., Плахотников А.И.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Одной из серьезнейших проблем современной сексологии, играющей медицинское, медико-психологическое и социальное значение является супружеская дезадаптация, которая является причиной большого количества разногласий и проблем в семье, приводящих к распаду семьи [1,2]. На сегодняшний день особое внимание уделяется изучению проблем, связанных с институтом семьи и причин, приводящих к ее распаду. В связи с искажением представлений о ценности традиционных брачно-семейных отношениях растет количество беспорядочных половых связей, что неизбежно приводит к росту хронических воспалительных гинекологических заболеваний, сопровождающихся супружеской дезадаптацией. Супружеская дезадаптация представляет собой сложное понятие, которое проявляется разнообразием клинических проявлений. В их происхождении большую роль играет состояние здоровья обоих супругов, особенности их личности, уровень информированности в области секса, а также возникающий у больного целостный образ своего заболевания, а именно внутренняя картина болезни (ВКБ) [3-5]. В структуре гинекологической патологии хронические воспалительные заболевания занимают первое место, достигая 65% [6]. Изучение ВКБ при хронических воспалительных гинекологических заболеваниях у женщин с супружеской дезадаптацией является значимой для успешного выздоровления. Целью исследования: изучить особенности внутренней картины болезни (ВКБ) при супружеской адаптации у женщин, страдающих хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования: всего обследовано 140 супружеских пар, в которых женщины страдали хроническим аднекситом. В основную группу вошло 110 пар с супружеской дезадаптацией, контрольную группу 30 супружеских пар с хроническим аднекситом без явлений супружеской дезадаптации на базе гинекологического отделения ДОКТМО. Пары с супружеской дезадаптацией были разделены на четыре подгруппы: первая группа 32 пары в которой супружеская дезадаптация была обусловлена хроническим аднекситом с болевым синдромом, 2-я группа 17 пар дезадаптация обусловлена неправильным сексуальным поведением и неадекватной оценкой своих сексуальных возможностей, 3-я группа 28 пар с несоответствием полоролевого поведения и 4 группа 33 пары с первичной сексуальной дисфункцией у жен. Механизмы развития супружеской дезадаптации изучали с помощью метода системного структурного анализа, сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим [7]. Типы внутренней картины болезни (ВКБ) изучали по методике ЛОБИ [7]. Полученные данные психодиагностических исследований обработаны методом корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона r), достоверность различий с помощью методики t -критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: Все обследованные были молодого возраста от 18 до 42 лет. При анализе результатов методики ЛОБИ для женщин наиболее характерен эгоцентрический $43 \pm 10\%$, особенно в 3-й группе ($22 \pm 7\%$ в 1-й группе, $18 \pm 10\%$ во 2-й,

21±7% в 3-й), неврастенический 22±7%, особенно в 1-й группе (6±6% во 2-й, 9±5% в 4-й, в 3-й группе не отмечено) типы ВКБ, реже всего встречался эргопатический тип во второй группе составил 6±6% (по 3±3% в 1-й и 4 группах). У мужчин чаще всего отмечался неврастенический в 4-й группе 33±8% (в 1-й группе 6±4% и в 12±8% во второй), также распространенными были сенситивный 25±8% в 3 группе (1-й группе 6±4%, 2-й 6±6%, 3±3% в 4-й) и тревожный 12±8% во второй (3±3% 1-й, в 4- 12±6%) и меланхолический в 1-й и 2-й группах соответственно 3±3% , 6±6%. Гармоничного типа, который соответствует адекватному отношению к болезни нет ни в одной из групп. Для контрольной группы адекватный тип ВКБ был у подавляющего большинства. Для пациентов с тревожным типом ВКБ характерны постоянное беспокойств и мнительность, и недоверие. При этом обследуемых интересовало не объективное протекание болезни, а свои собственные ощущения. Женщины с ипохондрическим типом ВКБ были сосредоточены на своих болезненных ощущениях, постоянно рассказывая окружающим о несуществующих симптомах и преувеличивая имеющиеся. Для невротического типа характерно раздражительная слабость, нетерпимость любых болевых ощущений.

Выводы: Таким образом, для всех супружеских пар, где имеет место супружеская дезадаптация характерна неадекватная ВКБ, которая еще в большей степени способствует социальному дисбалансу в семье и усугубляет течение уже имеющейся супружеской дезадаптации.

Список литературы.

1. Рожановская З.В. Сексуальные расстройства при нарушении функции яичников. Сексапатология: Справочник /Под ред. Васильченко Г.С., -М.: Медицина,1990. -С.368-369.
2. Имшинецкая Л.П. Сексуальные расстройства у женщин //Сексология и андрология /Под ред. Возианова А.Ф., Горпиниченко И.И. -К.: Абрис,997. -С.176-210.
3. Бороневская А.Д. Функциональные расстройства и сексуальные отклонения у женщин при неспецифических воспалительных заболеваниях гениталий: Дис...канд. Мед. Наук:14.01.16. - Ворошиловград,1973,-189с.
4. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, -М.: Медицина, 1978,-319с.
5. Келли Г. основы современной сексологии: Пер. с англ.-СПб.: Питер,2000,-896 с.
6. Григорян М.М., Прокопенко Ю.П. Сексуальная функция женщин, страдающих хроническими тазовыми болями //Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: Матер. Междунар.конф. –М., 1999. -С.98-99.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред.. Карвасарского Д.- - мзд. Доп. и перераб. изд.- СПб: Питер, 2000. - 1024с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Соколова А.С.

Национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Проводятся многочисленные исследования, посвященные преждевременным родам. Однако, несмотря на различные мероприятия, частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению. Среди сложного комплекса факторов риска не последнюю роль играет стресс. Влияние стресса на развитие соматических заболеваний – доказанный факт [2], в тоже время место психоэмоциональных и социальных факторов в этиологии

наступления преждевременных родов изучено недостаточно [4]. В связи с этим, целью работы явилось выявление и анализ методом анкетирования влияния психоэмоциональных и социальных факторов на возникновение риска наступления преждевременных родов у беременных. Проведено групповое выборочное заочное анонимное анкетирование 41 пациентки, госпитализированной в стационар 3 уровня с диагнозом угроза преждевременных родов. Анкета включала 18 вопросов, направленных на выявление предрасполагающих психоэмоциональных факторов, которые могли быть причиной развития угрозы преждевременных родов. Критерии исключения: многоплодная беременность, привычное невынашивание, рубец на матке после кесарева сечения, истмико-цервикальная недостаточность, Rh-сенсibilизация. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики. Для анализа данных применялась программа «Microsoft Excel 2016».

Среди опрошенных беременных средний возраст составил 32,6 года. Срок гестации варьировал от 29,0 до 36,6 недель. Чуть менее половины опрошенных (17 - 41,5%) составили пациентки, у кого данная беременность была первой, повторнобеременные встречались в 1,4 раза чаще (24 - 58,5%). Большинству (32 - 78,0%) предстояли первые роды, повторные – только 9 (22,0%) пациенткам. Среди прошедших анкетирование у 35 (85,4%) брак был зарегистрирован, 5 (12,2%) проживали совместно без официальной регистрации взаимоотношений, 1 (2,4%) пациентка вела домашнее хозяйство самостоятельно. Стоит отметить, что по мнению некоторых авторов характер течения беременности и здоровье детей, родившихся вне брака, не хуже здоровья детей, рожденных в зарегистрированном браке [1]. Касаясь вопроса общей обстановки в семье абсолютное большинство пациенток (40 - 97,6%) считали ее благополучной, при этом получали поддержку от семьи и родственников 38 (92,7%) опрошенных. На момент проведения анкетирования 5 (12,2%) пациенток не были трудоустроены. Находились в декретном отпуске 36 (87,8%), из них, несмотря на наличие отпуска, 7 (19,4%) были погружены в проблемы на работе. Интересно отметить, что в последнее время увеличилось количество работ, свидетельствующих о положительном влиянии трудовой занятости на риск наступления преждевременных родов. Так, имеются данные, что неработающие женщины более подвержены преждевременным родам. Проведенный М. Casas [5] анализ продемонстрировал, что риск преждевременных родов в целом ниже у работающих женщин. Важно отметить, что 16 (39,0%) опрошенных отмечали наличие стресса, негативных событий в личной жизни за последний месяц, остальные 25 (61,0%) стресс отрицали. Отдельное внимание заслуживает тот факт, что в графе «Реакция на наступившую беременность» 1 (2,4%) пациентка отнеслась к наступлению беременности негативно, в то время как 37 (90,3%) отметили, что были рады данному событию, а 3 (7,3%) восприняли это событие нейтрально. Указанное подтверждает результаты других исследований, свидетельствующих о важности поддержки беременных, особенно при первых предстоящих родах [3]. Необходимо объяснять все незнакомые явления. Во время беременности может возникнуть множество трудностей, справиться с которыми без вреда для здоровья ребенка будущей маме поможет только грамотный врач. В зависимости от канала госпитализации 25 (61,0%) направлены в родильный дом лечащим врачом, 10 (24,4%) доставлены бригадой скорой помощи, 6 (14,6%) обратились самостоятельно. Пациенток также просили указать причину, которая, по их мнению, способствовала возникновению угрозы преждевременных родов. Большинство опрошенных (12 - 29,3%) указали физическую нагрузку, 8 (19,5%) – стресс, 6 (14,6%) – состояние своего здоровья, 5 (12,1%) – возраст, 4 (9,8%) – плохую экологию, 2 (4,9%) – проблемы с кишечником, 4 (9,8%) – затруднились ответить. Среди всех опрошенных пациенток, поступивших в стационар с симптомами угрозы преждевременных родов, 16 (39,0%) указали на наличие стресса, связанного с психоэмоциональными или социальными факторами. У данной группы пациенток в комплексную терапию угрозы преждевременных родов следует включить

консультацию психолога и последующую психологическую поддержку. Практикующим акушерам-гинекологами при общении с беременными необходимо обращать внимание на признаки хронического стресса, который провоцирует сильное эмоциональное напряжение и, как следствие, может приводить к возникновению угрозы преждевременных родов.

Список литературы.

1. Юрьев В.К. Здоровье новорожденных, родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке / Юрьев В.К., Арефьева Н.Е., Рубин А.Д., Сагитова Г.Р.// Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6. № 2. — С. 13-16.
2. Маховская Т.Г. Клиника и диагностика психосоматических заболеваний в неврологии / Маховская Т.Г., Демчева Н.К., Михайлов В.И.//Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2017. — № 3. — С. 18-24.
3. Косикова Л.В. Особенности психоэмоционального состояния беременных женщин, проходящих медицинское наблюдение в частных и государственных медицинских клиниках / Косикова Л.В. // Сб. научн. тр. / Психологические проблемы современной семьи. — Екатеринбург, 2018. — С. 404-407.
4. Абрамченко В. В. Перинатальная психология / Абрамченко В. В., — Санкт-Петербург, 2011. -348 с.
5. Casas, M. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts / M. Casas, S. Cordier, D. Martínez, H. Barros, et al. // Scand. J. Work Environ Health. – 2015. – Vol. 41, № 4. – P. 384–396.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С "БУКЕТОМ" ТЯЖЁЛЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Степанова Н.Ю., Акаева М.Д., Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Несмотря на то, что в настоящее время достигнуты успехи в области охраны здоровья матери и ребенка, патология перинатального периода имеет ведущее место в детской смертности. Гемолитическая болезнь представляют собой серьезную опасность для жизни и нормального развития ребенка и может быть причиной детской инвалидизации. [1] В России, развитие гемолитической болезни у новорожденных, родившихся у женщин с резус-сенсibilизацией, составляет 63%, а мертворождаемость в результате несовместимости матери и плода, по системе резус, достигает 18% [3]. Вирусный гепатит С — это заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита С (HCV). В мире насчитывается около 500 млн. инфицированных вирусом гепатита С. Из них ежегодно умирает 8-10 тыс. больных. Для лечения хронического гепатита С (ХГС) применяют следующие препараты, одобренные в Европейском союзе в 2015 г [5]. ВИЧ-актуальная проблема XX века. Более чем 90% инфицированных детей заражаются от матери. Встречаемость ВИЧ-инфицированных матерей: в возрастной группе 25-29 лет около 1%, в возрастной группе 30-34 года – 1,6% [4]. При своевременно начатом лечении значительной динамики в развитии ВИЧ-инфекции не наблюдается. В сроке от 14 недель назначают антиретровирусную терапию, которая при своевременном начале динамики в развитии.[2]

В основу работы положен клинический случай. Пациентка 39 лет, вдова. Наследственность отягощена. Стаж курения 16 лет, 10 сигарет в день (никотинзависимая). Со слов пациентки хроническая анемия с рождения, цифры гемоглобина не помнит. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 16 лет по 5 дней, через 30 дней, регулярные безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 17 лет. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность четвёртая, роды предстоят вторые. В 2001 году

срочные оперативные роды, живой, женский (кесарево сечение- тазовое предлежание). В 2004,2005 гг. - медицинские аборт в сроки до 12 недель беременности. Перенесённые заболевания: детские инфекции, ВИЧ с 2009 г (половой путь передачи), Хронический вирусный гепатит С с 2019 года. Рост 156 см. Вес 58,650 кг. ИМТ 25,1 кг/м² - норма, нормостеническое телосложение. Степень перинатальный риска- средняя. Наблюдение пациентки проходило под наблюдением акушерского стационара №2 г. Тюмень.

Пациентка обратилась к акушеру-гинекологу в плановом порядке в Перинатальный центр г. Тюмень в связи с задержкой менструального цикла. Была выявлена беременность 17 недель. Настоящая беременность нежеланная. Пациентка планировала прерывание беременности по собственному желанию. АД 120/80 мм.рт.ст. Гинекологический статус без особенностей. Обследована по приказу 572н. В ходе обследования был поставлен диагноз: Беременность 17 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Рубец на матке. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода (AB(IV) Rh -отрицательный) с титром антител 1:512 (у отца ребенка III Rh + кровь). Бессимптомная бактериурия. ВИЧ положительная. Хронический вирусный гепатит С. Варикозная болезнь вен верхних конечностей. Гипотиреоз. Никотинзависимая. После выставления окончательного диагноза были назначены рекомендации в виде: динамика титров антител один раз в две недели к ВИЧ, Допплерография средней мозговой артерии плода 1 раз в две недели, калия йодид 200 мг 1 таб. 1 раз в день перорально до конца беременности. С целью химиопрофилактики внутриутробного инфицирования плода применялась антиретровирусная терапия: Ламивудин 150 мг 1 раза в день. Тенофовир 300 мг 1 раз в день. Ретровир - 500 мг 2 раза в сутки, ношение компрессионного белья. Была направлена на осмотры сосудистого хирурга, уролога, эндокринолога, явка в СПИД- центр. И только на 20 неделе назначили внутриутробную гемотрансфузию донорского эритроконцентрата. В ходе данного клинического случая мы можем сделать вывод, что только совместная заинтересованность врачей различных специальностей (акушеров-гинекологов, трансфузиологов, неонатологов и педиатров) в оказании высококвалифицированной медицинской помощи беременным и новорожденным позволит снизить перинатальные потери, улучшить демографическую ситуацию в стране, обеспечивая достойное качество жизни пациентам. На 39-й неделе беременности были проведены оперативные роды (кесарево сечения), живой, мальчик, 2667 грамм, без патологии. Необходимо проконсультировать врачей женской консультации о ведении пациенток с изосерологической несовместимостью в анамнезе в связи с несвоевременным плазмаферез в сочетании с иммунокоррегирующей терапией.

Список литературы.

1. Иванов Е.В., Шевлюкова Т.П., Вальц И.А., Абукеримова А.К., Леонова С.М. Сосудистая патология вен у женщин в период гестации / Университетская медицина Урала. 2018. Т. 4. № 4 (15). С. 10-12.
2. Адеева О.О., Самсонов Н.С., Шевлюкова Т.П., Козлова А.В. Течение беременности на фоне ВИЧ-ассоциированной туберкулезной инфекции / Университетская медицина Урала. 2018. Т. 4. № 3 (14). С. 3-5.
3. Савельева Г.М., Курцер М.А., Сичинава Л.В. Резус-сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода: диагностика, лечение, профилактика. Пути снижения младенческой заболеваемости и смертности / ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. 2019. С.8-29
4. Федотова Д.С., Зейналова Д.Э., Шевлюкова Т.П. Хронические заболевания вен как предикторы формирования акушерских осложнений /Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. 2020. С. 152-155.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ

Сысоева О.Г., Рощектаева А.Ф., Чудина Ю.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Частота операций кесарева сечения в последние годы в России и за рубежом достигает 30% и не имеет тенденции к снижению. В сложившейся ситуации вопросы диагностики и тактики ведения пациентов с рубцом на матке приобретают особое значение. Обусловлено это рядом осложнений при последующих беременностях, такими как: - вращением плаценты в рубец, - эктопической беременностью в рубце, - разрывом матки на любом сроке гестации. Это в свою очередь ведет к перинатальной и материнской смертности. Согласно последним данным, распространенность «ниш» составляет около 60% среди пациенток, перенесших одно КС, и достигает 100% после трёх КС. Объективная оценка состояния рубца на матке после КС представляет значительный интерес ещё на этапе прегравидарной подготовки. В случае подтвержденного диагноза несостоятельности рубца на матке планирование беременности возможно только после проведения хирургического лечения – пластики послеоперационного рубца на матке. Наличие только «ниши» в рубце не говорит о его неполноценности, нужны еще и другие критерии.

1. Сбор и анализ научных статей зарубежной и отечественной литературы.

2. Анализ различных методов исследования.

3. Разбор клинических случаев.

В нашей работе мы проанализированы ряд научных исследований, выполненных в нашей стране и за рубежом. Где сравнивались различные способы диагностики (УЗИ, гистероскопия, гистросонография, МРТ органов малого таза) и оценивалась их информативность, а также способы коррекции несостоятельности рубца на матке. По мнению ряда исследователей поставить окончательный диагноз, используя только один метод диагностики нельзя. Но, все авторы сходятся в мнении о том, что при выявленном несостоятельном рубце, необходима его коррекция - метропластика. Доступ оперативного лечения должен выбираться индивидуально, учитывая анамнез каждой пациентки, квалификацию хирурга и оснащенность лечебного учреждения. В нашем исследовании мы рассматривали УЗИ органов малого таза, выполненное в разные фазы менструального цикла. В группу входили 6 пациенток, средний возраст – 30,7 лет. Всем женщинам выполнялось трансвагинальное ультразвуковое исследование. Исследование проводили на аппарате Logic и Voluson в серошкальном режиме 2D, трансвагинальным датчиком. У двух пациенток, УЗИ выполненное в первой фазе менструального цикла, выявило щелевидные дефекты в зоне послеоперационного рубца на матке. У одной пациентки в зоне послеоперационного рубца определялась структура, схожая с эндометрием. Этим женщинам было рекомендовано выполнение эхогистерографии для уточнения диагноза. У другой пациентки исследование выполнялось во второй фазе цикла, выявлен крупный дефект миометрия в зоне рубца, данной женщине рекомендовано выполнение гистероскопии. В следующем клиническом примере, при выполнении планового УЗИ на 14 день МЦ, диагностирована частичная несостоятельность рубца на матке. Данная пациентка жалоб не предъявляла, принимает КОК с целью контрацепции. Ей рекомендовано проведение УЗИ органов малого таза в динамике один раз в 6-12 месяцев.

Последний клинический случай, обращает на себя внимание: женщина предъявляла жалобы на боли внизу живота и межменструальные кровотечения, бесплодие. По данным УЗИ, выполненном во второй фазе цикла, выявлена частичная несостоятельность рубца на матке. После дообследования диагноз был подтвержден. Данной пациентке выполнены гистероскопия, лапароскопия и метропластика. УЗИ в раннем послеоперационном периоде и гистеросонография, выполненная через 6 месяцев после операции, признаков несостоятельности рубца на матке не выявили. Рекомендовано планирование беременности. На основе анализа литературы и проведения описанных выше клинических наблюдений, нами предложен алгоритм обследования женщин с рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности, позволяющий выбрать наиболее оптимальную тактику их ведения. При наличии рубца на матке после кесарева сечения необходимо тщательно собрать анамнез, обратив внимание на течение предыдущей беременности и родов, послеоперационного периода. Далее провести УЗИ с целью скрининга, т.е. первичной оценки состояния рубца. При выявлении ниш, дополнительных включений, истончения миометрия - рекомендовать выполнение 3Д УЗИ и/или МРТ органов малого таза для более детальной оценки состояния рубца. При наличии признаков состоятельности рубца пациентке рекомендуется планирование беременности. При частичной несостоятельности – рекомендуется проведение гидросонографии или офисной гистероскопии + биопсия; если отсутствуют явные признаки несостоятельности - рекомендуется планирование беременности. При наличии соединительно-тканых включений, инкапсулированных лигатур, эндометриоза рубца, истончения миометрия в зоне рубца менее 3мм, наличие истмоцеле – показана метропластика.

1. В ходе многоцентровых исследований установлено, что УЗИ, является «золотым стандартом» в диагностике рубца на матке. Этот метод может быть использован в качестве скрининга для определения маркеров несостоятельности рубца и проводится на начальном этапе врачом УЗД, владеющим техникой 2D диагностики.

2. В многообразии методов исследования для оценки рубца, врач клиницист должен руководствоваться клинической картиной, жалобами пациентки и данными первичного обследования.

3. Один метод, может служить дополнением к другому или быть использован самостоятельно.

4. В результате наших наблюдений, можно сказать, что УЗИ, выполненное на 5-8 день менструального цикла, не всегда дает истинное представление о состоянии рубца, что совпадает с мнением ряда исследователей. УЗИ, проводимое в середине цикла дают другую УЗ-картину, возможно ввиду появления жидкости в позадиматочном пространстве и наличие слизи в цервикальном канале, что даёт дополнительные акустические окна и улучшает качество изображения. Этот вопрос требует дальнейшего изучения, ввиду недостаточности исследований.

5. Всем женщинам с рубцом на матке, последующие беременности нужно планировать и проходить обследование. При выявлении несостоятельности рубца на матке, показано проведения реконструктивно-пластической операции – коррекции рубца (метропластика).

Список литературы.

1. Айламазян, Н.Г. Павлова, Н.И. Поленов [и др.] Морфофункциональная оценка нижнего сегмента матки в конце физиологической беременности и у беременных с рубцом Э.К. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – № 4. – С.11-18.
2. Акушерство и гинекология, Екатеринбург, 2019г
3. Акушерство. Современные проблемы №3/ 2017г
4. Акушерство и гинекология, №2, 2019 год, Глухов Е.Ю., Дикке Г.Б., Нефф Е.И., Глухова В.Е., Свяжина А.В.

5. Беженарь В.Ф., Ножницева О.Н. «Методика предгравидарной оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения». Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга №2/2018.

6. Беженарь В.Ф., Ножницева О.Н. «Обоснование необходимости хирургической реконструкции рубца на матке после кесарева сечения с локальным истончением миометрия в виде «ниши»». Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга №2/2018.

7. Гинекология. Национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина, В.Н. Серова, В.Е., Радзинского. Москва. ГЭОТАР-Медиа; 2017: 1008 с. 8. Глухова Е.Ю., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Дикке Г.Б. Несостоятельный рубец на матке. Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2020.

9. Wozniak A, Pyra K, Rio Tinto H, Wozniak S. Ultrasonographic criteria of cesarean scar defect evaluation. J Ultrason 2018; 18: 162-165. Journal of Ultrasonography. Volume 18, Issue 73, Pages 162-165, 2018.

10. Ding J, Chen J, Zhang H, Feng W, Yi X, Zhang X, Zhu Z, Zhang S, Hua K. Hysteroscopic examination and laparoscopic repair of uterine scar defect after cesarean section. Fudan University Journal of Medical Sciences. 2012; 39:506-510.

К ВОПРОСУ О ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ РАННЕЕ ПРОВЕДЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Таймазова А.С., Икаев З.Э., Дзагоева З.Л.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Следствием увеличения частоты родоразрешения путём операцией кесарева сечения является значительное увеличение числа беременных с рубцом на матке после раннее проведенного кесарева сечения.[1] Основной задачей, которая ставит современное акушерство перед собой, это снижение материнской смертности, снижение антенатальной гибели плода, снижения частоты развития осложнений в результате родов и протекающей беременности. [3] Существенная роль в решении данной задачи отводится своевременному и оптимальному родоразрешению. Следует отметить, что в последнее десятилетие отмечается значительное расширение показаний к кесареву сечению. Одним из показаний для абдоминального родоразрешения в 40% случаев является «рубец на матке». [2]

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности, развитие осложнений, выявление сопутствующей патологии, выбор тактики родоразрешения у женщин с рубцом на матке после проведенного раннее кесарева сечения.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациенток с рубцом на матке на базе Родильного дома №2 г. Владикавказ за 2019 год.

Результаты исследования. Всего в 2019 году в Родильном доме №2 проведено 1780 родов, из них с рубцом на матке после кесарева сечения было 175 (14,05%) родов. Преобладающее большинство 125 (82,35%) женщин имели одно КС в анамнезе, рубец на матке после двух КС имели 35 (15,4%) женщин, трижды и более КС в анамнезе было у 15 (2,25%) пациенток. Преобладающее большинство исследуемых – повторнородящие в возрасте 23-36 лет (70%). Беременность протекала на фоне экстрагенитальной патологии у большинства женщин (165 - 91,59%): анемия разной степени тяжести наблюдалась у 98 (47,48%) беременных; ожирение I, II степени выявлено у 25 (24,1%); кольпит у 32 (15,83%); хронический пиелонефрит у 17 (7,71%); инфекции нижних мочевыводящих путей у 26 (26,02%), артериальная гипертензия у 15 (6,31%), варикозное расширение вен у 9 (5,19%); сахарный диабет I, II типа у 13 (1,82%); миопия и другие офтальмологические заболевания

у 32 (27,3%). У 38 (42,38%) женщин наблюдались осложнения беременности: гестационный СД – 15(15,96%) составил случаев; преэклампсия – 9 (11,9%); гестационная АГ – 7 (3,93%); задержка внутриутробного развития плода – 3 (10,09%); предлежание плаценты – 4 (1,68%); В 85,44% случаях роды закончились повторной операцией кесарева сечения. Основными показаниями к проведению планового КС были: рубец на матке после 1,2-х и более КС – 39,87%, рубец на матке, осложненный различной акушерской и другой экстрагенитальной патологией – в 30,23%. Показаниями к экстренному кесареву сечения явились: 69,77% – рубец на матке у беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией, 17,02% – рубец на матке после 2 и более кесаревых сечений, 5,05%- предлежание плаценты, 9,09% – несостоявшийся рубец на матке (толщина рубца менее 2мм). Всего родилось 172 ребенка. В 77,01% случаев оценка по шкале Апгар имела благополучный результат, что составило в среднем 8-9 баллов.

Выводы. 1. Ретроспективный анализ историй родов с рубцом на матке показал, что основной причиной повторной операции кесарева сечения является наличие 2 рубцов на матке и наличие рубца с отягощенным акушерским анамнезом и сопутствующими экстрагенетальными патологиями.

2. Ведение родов у пациенток с рубцом матки должно проходить при должном наблюдении за показателями гемодинамики, с оптимальной оценкой особенностей течения родов, так как затяжные или аномальные роды чреваты развитием разрыва матки. [3]

3. Опыт профессионального коллектива нашего роддома свидетельствует о том, что роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения возможны и предпочтительны во избежание осложнений. Важным аспектом в родоразрешении является психоэмоциональный статус женщины. Оптимальное ведение пациенток на протяжении всей беременности в женской консультации даёт положительный результат.

Список литературы.

1. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, В.Н.Серова, В.Е.Радзинского; М- ГЭОТАР -Медиа 2019. – С.1080
2. Акушерство. Э.К. Айламазян; М- ГЭОТАР- Медиа 2019. – С. 768
3. Несостоятельный рубец на матке. Под редакцией Е.Ю.Глухова, С.Н.Буяновой, Л.С. Логутовой, Н.А.Щукиной, Г.Б.Дикке.; М- ГЭОТАР – Медиа 2017. – С- 288

ЛАПАРОСКОПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПРОТИВОСПАЕЧНЫМИ БАРЬЕРНЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ

Токтобеков Т.Р.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Актуальность бесплодия на сегодняшний день занимает одну из ведущих позиций. Бесплодие представляет собой неспособность супругами в детородном возрасте зачать ребенка при регулярной половой жизни без контрацепции в течение 12 месяцев. По данным ВОЗ (2010г.) от бесплодия страдает целых 15% всех пар репродуктивного возраста в мире. В Кыргызстане 15,6% супружеских пар сталкиваются с проблемой мужского или женского бесплодия (МЗ КР, 2000г.). В России 15-18%. В Казахстане 15%. Беря под расчет современные методы диагностики, лечения и профилактики женского бесплодия, происходит увеличение количества женщин в репродуктивном возрасте с данными нарушениями. В структуре этиопатогенетических причин бесплодия трубно-перитонеальный фактор занимает первое место и составляет 40-60% всех случаев женского бесплодия, несколько реже встречается эндокринное бесплодие 20-27%, далее – наружный генитальный эндометриоз 18-30% и доброкачественные новообразования органов малого

таза 8-12%. Главной причиной трубно-перитонеального бесплодия являются хронические воспалительные заболевания женских половых органов после перенесенных искусственных и самопроизвольных аборт и инфекции, передаваемые половым путем. Внедрение в клиническую практику современных методов реконструктивно – пластических операций значительно повысило эффективность лечения трубно-перитонеального бесплодия. Эндоскопическая хирургия в гинекологии применяется с 1989 года. Данная операция характеризуется совсем незначительной кровопотерей, чрезвычайно малой травматизацией тканей организма. Также вероятность образования спаечного процесса, максимально снижается. В связи с этим является методом выбора в диагностике и лечении бесплодия различного генеза. Сочетание лапароскопического метода и медикаментозного лечения позволяет восстановить репродуктивную функцию у 20-25% женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. При использовании вспомогательных методов, действующие по принципу барьера, эффективность увеличивается до 30-35%. Для исследования были выбраны 30 пациенток в возрастной группе от 24 до 30 лет, обратившиеся для лечения бесплодия с ТПФБ. На долю 26,7% (8) женщин приходится первичное бесплодие, а у остальной группы 73,3% (22) вторичное бесплодие. У большей части женщин отмечались воспалительные заболевания органов малого таза, с неоднократными рецидивами в течение года, причинами которых являлись микстинфекция, наиболее часто встречающаяся комбинация – *C. Trachomatis* + *T. Vaginalis* + грибы рода *Candida*; Моноинфекция встречалась в виде хламидиоза. Так у 33,3% (10) причиной ТПФБ являлись инфекции различного происхождения. Все пациенты были пролечены. Наличие спаечного процесса в малом тазу также зависело от наличия предыдущих оперативных вмешательств на органах малого таза. У 13,3% (4) женщин в анамнезе наблюдалась аппендэктомия, у 23,3% (7) была тубэктомия в результате внематочной беременности, а причиной трубной беременности на малом сроке и кесарево сечение у 30% (9) женщин. Методом диагностики проходимости маточных труб являлась рентгеновская гистеросальпингография. Было выявлено, что в большинстве у 50% (15) пациенток была зафиксирована непроходимость маточных труб с обеих сторон, у 30% (9) левосторонняя непроходимость и в 20% (6) отмечалась правосторонняя непроходимость. Уровень поражения маточных труб преимущественно находится в дистальных отделах маточных труб у 56,7% (17) женщин, от основания у 33,3% (10), остальные 10% (3) женщины с непроходимостью маточных труб в истмическом отделе. Всем пациенткам была проведена лапароскопическая реконструктивно-пластическая операция по поводу ТПФБ в плановом порядке. В зависимости от количества предыдущих оперативных вмешательств женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошли женщины ранее неоперированные и/или оперируемые единожды – 13. Во второй группе женщины, оперируемые 2 и более раз, количество их составило 17 человек. В ходе операции у второй группы пациенток использовали противоспаечное барьерное средство – Мезогель, а в первой группе оперативное вмешательство проходило без применения это средства. Мезогель - противоспаечное средство для профилактики и лечения спаечного процесса в хирургии. При нанесении на здоровые участки тканей гель способствует уменьшению их высыхания за счет образования защитного гидрофильного слоя. Механизм действия геля:

- Разграничение поврежденных поверхностей на время их заживления.
- Создание условий для свободного скольжения органов относительно друг друга.
- Снижение количества фибрина, необходимого для формирования сращений.

После оперативного вмешательства. В течение полугода, кратностью один раз в месяц, пациентки двух групп проходили диагностическое обследование в виде трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза с целью контроля состояния и выявления рецидивов спаечного процесса в маточных трубах. Так, в ходе обследования, у женщин из второй группы (17) рецидив наблюдался у 11,7% (2), а из первой

группы (13) рецидив наблюдался у 38,5% (5) женщин. То есть на 26,8% эффективность второй группы превалирует над первой.

1. Использование противоспаечных барьерных средств следует рассматривать как один из методов профилактики и лечения спаечного процесса в маточных трубах. Способствуют повышению фертильности пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

2. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противоспаечных барьерных средств позволяет максимально снизить вероятность рецидива спаечного процесса в малом тазу.

3. Структура геля позволяет депонировать в нем различные лекарственные препараты, способные усиливать профилактический эффект.

Список литературы.

1. Адамян Л. В. Факторы риска развития послеоперационных спаек у гинекологических больных /Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. — М., 2006
2. Айламазян Э.К. Дмитрий Оскарович Отт – Основоположник эндоскопии в гинекологии / Журнал акушерства и женских болезней. Вып. 3., 2001. С. 8 - 14.
3. Радзинский В.Е. Рук-во к практическим занятиям по гинекологии. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2007.
4. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Штыров С. В., Тангиева З. С. // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 2. — С. 10—13.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОФИСНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИЯ

Фролова Ю.С.

Кемеровский государственный медицинский университет, Клиническая больница №4

За последние десять лет распространенность внутриматочной патологии возросла с 22,2% до 33,6% [1, 2]. Бесспорный приоритет в диагностике патологии эндометрия принадлежит гистероскопии. Это наиболее информативный инструментальный метод диагностики состояний эндометрия и полости матки. В частности, стала применяться офисная гистероскопия. Гистероскоп такого вида имеет малый диаметр, позволяет избежать общей анестезии и расширения цервикального канала. ВОЗ рекомендует применять во всех случаях обнаружения патологии при ультразвуковом исследовании, после неудавшихся вспомогательных репродуктивных технологий. Однако офисная гистероскопия в России остается мало применяющейся технологией [3, 4]. Целью нашего исследования было сравнить методы диагностики: офисную гистероскопию и стационарную гистероскопию у пациенток с патологией полости матки и эндометрия. Проведен ретроспективный анализ ведения 600 пациенток с патологией матки и эндометрия в ГАУЗ КО «КГКБ №4» и лечебных учреждениях г. кемерово с 2018 г по 2020 г (по данным медицинской документации). Основная группа включала 300 женщин, которым была проведена офисная гистероскопия в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией полости матки, контрольная группа – 300 женщин, прошедших стационарную гистероскопию в сочетании с мануальной вакуумной аспирацией.

Офисная гистероскопия проводилась компактным гистероскопом компании KARL STORZ, с диаметром внешнего тубуса 5 мм, под местной анестезией, в условиях центра

амбулаторной гинекологии женской консультации ГАУЗ КО «КГКБ № 4». Все пациентки были выписаны через 2 часа после выполнения манипуляции.

Статистическая обработка полученной информации произведена с использованием программы Microsoft Office Excel 2013 и методов параметрического и непараметрического анализа. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимали равным 0,05. Женщины обеих групп не имели статистически значимых различий по возрасту, средний возраст обследованных женщин составил в I группе $46,7 \pm 9,4$ лет, во II группе – $46,3 \pm 12,2$ ($p=0,002$), менструальной функции (возрасту менархе, длительности цикла, характеру менструации) ($p=0,069$), паритету (родам, абортам, самопроизвольным выкидышам) ($p=0,088$) и перенесенным гинекологическим заболеваниям ($p=0,043$). Однако женщины II группы чаще имели экстрагенитальную патологию. Чаще преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – 36,7% (110), бронхолегочной системы – 9,7% (29) и онкопатология – 7,3% (22) ($p<0,001$). Показания для проведения разных видов гистероскопии не отличались – различные нарушения менструального цикла, патология полости матки и эндометрия, выявленная по результатам ультразвукового исследования, бесплодие ($p=0,013$). Гистероскопическая визуализация ($p=0,193$) и гистологические результаты исследования у женщин в двух группах не отличались ($p=0,776$). Совпадение результатов гистологического исследования было как при моно ($p=0,228$), так и при сочетанной патологии полости матки и эндометрия ($p=0,991$).

Таким образом, офисная гистероскопия может быть альтернативой стационарной гистероскопии. Однако имеет ряд преимуществ – отсутствия необходимости в госпитализации, проведения общего обезболивания, кратковременное пребывание.

Список литературы.

1. Сафронов О. В. Частота и структура внутриматочной патологии, подлежащей малоинвазивному хирургическому лечению, в свете учения о патоморфозе / О.В. Сафронов, Э. А. Казачкова, Е.Л. Казачков, Е.О. Сафронов, М.Л. Пустовал, Д.В. Коршунов // Уральский медицинский журнал. - 2020. - № 3 (186). - С. 65-70.

2. Чернуха Г.Е., Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды / Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р. // Акушерство и гинекология. – 2018. - № 8. – С. 129-134.

3. Герасимова А. А. Диагностическая значимость гистероскопии в выявлении внутриматочной патологии / Герасимова А. А., Кудряшова Т. И., Смирнова А. В. // В сб. Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. – 2019. – С. 217-218.

4. Ключаров, И. В. Исследование взаимосвязи выраженности предоперационной тревоги и болевых ощущений при офисной гистероскопии / И. В. Ключаров, В. В. Морозов, И. А. Киясов, К. К. Яхин. // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 12 – С. 140-147.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 30-75 ЛЕТ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2010-2015ГГ

Хачураева М.М., Ахмадова П.Г.

Чеченский государственный университет, Медицинский институт, г. Грозный

Введение. Проблема заболеваемости раком шейки матки является важнейшей медико-социальной задачей современного здравоохранения. Это связано с высоким уровнем летальности женской половины населения с этой патологией. Данное исследование

направлено на изучение частоты и структуры заболеваемости раком шейки матки среди лиц в возрасте 30-75 лет в Чеченской республике за период 2010-2015гг.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили годовые отчеты Республиканского онкологического диспансера Чеченской республики (форма №7, № 35) за период 2010-2015гг. Были использованы аналитический и статистический методы исследования здоровья женского населения.

Результаты и обсуждение. В ходе проведения анализа среди женщин Чеченской Республики в возрасте 30-75 лет, были получены следующие данные по структуре рака шейки матки: за 2010 год зарегистрировано 201 случаев выявления патологии данного профиля, при этом наибольшее количество больных приходится на 55-60 лет (48 случаев). В 2011 году число лиц, обратившихся с данной патологией составило - 67 человек. В этом году наибольшее количество случаев приходится на 45-50 лет (17 случаев). В 2012 году наблюдается тенденция к снижению – 54 человек, а максимальное количество обратившихся за помощью, составило 12 женщин в возрасте 60-64лет. В 2013 году было зарегистрировано 61 случаев рака шейки матки. По итогам 2014 года зафиксировано 71 случаев. И, наконец, в 2015 году за врачебной помощью с данной патологией обратилось 71 человек. **Заключение.** Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что опухоли шейки матки занимают второе место среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женского населения Чеченской Республики. Наибольшее количество случаев выявления опухоли шейки матки приходится на 2010 год (201 человек), а наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в возрастной группе 50-59 лет. Отмечено, что наименьшие показатели рака шейки матки за период 2010-2015гг. в Чеченской Республике приходится на возрастную категорию 30-39лет. В настоящее время в регионе принимаются активные меры по борьбе с данной патологией: идут процессы повышения квалификации лиц врачебного персонала.

Список литературы.

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) – М., 2013. – 248 с.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность). – М., 2014. – 250 с.
3. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть 1. – СПб., 2011. – 221 с.
4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. (ред.). Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2012 г. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2012. С. 4.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шпаковская Я.А.

Тюменский государственный медицинский университет

В настоящее время происходит рост числа заболеваний шейки матки. Главным этиологическим фактором которых являются инфекции, а в частности, вирус папилломы человека (ВПЧ). В статье рассмотрена этиология инфекций, передаваемых половым путем у женщин репродуктивного возраста, а также частота дисплазий и других сопутствующих заболеваний шейки матки в трех возрастных группах. Сложность и многоплановость проблем в области заболеваний шейки матки определяют актуальность и необходимость широкого изучения особенностей возникновения, клинического течения, диагностики,

лечения и профилактики этих заболеваний [2,3]. Чрезвычайно распространенной инфекцией является генитальная папилломавирусная инфекция (ПВИ) [5]. Несмотря на широкое распространение программ скрининга, рак шейки матки (РШМ) занимает лидирующее место среди причин летального исхода от онкологических заболеваний женских половых органов [1].

По данным исследований, у каждой седьмой женщины рак шейки матки возникает на фоне хронического воспаления. Поэтому к основам первичной профилактики РШМ можно отнести своевременную и качественную диагностику и проведение адекватного лечения воспалительных заболеваний шейки матки [4]. Целью исследования является выявление факторов риска (инфекций, передаваемым половым путем) у женщин репродуктивного возраста, в развитии доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки.

На базе Университетской многопрофильной клиники Тюменского государственного медицинского университета проведено обследование 62 женщин репродуктивного возраста с патологией шейки матки, произведен забор материала для лабораторного и инструментального исследования. Для идентификации возбудителей инфекций, передающихся половым путём (ИППП) применяли бактериоскопические и молекулярно-биологические методы. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0». По результатам нашего исследования этиология инфекций, передаваемых половым путем, у женщин с патологией шейки матки составила: ВПЧ – 37%, бактериальный вагиноз – 33%, хламидиоз – 19%, трихомониаз – 7%, гонорея – 4%. По возрастной группе 18-25 лет: ВПЧ – 14%, бактериальный вагиноз – 42%, хламидиоз – 44%. В возрастной группе 25-35 лет: ВПЧ 38%, бактериальный вагиноз – 39%, хламидиоз – 9%, трихомониаз – 8%, гонорея – 6%. В группе 35-45 лет ВПЧ – 35%, бактериальный вагиноз – 25%, трихомониаз – 15%, хламидиоз – 5%. По данным цитологического исследования дисплазия шейки матки первой степени (CIN 1) является самой частой патологией и встречается в 57% случаев, 2-й степени – 33% и 3-й степени – 10%. В возрасте от 18-25 лет: CIN1- 71%, CIN2- 25% CIN3 – 4%, в группе от 25-35: CIN1- 33%, CIN2- 55% CIN3 – 11%, от 35-45 лет: CIN1- 52%, CIN2- 33% CIN3 – 15%. У обследованных женщин с патологией шейки матки были обнаружены сопутствующие заболевания в виде: цервицита, вагинита, лейкоплакии и вульвита. В группе 18-25 лет: цервицит составляет 50%, вагинит – 25%, лейкоплакия 12%, вульвит – 13%. В возрасте 25-35 лет: цервицит – 36%, вагинит – 36%, лейкоплакия 18%, вульвит – 10%. В возрастной группе 35-45 лет сопутствующие заболевания составляют: цервицит – 45%, вагинит – 7%, лейкоплакия 34%, вульвит – 14%.

На основании проведенного исследования было установлено, что наиболее часто встречающейся ИППП, приводящей к патологии шейки матки, является ВПЧ и бактериальный вагиноз. По результатам цитологического исследования наиболее часто встречается форма CIN1, что говорит о своевременном выявлении и лечении заболевания. Можно сделать вывод, что CIN1 встречается преимущественно у женщин в возрасте от 18-25 лет, CIN2 у пациенток от 25-35 лет. В возрасте от 35-45 лет преобладает CIN1, но в данной возрастной группе чаще, чем в других, встречается CIN3. В числе сопутствующих заболеваний преобладает цервицит и вагинит. Цервицит преобладает в группе женщин от 18-25 лет. В 25-35 лет на лидирующих позициях стоят цервицит и вагинит. А в 35-45 лет к цервициту присоединяется лейкоплакия и занимает второе место по частоте сопутствующих заболеваний после него.

Список литературы.

1. Галиева Г.Д. Роль инфекций в развитии патологии шейки матки у пациенток репродуктивного возраста / Галиева Г.Д., Шпаковская Я.А.//Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной 75-летию

Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. - 2020. - С. 36-38.

2. Кононова И.Н. Эффективность терапии папилломавирусной инфекции с использованием кавитированных растворов пептидных регуляторов иммунитета у пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями/ Кононова И.Н., Обоскалова Т.А., Ворошила Е.С. // Российский иммунологический журнал. - 2014. - № 3. -С.699-701.

3. Олина А.А. Неспецифические инфекционные заболевания влагалища. Учебное пособие/ ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Вегнера Е. А. Минздрава России. Пермь - 2018

4. Олина А.А. Остроконечные кондиломы. Официальная статистика, клинические проявления и эффективность терапии/ Олина А.А., Ширинкина Е.В., Метелева Т.А., Шевлюкова Т.П. //Медицинский совет. - 2019. - №13. - С.86-89

5. Шевлюкова Т.П. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте/ Шевлюкова Т.П., Фольц Н.В., Хасанова В.В., Боечко Д.И.// Смоленский медицинский альманах. - 2017. - № 4. - С. 92-95.



РАЗДЕЛ 2.

Внутренние болезни, ЛФК и медицинская реабилитация

ОСМОЛЯРНЫЙ КЛИРЕНС И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Адамокова И.Х.

Ростовский государственный медицинский университет

При развитии острого коронарного синдрома в процесс вовлекается не только сердце, но и другие органы, в том числе и почки с последующим развитие кардиоренального синдрома. Кардиоренальный синдром – это патологический взаимообусловленное состояние с вовлечением сердца и почек, развивающееся вследствие острой или хронической дисфункции одного из органов с последующей острой или хронической дисфункцией другого. [1] Почки способствуют прогрессированию ХСН, утяжеляют течение и значительно увеличивают риск летального исхода. Так же почечная дисфункция ассоциирована с более высокой частотой развития острого коронарного синдрома и рецидивов ишемии миокарда. [2] Показатель осмолярного клиренса, который является количественной характеристикой осморегулирующей функции почек, может быть использован как более ранний маркер канальцевой дисфункции.

В исследовании участвовало 120 пациентов с ОКС и АГ, из которых 101 - мужчины, 19 – женщины. Средний возраст - $57,8 \pm 0,82$ лет. Среди пациентов с ОКС нестабильная стенокардия (НС) у 68 больных (56,7%), а у 52 (43,3%) выявлен острый инфаркт миокарда (ОИМ). Критерии включения - наличие АГ, ОКС, выполнение КАГ, с последующей хирургической реваскуляризацией миокарда – стентированием коронарных артерий. Спустя $17,0 \pm 0,51$ месяцев после ОКС со стентированием КА осуществлялась регистрация сердечно-сосудистых событий в течении периода наблюдения пациентов методом анализа первичной медицинской документации, предоставленной больными, оценка традиционных факторов. Контроль водного баланса с учетом объема жидкости, вводимой и выведенной в период КАГ и стентирования КА. Определение показателей канальцевой дисфункции. В последующем проводился анализ наличия статистически значимого взаимоотношения между показателями ОК и объемами жидкости вводимых и выведенных в период КАГ и стентирования КА. Был проведен анализ наличия статистически значимого взаимоотношения между показателями ОК и объемами жидкости вводимых и выведенных в период КАГ и стентирования КА. Установлена прямо пропорциональная корреляционная зависимость между величиной ОК и внутривенного введения жидкости после КАГ или перорального введения жидкости после КАГ, или всей жидкости, введенной внутривенно, или внутривенно и перорально. Существует необходимость контроля водного баланса у пациентов с ОКС после КАГ с целью прогноза развития повторной реваскуляризации миокарда. Статистически достоверная корреляция объемов жидкостей, вводимых преимущественно после КАГ, и ОК является показателем потенцирующего действие нарушенной канальцевой реабсорбции.

Список литературы.

1. Мельник А.А. Кардиоренальный синдром: диагностика и лечение / Мельник А.А. // Почки. 2017. С. 2-14.
2. Корженевская К. В., Козлов П. С., Козлов В. В., Абесадзе И. Т., Алуغيшвили М. З., Лоховинина Н. Л., Усова Е. А., Панов А. В. Предикторы рецидива ишемии миокарда у пациентов, перенесших коронарное шунтирование на фоне острого коронарного синдрома без подъема сегмента St // АГ. 2009. С. 190-194.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Адамокова И.Х., Гасанов М.З.

Ростовский государственный медицинский университет

Гемодиализ и перитонеальный диализ в настоящее время являются основными методами заместительной почечной терапии. [1] По статистике около 80% всех пациентов с хронической болезнью почек V диализной стадии (ХБП5Д) в мире получают данный вид лечения. [2] Саркопения является одной из причин повышения сердечно-сосудистой смертности и встречается у 37% пациентов с ХБП 5Д. В связи с чем, выявление причин потери мышечной массы и силы в этой категории пациентов представляется прогностически важным. Известно, что ключевую роль в поддержании мышечной массы у человека играет регуляторный белок mTOR, который регулирует процессы катаболизма и анаболизма, отвечая за обмен мышечной ткани. Однако, при системном воспалении, уремической интоксикации, метаболическом ацидозе, которые являются спутниками хронической почечной недостаточности, деятельность mTOR нарушается и реализуется через активацию процессов катаболизма и, наоборот, торможение анаболических эффектов. Представляет интерес роль этого белка в регуляции мышечного метаболизма у пациентов с ХБП, получающих заместительную почечную терапию гемодиализом.

В исследование было включено 40 пациентов с ХБП5Д (22 мужчин и 18 женщины), получающих лечение гемодиализом. Средний возраст составил $51,7 \pm 11,6$ лет, а продолжительность применения гемодиализа была в среднем 33,5 месяца. В разработанную анкету вносились данные анамнеза жизни и заболевания, результаты лабораторно-инструментального обследования, кистевой динамометрии (ДМЭР-120-0,5 (Россия)) и биоимпедансометрии «Диамант АИСТ-мини» (Россия), применяемые схемы терапии и программы гемодиализа. Всем пациентам было выполнено определение уровня mTOR (ELISA Kit, США) в сыворотке крови с использованием иммуноферментного анализа.

Претестовая диагностика саркопии по шкале SARC-F выявила вероятную саркопию у 35% пациентов с ХБП5Д. У 70% пациентов было выявлено снижение показателей теста 6-ти минутной ходьбы ниже 0,8 м/с. Снижение мышечной силы наблюдалось у 12,8% мужчин и у 27,3% женщин. В частности, мышечная сила на левой руке составила у мужчин $40,7 \pm 1,6$ Н, у женщин – $23,4 \pm 1,0$ Н. На правой руке этот показатель у мужчин был $44 \pm 2,1$ Н, а у женщин $23,8 \pm 0,9$ Н. Распространенность БЭН (по Bilbrey, Cohen) была выявлена у 91,5% мужчин и у 87,9% женщин. Имелись различия по этому признаку в зависимости от стадии процесса: I стадия БЭН определялась у 66% мужчин и 55% женщин ($p < 0,05$), II стадия – у 23,4% мужчин и 33,3% женщин ($p < 0,05$), БЭН III стадии была установлена только у 2,2% мужчин. Средний уровень mTOR в группе обследованных составил $8,42 \pm 1,25$ нг/мл, при этом минимальным значением mTOR в крови было 4,526 нг/мл, а максимальным значением – 12,332 нг/мл. В частности, продемонстрировано наличие статистически значимой связи уровня mTOR с «сухим весом», это объясняется тем, что именно «сухой вес» отражает интенсивность мышечного метаболизма у больных на гемодиализе. При этом ни индекс массы тела (ИМТ), ни вес больного до диализа, ни окружности сегментов тела, ни толщина складок не имели такой связи. Наличие корреляционной связи уровня mTOR крови с уровнем основного обмена свидетельствует о том, что достаточная калорийность пищи обеспечивает поддержание должного уровня мышечного метаболизма. Повышение уровня АЛТ крови ($r = 0,78$; $p < 0,05$) также сопровождалось ростом уровня mTOR, что, вероятно, обусловлено влиянием уремической интоксикации на мышечную ткань и печеночную паренхиму. Интенсификация уремического воздействия приводила к активации феномена цитолиза печеночных клеток, а также, активации процессов катаболизма в мышечной ткани.

Потеря мышечной массы у пациентов с ХБП5Д – многофакторный процесс. Развитие системного воспаления на фоне уремической интоксикации играет ключевую роль в нарушении процессов поддержания мышечной массы в пользу усиления катаболизма. Обнаружена высокая распространенность саркопении и БЭН в группе пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом. Установлено, что у пациентов с ХБП, находящихся на гемодиализе, активность этого маркера изменена, что, вероятно, приводит к дисбалансу процессов синтеза и деградации белка, создавая условия для развития саркопении.

Список литературы.

1.Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013;3: 1–150.

2. Абасеева Т.Ю., Андрусев А.М., Батюшин М.М. и др. Нефрология. Под редакцией Шиловой Е.М., Смирнова А.В., Козловской Н.Л. ГЭОТАР-Медиа, М., 2016;633-745 [Abaseeva T.Yu., Andrushev A.M., Batyushin M.M. i dr. *Nefrologiya. Pod redakciej Shilova E.M., Smirnova A.V., Kozlovskoj N.L. GEOTAR-Media, M., 2016;633-745*].

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С БОЛЬНЫМИ COVID-19 НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Аксельрод М.М., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Синдромом эмоционального выгорания называют такое состояние, при котором развиваются и прогрессируют сначала эмоциональное, а затем умственное, и физическое истощение в ответ на хронический стресс, который, в основном, связан с профессиональной деятельностью человека [1,2]. Следствием эмоционального выгорания является деформация личности, когда защитные механизмы ослабевают настолько, что работник не может противостоять губительным факторам, начинается процесс изменения качеств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения) [3,4,5]. Работа медработников в большей степени связана с общением и взаимодействием с окружающими людьми, в конкретном случае – врачей, работающих в стационарах с «сovid-больными». Во время пандемии коронавирусной инфекции нагрузка на практикующих врачей колоссальная, из-за огромного количества больных стационары испытывают постоянную нехватку кадров. Стоит упомянуть о значительном объеме «бумажной» работы, ежедневно отнимающей у врача много времени. Все это приводит к необходимости работать в однообразном или напряженном ритме и переработкам. Постоянная эмоциональная нагрузка при взаимодействии с пациентами, особенно с таким трудным контингентом, как «сovid-больные» приводят к эмоциональному выгоранию с последующей деформацией личности. При этом синдром эмоционального выгорания может представлять собой механизм психологической защиты в форме частичного, либо полного исключения эмоций в ответ на травмирующие воздействия. Нужно помнить, что причиной профессионального выгорания являются как неудовлетворительные условия работы, так и индивидуальные особенности личности работника. Выгорание чаще развивается у людей, склонных к сочувствию, идеалистическому отношению к работе, вместе с тем неустойчивых, склонных к мечтаниям, одержимых навязчивыми идеями. Именно поэтому своевременная диагностика данного состояния и корректировка поведения является весьма актуальной.

Цель: изучить степень эмоционального выгорания в группе специалистов БУЗ ВО ВОКБ 1 и БУЗ ВО ВГКП № 7, которые работают в амбулаторно- поликлинических условиях и в стационарах с больными «COVID-19» и составить практические рекомендации по решению изучаемой проблемы. Материал и методы. Работа проведена на базе БУЗ ВО ВОКБ 1 корпус 2, где сейчас развернуты отделения для «сovid-больных», и БУЗ ВО ВГКП №7. На базе ВОКБ № 1 выполнено тестирование 10 врачей - 4 мужчины и 5 женщин в возрасте от 32 до 56 лет со средним стажем работы $31,1 \pm 11,8$ лет. На базе БУЗ ВО ВГКП № 7 было опрошено 14 врачей – 3 мужчины и 11 женщин в возрасте от 25 до 55 лет со средним стажем работы $15,9 \pm 4,3$ года.

Тестирование было выполнено по методике, предназначенной для диагностики профессионального выгорания. Данная методика была разработана Кристиной Маслач и Сьюзан Джексон в 1986 году, в России данная методика была адаптирована Водопьяновой, и затем дополнена математической моделью НИПНИ им. Бехтерева. По данной методике можно определить две основные теоретические парадигмы синдрома эмоционального выгорания. Первая из них представляет собой выгорание, как синдром, который состоит из небольшого количества симптомов разной степени выраженности. Вторая парадигма представляет выгорание, как процесс, а человек находится на одной из стадий этого процесса. Первую парадигму представляет опросник по методике диагностики уровня профессионального выгорания Бойко, вторую - опросник выгорания Маслач.

После анализа опросников были получены следующие данные: По шкале «Эмоциональное истощение» у врачей БУЗ ВО ВОКБ № 1 низкий уровень истощения был у 20% человек, средний – у 50%, высокий – у 30% человек из 100%. Средний балл по данной шкале у врачей стационара составил $22,6 \pm 7,6$. В то время, как у врачей амбулаторно-поликлинического звена чаще встречался низкий уровень истощения: низкий – в 60% случаев, средний – в 20% случаев, высокий – в 20% случаев. Средний балл у данной категории врачей – $11,5 \pm 3,2$. Между группами установлены достоверные различия по критерию Манна-Уитни ($p < 0,005$). Такая же тенденция отмечена и по шкале «Деперсонализация»: у врачей, работающих в больнице, низкий уровень выявлен у 20% человек, средний – у 60%, высокий – у 20% человек; у врачей поликлиники низкий уровень выявлен у 50% человек, средний – у 40%, высокий – у 10% человек. Средний балл среди врачей стационара по данной шкале оказался выше, чем у врачей поликлиники и составил $8,6 \pm 4,4$. У врачей поликлиники средний балл составил $3,6 \pm 0,5$. Между группами установлены достоверные различия по критерию Манна-Уитни ($p < 0,005$). По шкале «Редукция профессионализма» низкий уровень у работников стационара наблюдается у 50% человек, средний – у 20% человек, высокий – у 30% человек; у работников поликлиники низкий уровень наблюдается в 80% случаев, средний – у 15% человек и высокий – в 5% случаев. По данной шкале между группами также определены достоверные различия: у врачей стационара – $34,7 \pm 4,8$ балла, у врачей поликлиники – $42,7 \pm 3,1$ балла. При анализе зависимости степени эмоционального выгорания от стажа работы закономерность выявить не удалось. Есть вероятность, что требуется большая группа врачей для исследования. На основании материала полученного в ходе тестирования специалистов БУЗ ВО ВОКБ 1, работающих в стационарах с больными «COVID-19» и специалистов БУЗ ВО ВГКП №7: • 30% врачей ВОКБ 1 и 20 % врачей БУЗ ВО ВГКП №7 находятся на высоком уровне эмоционального истощения, что выражается повышенной психической истощаемостью и аффективной лабильностью, утратой интереса и позитивных чувств к окружающим, неудовлетворенностью жизнью в целом • 20% врачей ВОКБ 1 и 10 % врачей БУЗ ВО ВГКП №7 находятся на высоком уровне деперсонализации, проявляющемся в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. • 30% врачей ВОКБ 1 и 5% врачей БУЗ ВО ВГКП № 7 находятся на высоком уровне редукции профессиональных

достижений, что отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом.

Таким образом, у врачей амбулаторно-поликлинического звена синдром эмоционального выгорания выражен слабее, чем у врачей-стационаров, работающих с больными «COVID-19». Процент врачей, имеющих высокий уровень по шкале «Эмоциональное выгорание», высокий уровень по шкале «Деперсонализация» и высокий уровень по шкале «Редукция профессионализма», гораздо ниже среди врачей амбулаторно-поликлинического звена. Можем сделать вывод, что разработка и проведение мероприятий по профилактике и снижению выраженности симптомов эмоционального выгорания медицинских работников в учреждениях здравоохранения необходимы, в особенности для врачей, работающих в стационарах с больными «COVID-19».

Список литературы.

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека/ Аболин Л.М. - Казань: Издательство Казанского университета, 1987. -261 с.
2. Акиндинова И.А., Баканова А.А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика/ Акиндинова И.А., Баканова А.А.// Педагогические вести. - СПб.: Издательство РГПУ им. Герцена А.И., 2003. - №5. - С. 34.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/ Бойко В.В. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
4. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Никифорова Г.С.. - СПб.: Издательство СПбГУ, 2000. - С. 443-463.
5. Водопьянова Н.Е. Психическое выгорание / Водопьянова Н.Е.// Стоматолог. - М.: Медицина, 2002. - №7. - С. 12.

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРИИ

Алехина А.В., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Проблема острых нарушений мозгового кровообращения в современной медицине является одной из самых значимых ввиду высокой инвалидизации и смертности среди населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется 100–300 инсультов на каждые 100 тыс. населения; остаются инвалидами 25–30% [1, 7]. Своевременное выявление и модификация факторов риска, профилактика и лечение хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений остаются первостепенной задачей клинической медицины [3, 4, 8, 9]. Проблема нарушения когнитивных функций в научной медицине и практическом здравоохранении в последние годы приобретает все большую значимость, в том числе при рассмотрении проблемы приверженности терапии, что особенно важно на этапах реабилитации после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения [2, 5, 6]. Изучение особенностей приверженности лечению и когнитивных функций у больных после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения при реабилитации в санатории представляется актуальным.

Материал и методы. Нами обследовано 28 больных неврологического профиля. В условиях санатория все они получали курс реабилитационных мероприятий после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза. Средний возраст составил $64,7 \pm 6,8$ года. Все обследованные пациенты были ознакомлены с целями и положениями исследования, все они подписали письменно оформленное

согласие на участие в исследовании. Всем пациентам до, в середине и после курса реабилитационных мероприятий проводилось для оценки приверженности лечению тестирование по опросникам Мориски-Грина [10], для оценки когнитивных функций использовалась краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Полученные данные обрабатывали статистическими методами с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 10.0 for Windows. Результаты и обсуждение. После статистической обработки полученных результатов проведен анализ приверженности лечению и когнитивных расстройств в зависимости от возраста и пола, наличия факторов риска и полиморбидности. Анализ результатов нейропсихологического теста выявил достоверно более значимые различия когнитивного дефицита у больных старше 65 лет с полиморбидной патологией при сравнении с пациентами до 65 лет ($p<0,05$), а также гендерные различия среди пациентов старше 65 лет, статистически недостоверные. Высокая приверженность лечению у всех категорий обследованных пациентов наблюдалась на всех реперных точках исследования. При тестировании в конце курса реабилитационных мероприятий в санатории отмечалась положительная динамика состояния когнитивной сферы пациентов в возрасте до 65 лет. При проведении корреляционного анализа выявлены обратные взаимосвязи средней интенсивности между возрастом и наличием когнитивного дефицита ($r=-0,52$, $p<0,05$), индексом массы тела и приверженностью лечению ($r=-0,57$, $p<0,05$), полиморбидностью и наличием когнитивного дефицита ($r=-0,64$, $p<0,05$), возрастом и полиморбидностью ($r=-0,68$, $p<0,05$).

Заключение. Согласно полученным результатам установлено, что у больных после перенесенного ишемического инсульта состояние когнитивной сферы может оказывать опосредованное влияние на приверженность лечению. Наличие полиморбидной патологии следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий, в том числе пациентам неврологического профиля, после острого нарушения мозгового кровообращения. Оценка приверженности лечению на этапах реабилитации способствует оптимизации комплекса реабилитационных мероприятий.

Список литературы.

1. Баранцевич Е Р Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / [и др.] //Артериальная гипертензия. – 2015. - № 2. - С.206-217.
2. Ковальчук В.В. Возможные пути нормализации когнитивных функций и психоэмоционального состояния, а также улучшения качества жизни у пациентов после инсульта / Ковальчук В.В. и [и др.] // Нервные болезни. - 2017. - №1. - С 32-40.
3. Романова М.М. Возможности организации школ здоровья при Центре здоровья с участием психиатра и диетолога / Романова М.М., Махортова И.С., Алексенко А.С.// Прикладные информационные аспекты медицины. - 2012. - № 2. - С. 64-66.
4. Романова М.М. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Романова М.М. [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.
5. Пизова Н. В. Особенности когнитивных расстройств после инсульта: диагностика и терапевтические подходы / Пизова Н. В. //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. - №5. - С.56-61
6. Соболева М.С. Факторы приверженности терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным современных исследований / Соболева М.С. // Клиницист. – 2017. - № 2. - С 33-39.
7. Шахпаронова Н.В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций/ Шахпаронова Н.В., Кадыов А.С., Кашина Е.М. // Трудный пациент. – 2012. - № 11. - С. 22 -26

8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 183-187.

9. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.

10. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Harry J. Ward. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). – 2008. - 10(5). – P.348-54.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Алехина А.В., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

При реализации Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья особую роль играют такие особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов, как установление отношений партнерства, комплаенса между врачом и пациентом, приверженность пациента рекомендациям и лечению, назначаемым врачом [4, 5, 8, 9]. Низкая приверженность к лечению является одной из главных причин уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенного повышения вероятности развития осложнений основного заболевания, приводящего к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [1, 2, 6]. Особенное значение приверженность лечению приобретает на этапах медицинской реабилитации [3, 7]. Вопросы оценки и прогнозирования приверженности к реабилитационным мероприятиям у конкретного больного, наряду с поиском наиболее эффективных методов для ее повышения весьма актуальны.

Материал и методы. В исследование включено 26 больных, проходивших реабилитацию в санатории после перенесенного инфаркта миокарда. Средний возраст составил $62,4 \pm 7,6$ лет. Все участники были разделены на группы и подгруппы в зависимости от возраста, длительности кардиологического анамнеза, наличия полиморбидности. Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали письменно оформленное согласие на участие. До, в середине и после курса реабилитации в санатории каждому пациенту проводилась оценка приверженности лечению методом анкетирования с помощью валидизированных опросников Мориски-Грина MMAS-4 и MMAS-8 [10]. Полученные данные обрабатывали статистическими методами с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 10.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. Статистическая обработка полученных результатов анкетирования по опросникам Мориски-Грина MMAS-4 и MMAS-8 и последующий анализ данных показали, что исходно наиболее привержены терапии были пациенты женского пола в возрасте 50-65 лет, с длительностью кардиологического анамнеза до 10 лет, при наличии полиморбидности. Высокая приверженность наблюдалась у 72% из числа обследованных пациентов, при этом среди женщин - у 80%, среди мужчин – у 65%. При анализе результатов анкетирования во время курса реабилитации мы наблюдали повышение количества пациентов с высокой приверженностью лечению во всех группах. При выписке 100% пациентов имели высокую приверженность. При проведении

корреляционного анализа выявлены прямые и обратные взаимосвязи средней и высокой интенсивности между степенью приверженности лечению и полиморбидностью, между индексом массы и полиморбидностью, между степенью приверженности лечению и длительностью кардиологического анамнеза ($p < 0,05$). Полученные результаты связаны, по нашему мнению, в первую очередь с высокопрофессиональной работой врачей и врачебного персонала санатория, которым удалось установить с пациентами отношения партнерства, что и привело к добровольному следованию пациентом всех врачебных предписаний при проведении реабилитационных мероприятий в условиях санатория.

Заключение. Согласно полученным результатам установлено, что в течение курса реабилитации в условиях санатория приверженность терапии у больных перенесших инфаркт миокарда возрастает и достигает 100% среди обследованных лиц. Оценка приверженности терапии в динамике должна проводиться на всех этапах реабилитации, что будет способствовать своевременному установлению комплаенса между врачом и пациентом, коррекции и оптимизации реабилитационных мероприятий, так как от приверженности пациента лечению в том числе зависит эффективность медицинской реабилитации.

Список литературы.

1. Лукина Ю.В. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом / Лукина Ю.В. и [и др.] // Клиницист 2012; 2: 45-53).
2. Нестеров Ю.И. Терапия восстановительного периода инфаркта миокарда (лекция) // Земский врач. – 2012. - №2(13). - С.5-10.
3. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. Рекомендации по диагностике и лечению / Под редакцией Беляева Ф.И. – Иркутск. - 2015. - 24 с.
4. Романова М.М. Возможности организации школ здоровья при Центре здоровья с участием психиатра и диетолога / Романова М.М., Махортова И.С., Алексенко А.С.// Прикладные информационные аспекты медицины. - 2012. - № 2. - С. 64-66.
5. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания / Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.
6. Соболева М.С. Факторы приверженности терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным современных исследований / Соболева М.С. // Клиницист. – 2017. - № 2. - С 33-39.
7. Солондаев В.В. Комплаенс в общении врач-больной / Солондаев В.В., Сумеркина Д. В. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - N 4. - URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.04.2012).
8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 183-187.
9. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.
10. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Harry J. Ward. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich) 2008; 10(5): 348-54.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Алехина А.В., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Решение вопросов приверженности терапии, установлению комплаенса между врачом и пациентов являются весьма актуальными аспектами современного здравоохранения и общества [1, 2, 3], в основном ассоциируется с длительным лечением хронических заболеваний, а также с уровнем образованности, культуры и состояния психоэмоциональной сферы [7, 8, 9]. Для оценки комплаентности предпочтительным является использование опросника Мориски-Грина MMAS-4 для скрининг-оценки, а также использования 8-вопросной шкалы Мориски (MMAS-8) в качестве эталона [10]. Одним из заболеваний, при котором приверженность лечению играет ключевую роль для успеха терапевтических мероприятий, является язвенная болезнь, ассоциированная с инфекцией хеликобактер пилори (Hр) [4, 5, 6]. Данное исследование посвящено комплаентности больных язвенной болезнью как актуальной проблеме современной медицины. Представляет научный и практический интерес изучение приверженности лечению у больных язвенной болезнью с учетом рецидивирования, а также пола, возраста, характера течения, социальных характеристик.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 88 больных язвенной болезнью, которые 2 года назад в связи с обострением получали антихеликобактерную терапию. Средний возраст $51,1 \pm 6,2$ года. В зависимости от тяжести течения заболевания были выделены 4 группы: 1) - с впервые выявленной язвой, 2) - легким, редко рецидивирующим (менее одного рецидива в год), 3) - средней тяжести, часто рецидивирующим (один - два рецидива в год), 4) - с тяжелым, непрерывно рецидивирующим (более 2-х раз в год) течением. Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали письменное оформленное согласие на участие. Приверженность лечению (комплаентность) была оценена у каждого пациента с помощью валидизированных опросников Мориски-Грина MMAS-4 и MMAS-8. Полученные данные обрабатывали статистическими методами с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 10.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. Статистическая обработка полученных результатов анкетирования по опросникам Мориски-Грина MMAS-4 и MMAS-8 и последующий анализ данных показали, что наиболее привержены терапии пациенты с впервые выявленной язвой и легким течением заболевания (группа 1). Среди пациентов 2-й группы высокая приверженность выявлена у 75%, среди пациентов 3-й группы – у 56%, среди больных язвенной болезнью с тяжелым и непрерывно-рецидивирующим течением (группа 4) – лишь у 36 % лиц из числа обследованных в этой группе. При анализе гендерных различий отмечалась более высокая приверженность терапии у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$), при чем во всех группах. При анализе различий в приверженности терапии в зависимости наиболее низкая приверженность терапии наблюдалась в возрастных группах 20-30 лет и 60-69 лет ($p < 0,05$), а также среди одиноких лиц.

Заключение. Согласно полученным результатам установлено, что в группах больных язвенной болезнью с низкой приверженностью терапии продолжается рецидивирование язвенной болезни. Низкая приверженность терапии наблюдалась у больных язвенной болезнью с тяжелым и непрерывно-рецидивирующим течением, у мужчин, у одиноких лиц, у лиц молодого (20-30 лет) и пожилого (60-69 лет) возраста. В результате проведенного исследования, по-нашему мнению, продемонстрирована необходимость оценки приверженности терапии пациентам с язвенной болезнью непосредственно после окончания курса антихеликобактерной терапии.

Список литературы.

1. Бойцов С.А. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка / Бойцов С. А [и др.] // Профилактическая медицина. Приложение. - 2012. - № 1. - С. 3–18.
2. Калашникова М.Ф., Бондарева И. Б., Лиходей Н.В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения. Лечащий Врач 2015; 3: 27-33).
3. Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П. и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. Клиницист 2012; 2: 45-53).
4. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания / Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А.// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.
5. Романова М.М. Возможности организации школ здоровья при Центре здоровья с участием психиатра и диетолога / Романова М.М., Махортова И.С., Алексенко А.С.// Прикладные информационные аспекты медицины. - 2012. - № 2. - С. 64-66.
6. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания / Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.
7. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / Ширяев О.Ю. [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 183-187.
8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю. [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.
9. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / О.Ю. Ширяев [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.
10. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Harry J. Ward. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich) 2008; 10(5): 348-54.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В ЩИГРОВСКОМ
РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ.
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ СТЕПЕНИ**

Анфилова М.Г., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Состояние психического здоровья в настоящее время относится к числу наиболее серьезных медико-социальных проблем, стоящих перед всеми странами [1]. По данным ВОЗ коло 10% населения страдают тяжелыми и хроническими формами психических заболеваний [3]. Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения [2, 4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3% населения [5].

Целью исследования явился анализ распространенности умственной отсталости в Щигровском районе за 2014-2018 гг., ее степень, структуру и динамику.

Проведен ретроспективный анализ и сравнение данных амбулаторных карт пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ», контрольных карт динамического наблюдения (форма №030-у) пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ», сведений о контингентах психических больных (формы №10, №36) пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ». Полученные данные обработаны с помощью современных методов статистики с использованием программ Microsoft Excel 2010 и StatSoft Statistica 10.

В структуре психических расстройств на протяжении исследуемого периода (2014-2018 гг.) на первом месте находится умственная отсталость – 47,7%, на втором месте стоят непсихотические расстройства – 31,1%, на третьем – психотические расстройства – 21,2%. В течение изучаемого периода отмечается рост распространенности умственной отсталости в Щигровском районе. В 2014 г. данный показатель составил 1496,9 на 100000 населения, в 2015 г. – 1507,1; в 2016 г. – 1572,3; в 2017 г. – 1660,7; в 2018 г. – 1737,4 соответственно. В 2018 году по сравнению с 2014 годом распространенность умственной отсталости увеличилась на 16%. В 2018 году показатель распространенности более чем в 2 раза превышает таковой по Курской области (749,9) и в 3 раза – показатель по России (577,3). Распределение умственной отсталости по степени тяжести в статистических формах не предусматривается. При анализе амбулаторных карт больных с умственной отсталостью в Щигровском районе выявлено, что 85% страдают легкой степенью умственной отсталости, 10% – умеренной, 4% – тяжелой, 1% – глубокой.

В структуре психических расстройств на протяжении исследуемого периода на первом месте находится умственная отсталость. В структуре умственной отсталости за 2014-2018 гг. более 85% занимает легкая умственная отсталость. Содержащиеся в работе статистические сведения могут быть использованы для разработки мероприятий по организации и улучшению социально-психологической помощи больным умственной отсталостью в виде доступного трудоустройства, помощи в быту, организации досуга, правового сопровождения и организации реабилитационных мероприятий для улучшения качества жизни больных.

Список литературы.

1. Россия в цифрах 2015: краткий статистический сборник / Росстат. М. 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf, свободный. – (дата обращения: 18.10.2019).
2. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative / Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. // World Psychiatry 2007; 6: 168-176.
3. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe / King M. et al. // The British Journal of Psychiatry 2008; 192: 362-367.
4. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. / Rait G. et al. // The British Journal of Psychiatry 2009; 195: 520-524
5. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO 2008; 160

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В ЩИГРОВСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГГ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Анфилова М.Г., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Среди психических заболеваний одной из распространенных нозологических единиц является умственная отсталость [1, 2]. У лиц мужского пола во всем мире умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем у женщин [4, 5]. В настоящее время в структуре психической патологии у детей, получающих помощь в психиатрических учреждениях, умственная отсталость встречается в 28,65%, а у подростков – в 50,71% [3]. Целью исследования являлся анализ распространенности умственной отсталости в Щигровском районе за 2014-2018 гг. в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы: амбулаторные карты пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ», контрольные карты динамического наблюдения (форма №030-у) пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ», сведения о контингентах психических больных (формы №10, №36) пациентов психиатрического кабинета поликлиники ОБУЗ «Щигровская ЦРБ». Полученные данные обработаны статистически с помощью программ Microsoft Excel 2010 и StatSoft Statistica 10. В 2014-2018 гг. в Щигровском районе зарегистрировано больных умственной отсталостью: в 2014 г. мужчин 306, женщин 99; в 2015 г. мужчин 302, женщин 98; в 2016 г. мужчин 304, женщин 104; в 2017 г. мужчин 315, женщин 111; в 2018 г. мужчин 322, женщин 117. Таким образом, в Щигровском районе мужчины в 3 раза чаще женщин страдают умственной отсталостью. При исследовании возрастной структуры психических расстройств в 2014-2018 гг. выявлено: в возрасте 0-14 лет непсихотические расстройства составили 50 случаев, умственная отсталость 42 случая, психотические расстройства не встречались; в возрасте 15-17 лет непсихотические расстройства составили 3 случая, умственная отсталость – 16, психотические расстройства не выявлены; в возрасте 18-19 лет непсихотические расстройства составили 2 случая, умственная отсталость – 47, психотические расстройства не обнаружены; в возрасте 20-39 лет непсихотические расстройства составили 60 случаев, умственная отсталость – 223, психотические расстройства – 36; в возрасте 40-59 лет непсихотические расстройства составили 107 случаев, умственная отсталость – 75, психотические расстройства – 40; у лиц старше 60 лет непсихотические расстройства составили 64 случая, умственная отсталость – 36, психотические расстройства – 89. Следовательно, среди подростков 15-17 лет и в возрастных группах 18-19 лет, 20-39 лет умственная отсталость значительно превалирует в структуре психических расстройств. Непсихотические расстройства чаще встречаются в возрастных группах 0-14 и 40-59 лет. Психотические расстройства преобладают у лиц старше 60 лет.

Таким образом, мужчины в 3 раза чаще страдают умственной отсталостью. Умственная отсталость значительно превалирует над расстройствами психотического и непсихотического спектра в возрасте 18-39 лет. Изучение эпидемиологического анализа умственной отсталости необходимо для обеспечения достойного уровня жизни лицам, имеющим умственную отсталость, создания условий для полноценного включения больного в общество, организации и улучшению педагогической помощи детям, страдающим умственной отсталостью, в виде создания коррекционных классов с последующей трудовой профориентацией.

Список литературы.

1. Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии (рус.) // Методология и история психологии: журнал. 2017. Т. 2, вып. 1. С. 130-150.

2. Щепин И.О. Основные тенденции и закономерности распространенности психических болезней в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2018. № 3. С. 41-44.

3. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М., СПб: Академия, Белый Кролик, 2015. 4. Fazel S., Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study // American Journal of Psychiatry. 2015. № 32. P. 219-226. 5. In search of lost time. A new dimension in antidepressant efficacy / Mendlewicz J. et al. // Medicographia 2017; 32: 2: 109-209.

АНАЛИЗ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И СРОКОВ ФЛГО У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Анфилова М.Г., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Независимо от стабилизации основных эпидемиологических показателей, ежегодно в мире регистрируется 9 млн новых случаев заболевания туберкулезом и 2 млн умерших от него. Сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу и в России [1, 2]. Ведущее значение для ограничения распространения изучаемой патологии имеет эффективное лечение больных [3]. Однако, в настоящее время ежегодно регистрируемый успех лечения в когортах больных туберкулезом легких в Российской Федерации составляет 66,6%. Среди причин неэффективности длительных курсов химиотерапии фтизиатры называют лекарственную устойчивость возбудителя – 85,9% [4]. Первые доказательства появления лекарственно устойчивых форм микобактерии туберкулеза появились вскоре после начала применения противотуберкулезных препаратов. В последние годы выявлен рост числа больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам среди бактериовыделителей. Устойчивость формируется в организме больного, так как микобактерии вегетируют только в живом организме, за пределами которого они лишь некоторое время сохраняют жизнеспособность. Следовательно, ключом к пониманию причин и патогенеза множественной лекарственной устойчивости являются особенности лечения туберкулезного процесса. Исследование таких больных актуально и может помочь в реализации мер по профилактике исследуемого микробиологического феномена [1, 3, 5]. Ввиду этого была поставлена цель - изучить частоту МЛУ МБТ к противотуберкулезным препаратам основного и резервного ряда среди впервые выявленных больных туберкулезом легких, а также сроки флюорообследования, предшествующего выявлению заболевания.

Проведён анализ данных историй болезни 141 больного туберкулезом легких в возрасте от 16 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении в Курском областном противотуберкулезном диспансере в 2012-2016 гг. Все больные были впервые выявлены и являлись бактериовыделителями. Бактериовыделение установлено посевом мокроты на питательную среду Левенштейна – Йенсена. Исследование лекарственной чувствительности штаммов МБТ проводилось стандартным непрямым методом абсолютных концентраций к изониазиду (H), рифампицину (R), стрептомицину (S), этамбутолу (E), протионамиду (Pt), канамицину (K) и офлоксацину (OfI). Оценка результатов проводилась методами современной статистики. По результатам определения лекарственной чувствительности были отобраны 97 историй болезни пациентов, выделяющих МБТ с МЛУ. Проведен анализ сроков флюорообследования (ФЛГО), предшествующего выявлению заболевания, и частоты МЛУ МБТ к противотуберкулезным

препаратам основного и резервного ряда среди впервые выявленных больных туберкулезом легких. Заболевание чаще выявлялось при обращении (52,6%). Необходимо отметить, что лишь 44,3% обследовались флюорографически в декретированные сроки (до 2-х лет); от 2-х до 3-х лет не проходили обследование 18,6%, более 3-х лет – 37,1%. В спектре МЛУ МБТ устойчивость к противотуберкулезным препаратам основного ряда была наиболее высока (S – 97,9%, E – 82,5%), к препаратам резервного ряда она была хотя и ниже, но ее показатели оказались достаточно высокими (K – 39,2%, Pt – 37,1%, OfI – 16,5%). При этом наибольший удельный вес составили комбинации: HRSE (80,4%), HRSEK (15,6%), HRSEPt (12,4%), HRSEKPt и HRSEKPtOfI (по 10,3%), сочетание МЛУ с устойчивостью к одному из инъекционных препаратов резервного ряда (K) и фторхинолонам (OfI) – в 13,3% случаев. Устойчивость к комбинации HRSE, составляющей практически ядро химиотерапии по первому режиму, была наивысшей – 80,4%. Это вызывает крайнюю обеспокоенность и сомнение в целесообразности лечения впервые выявленных больных с бактериовыделением по данному режиму химиотерапии, включающему только препараты основного ряда, так как это может привести к амплификации устойчивости и неэффективности проводимой терапии. Особенно необходимо констатировать сочетание МЛУ с устойчивостью к одному из инъекционных препаратов резервного ряда (K) и фторхинолонам (OfI), которая расценивается как обширная лекарственная устойчивость, и она, по нашим данным, имела место в 13,3% случаев. Как известно, при такой ЛУ МБТ наблюдаются самые низкие показатели негативации мокроты.

Впервые выявленный туберкулез легких чаще выявлялся при самообращении больных (52,6%). Только 44,3% всех больных своевременно обследовались флюорографически в декретированные сроки. Частота МЛУ МБТ к противотуберкулезным препаратам основного ряда среди впервые выявленных больных туберкулезом легких была наиболее высока у больных с устойчивостью к стрептомицину (97,9%), к препаратам резервного ряда канамицина (39,2%), к комбинациям препаратов – в комбинации HRSE (80,4%).

Список литературы.

1. Эффективность комбинированных химиопрепаратов при лечении больных туберкулезом с высоким риском лекарственной устойчивости *m.tuberculosis* / Т.И. Морозова и др. // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 6. Вып. 2. С. 46-51
2. Новожилова И.А. Значимость определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза для успешного лечения туберкулеза легких // Пробл. Тубер. Сибирский медицинский журнал, 2018, № 2 С.29-31.
3. Пальцев М.А. Значение биомедицинских фундаментальных исследований для фтизиатрии // Проблемы туберкулеза. 2015. № 2. С.37.
4. Пунга В.В., Русакова Л.И., Пузанов В.А. и соавт. Распространенность туберкулеза с лекарственной устойчивостью //Туберкулез и болезни легких. 2017. № 10. С. 615
5. Руководство ВОЗ по лечению лекарственно-устойчивого туберкулеза: Пер. с англ. ВОЗ, Женева. 2016. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. М., 2015. 52 с.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАМИ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Апинов О. В., Печёнкин А. А., Кишкурно В. А., Изох К. М.

Гомельский областной клинический кардиологический центр, Гомельский государственный медицинский университет

Несмотря на постоянное совершенствование визуализирующих методов исследования и оперативных пособий, аневризма аорты остается одной из наиболее частых причин внезапной сердечной смерти [1]. L. K. Bickerstaffe коллегами сообщили, что аневризмы грудной аорты (АГрА) ежегодно выявляются в 5,9 случаях на 100 тыс. населения. По данным других авторов, заболеваемость аневризмой грудной аорты постоянно растет и составляет примерно 10,4 случаев на 100 тыс. человек [2]. АГрА в отличие от аневризм брюшной аорты реже показывают облигатные ассоциации с классическими факторами риска. В первую очередь, при отсутствии последних, должны рассматриваться наследственные или приобретенные нарушения соединительной ткани (синдромные и многофакторные) [3]. Работа основана на результатах ретроспективного исследования историй болезни 50 пациентов отделения сосудистой хирургии У «ГОККЦ», госпитализированных с диагнозом АГрА с 2018 по 2020 гг. Выполнена оценка клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ STATISTICA 8.0 (StatSoft, USA) и Microsoft Excel 2013. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Возрастно-половой состав пациентов отделения сосудистой хирургии У «ГОККЦ», госпитализированных с диагнозом АГрА, распределился следующим образом: 80% мужчин и 20% женщин. Средний возраст мужчин данной группы составил $M = 56 (51; 61,5)$ и женщин – $63 (54; 67)$. АГрА значимо чаще встречалась у мужчин по сравнению с женщинами ($p < 0,0001$). При сопоставлении пациентов по месту проживания, отметили, что 80% случаев приходилось на городское население, а 20% на сельскую местность. При сравнении социального анамнеза чаще выявлялась АГрА среди трудоспособного населения ($p < 0,0001$), при этом 52% пациентов работали, 20% безработные и только 28% пенсионеры. Определили индекс массы тела (ИМТ) пациентов. Среднее распределение ИМТ в исследуемой группе составило $M = 26 (24; 34,1)$. Сопутствующая соматическая патология, выявленная у пациентов исследуемой группы ($n=50$): - Артериальная гипертензия - у 45 пациентов (90%); - Ишемическая болезнь сердца: - у 25 (50%); • Инфаркт миокарда - у 15 (30%); • Стенокардия - у 2 (4%); - Атеросклероз брахиоцефальных артерий - у 19 (38%); - Острое нарушение мозгового кровообращения - у 5 (10%); - Дисциркуляторная энцефалопатия - у 4 (8%). Как правило, заболевание протекало в сочетании с неблагоприятным коморбидным фоном пациентов, в том числе у 90% пациентов с артериальной гипертензией (АГ), у 50% ишемической болезнью сердца (ИБС), из них в 30% случаев на фоне перенесенного ранее инфаркта миокарда (ИМ). Среди пациентов статистически значимо чаще АГрА ассоциировалась с АГ ($p < 0,0001$). В ретроспективном исследовании выявлены 2 случая (4%) возникновения аневризмы на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ): идиопатического медионекроза аорты (синдрома Гзеля-Эрдгейма) и аннуло-аортальной эктазии — у мужчин 42 и 61 года соответственно. Достаточно часто встречались структурно-анатомические особенности сердца у пациентов с АГрА ($p = 0,0003$), среди них на эхокардиограммах у пациентов с АГрА имелись врожденные или приобретенные пороки сердца: двустворчатый аортальный клапан у 10% пациентов, сочетанный порок аортального клапана у 4% и дефект межпредсердной перегородки у 4%, а также малые аномалии развития сердца, включающие: аномальную хорду левого желудочка у 12% пациентов и у 2% функционирующее овальное окно. В 80% случаев АГрА сопровождалась мультифокальным атеросклеротическим поражением. Поражение 3 и более артериальных бассейнов

диагностировано у 50% пациентов, у 30% пациентов – поражение 2 артериальных бассейнов. Статистически значимо чаще отмечалось множественное атеросклеротическое поражение сосудистых бассейнов ($p < 0,0001$). У части пациентов выявлен неблагоприятный преморбидный фон. Со стороны эндокринной системы обнаружены следующие патологии: кисты щитовидной железы у 6% пациентов, смешанный зоб у 4%, аутоиммунный тиреоидит у 4%. Со стороны дыхательной системы: у 4% АГрА сочетались с хронической обструктивной болезнью легких и у 4% с ателектазами. Согласно классификации DeBaakey, у большинства 34 % пациентов выявлен тип I, у 26 % - тип II, у 22% - тип III. Достоверно чаще поражался восходящий отдел аорты ($p < 0,0001$) в 74% случаев, нисходящий в 22%, дуга аорты — 4%. У 68% пациентов исследуемой группы АГрА осложнялась расслоением, у 10% - разрывом и образованием пенетрирующей аортальной язвы в 2% случаев. Уровень летальности при осложненном течении составил 16%. Умершие пациенты относились преимущественно к трудоспособному зрелому возрасту М — 60 (52,5; 64).

Чаще госпитализировались с АГрА мужчины по сравнению с женщинами ($p < 0,0001$). Средний возраст мужчин составил М — 56 (51; 61,5), женщин – 63 (54; 67), при этом уже достаточно часто встречалось мультифокальное атеросклеротическое поражение (3 и более) сосудистых бассейнов ($p < 0,0001$). Отметили, что чаще АГрА ассоциирована с АГ ($p < 0,0001$). Установили, что в 4% случаев АГрА напрямую связана с ДСТ. Определили, что частовстречались структурно-анатомические особенности сердца у пациентов с АГрА ($p = 0,0003$).

Список литературы.

1. Лунева Е. Б. Причины формирования аневризмы грудного отдела аорты / Лунева Е. Б., Успенский В. Е., Митрофанова Л. Б., Пайдимирова М. И. - М., 2013.- №1- С. 99.
2. Нечаева, Г. И. Аневризма грудной аорты в общей врачебной практике / Нечаева Г. И., Друк И. В., Кузнецова В. В. // Российский семейный врач.- 2011.- №2. - С. 25.
3. Наднациональные (международные) рекомендации по наследуемым аневризмам и расслоениям грудной аорты // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. №1,2.

МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Белан А.И.

Омский государственный медицинский университет

Когнитивные расстройства с течением заболевания приобретают ведущее значение в развитии социальной дезадаптации и инвалидизации пациентов. Особенностью современного мира, является все более широкое внедрение в практику новых технологий для реабилитации пациентов. Для восстановительных тренировок отдельных функций стали использоваться компьютерные программы. Тренинг может осуществляться в домашних условиях и является доступным для больных с тяжелыми физическими дефектами. Программа направлена на коррекцию памяти, внимания, мышления, восприятия, координации и процессов самообслуживания. Целью работы является оценка динамики восстановления когнитивных функций у пациентов неврологического профиля, получающих наряду со стандартным медикаментозным лечением когнитивные тренировки.

В исследовании был применен клинико-психологический метод (беседа, наблюдение) и экспериментально психологический метод, включающий в себя нейропсихологические пробы МоСА (Монреальская шкала оценки когнитивных функций). В исследовании принимали участие 20 больных неврологического отделения лечебных

организаций города. Также был применен статистический метод (создание базы данных в приложении Microsoft Excel, анализ и обработка полученных материалов). Результаты и их обсуждение. На первом этапе для каждого участника исследования была проведена первичная диагностика когнитивных функций. Степень тяжести когнитивных расстройств оценивали по шкале МоСА. Среди исследуемых пациентов, стойкие нарушения когнитивных функций были отмечены при цереброваскулярных заболеваниях (14-22 балла), болезни Паркинсона (19-23 б.), рассеянном склерозе (12-20 б.) и деменции различной этиологии (12-21 б.). На втором этапе использовался метод когнитивной реабилитации с применением авторских компьютерных нейропсихологических программ, одной из которых CogniFit. Она включает набор систематизированных и хорошо оформленных заданий, обеспечивает выбор упражнений разного уровня сложности и длительности, и сразу предоставляет больному обратную связь по результатам выполненных заданий. Программа направлена на коррекцию памяти, внимания, мышления, восприятия, координации и процессов самообслуживания. Контроль результатов был произведен по шкале МоСА, по результатам которой у пациентов отмечено увеличение общего балла (на 3-5 б.), что говорит о положительном результате. Достоверная положительная динамика отмечалась по показателям: тестов на память, зрительно-пространственных навыков, продолжительности выполнения тестов, а также выраженности прогресса в навыках самообслуживания. Метод когнитивного тренинга с использованием компьютерных нейропсихологических программ является эффективной реабилитацией для пациентов неврологического профиля с нарушениями когнитивных функций. Программа должна включать в себя: содействие естественному восстановлению психических функций; восстановительные тренировки как отдельных когнитивных функций, так и прежних повседневных навыков (памяти, внимания, зрительного восприятия, речи, исполнительных функций); обучение больного стратегиям компенсации как дефицита отдельных когнитивных функций, так и ограничений повседневной активности; использование внешних компенсаторных устройств и посторонней помощи; реорганизацию и структурирование внешней среды. Успешная реабилитация пациента зависит от «личностного фактора», поэтому разработка полноценной когнитивной реабилитации обязательно должна включать участие родственников пациента, являясь поддержкой в социальной адаптации, под руководством обученного специалиста.

Список литературы.

1. Антоненко Л.М. Диагностика, лечение и реабилитация пациентов с головокружением и когнитивными нарушениями. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика Т.9 №3 2017. - С. 76-80.
2. Величковский Б.Б. Возможности когнитивной тренировки как метода коррекции возрастных нарушений когнитивного контроля. Экспериментальная психология. 2009;2(3) – С. 78–91.
3. Ефремова Д.Н. Восстановление когнитивных функций при деменции легкой степени. Современная терапия в психиатрии и неврологии № 3 2016. - С. 33-40
4. Злобина Ю.В., Епанешникова Н.В., Зиновьева Н.П. Эффективность когнитивных тренировок у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в остром периоде: пилотное исследование. Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 65 2018. Т. 11, № 3. - С. 64–73.
5. Макшаков Г.С., Некрашевич Е.Е., Ушакова О.В., Шумилина М.В., Евдошенко Е.П. Эффективность когнитивной реабилитации при рассеянном склерозе: опыт пилотного исследования. Практическая медицина. 2018. Том 16, № 10. - С. 53-58.
6. Belleville S., Bherer L. Biomarkers of cognitive training effects in aging. Curr. Transl. Geriatr. Exp. Gerontol. Rep. 2012; 1(2), P. 104–110.
7. Bherer L. Cognitive plasticity in older adults: effects of cognitive training and physical exercise. Ann N Y Acad Sci. 2015 Mar; 1337:1-6. – P. 84-86.

8. Cho DR, Lee SH. Effects of virtual reality immersive training with computerized cognitive training on cognitive function and activities of daily living performance in patients with acute stage stroke: A preliminary randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Mar;98(11). – P. 115-118.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА 1 КУРСА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ НА КАФЕДРЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И СПОРТА ГомГМУ

Беридзе Р.М., Шацева П.Д., Новик Г.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Вузовское образование является завершающим этапом процесса общего образования будущих специалистов и основной стадией их специализации и профессиональной подготовки, а также оказывает огромное влияние на психику человека, развитие его личности [1]. Известно, что психические состояния в значительной степени определяют протекание психических процессов, физическое и психическое здоровье студентов, являются одним из существенных оснований поведения субъекта, деятельности и различных форм взаимодействия с окружающими, влияют на успешность учебной деятельности. Состояние тревожности затрагивает не только относительно простые, например, сенсорные, но и более сложные – интеллектуальные – процессы. Тревожность может побуждать к активности, конкретизировать возможную опасность, а может быть изнуряющей, выматывающей; появляется ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилие перед внешними факторами. В современном мире проблема сохранения психического здоровья и формирования стрессоустойчивости у людей очень актуальна, ведь стрессоустойчивость позволяет поддерживать оптимальную работоспособность и эффективность деятельности, а также психическое состояние в напряженных ситуациях. Под стрессоустойчивостью понимается интегральное психическое свойство человека как индивида, личности и субъекта деятельности, которое обеспечивает внутренний психофизиологический гомеостаз и оптимизирует воздействие с внешними эмоциогенными условиями жизнедеятельности. Соответственно стрессоустойчивость может рассматриваться как свойство, влияющее на результат деятельности, и как характеристика, обеспечивающая константность личности, как системы, а изучение психического состояния в спортивной деятельности имеет прямое отношение к изучению индивидуальных особенностей личности, занимающихся [2]. Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности проводился со студентами в течение 3 минут после краткого инструктирования. Балл определялся в соответствии с 3 градациями степени выраженности состояния по каждому пункту: «часто/сильно», «редко/иногда», «нет/никогда». Интерпретация результатов проводилась в соответствии с набранным количеством баллов: 0-11 баллов – высокий уровень стрессоустойчивости, 12-23 балла – уровень выше среднего, 24-44 балла – средний уровень, 45-56 баллов – уровень стрессоустойчивости ниже среднего, более 57 баллов – низкий уровень стрессоустойчивости. Также была выделена «шкала лжи» - ответ «нет/никогда» на 5 отдельных вопросов. Каждое совпадение со «шкалой» лжи оценивалось в 1 балл. Если по «шкале лжи» набрано более 3 баллов – недостоверность результатов диагностики. Это свидетельствует о феномене социальной желательности, то есть на стремлении казаться несколько лучше в глазах окружающих людей и давать ответы, которые были бы более желательными с точки зрения норм, правил и ценностей общества. В исследовании приняло участие 22 студента 1 курса ГомГМУ, занимающихся в основной группе (средний возраст – 17 лет). В результате исследования было выявлено, что высокий

уровень стрессоустойчивости имеет 2 человека, выше среднего – 9, средний – 9, ниже среднего – 1 человек. В «шкалу лжи» попал 1 человек. Таким образом, можно отметить, что более 80% студентов мужского пола 1 курса, занимающихся в основной группе на кафедре физического воспитания и спорта ГомГМУ, имеют средний и выше среднего уровни стрессоустойчивости, что соответствует в меру напряженной жизни человека, ведущего здоровый образ жизни. 5% студентов находятся в риске проявления цепных реакций физических и умственно-психических нарушений, а также 5% студентов попали в «шкалу лжи». Уровень стрессоустойчивости «ниже среднего» является индикатором негативных психологических состояний, возникающих в процессе стресса.

Преподаватель как человек, хорошо знающий своих воспитанников, может своевременно заметить особенности в поведении студента, выявить отклонения, мешающие ему в учебном процессе. В связи с этим, преподаватель должен принять комплекс мер по снижению уровня тренировочного стресса: обеспечить положительную (поддерживающую) атмосферу во время занятий, а также сконцентрировать внимание на эмоциональном состоянии студентов.

Список литературы.

1. Зимняя, И. А. Педагогическая психология: учеб. пособие / Зимняя И. А. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. – С. 13 – 18.
2. Усатов, И. А. Авторская методика «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности» / Усатов И. А. // ФГБОУ ВПО «Амурский Государственный Университет». – Благовещенск, 2017. – 7 с.
3. Петровский, В. Н. Специфические трудности общения с тревожными / Петровский В. Н. // Психологические трудности общения: диагностика и коррекция. – Ростов-на-Дону, 2014. – С. 26 - 29.

ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ГОРОДА ТЮМЕНИ

Бойко В. С., Кошелева А. В., Ужмаджуридзе М. Н.

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность: К наиболее весомым факторам, влияющим на формирование репродуктивного здоровья женщин, относится преждевременное прерывание беременности. Аборты отрицательно влияют на фертильность женщины, течение последующих беременностей и родов [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире около 49% беременностей – незапланированные, около 24% – нежелательные, что обуславливает проведение ежегодно до 50 млн. искусственных абортов. Контрацепция, как средство регулирования рождаемости, позволяет снизить число нежелательных беременностей, а, следовательно, и число искусственных легальных абортов по желанию женщины [3-7].

Цель исследования: Целью данной работы является изучение приверженности женщин города Тюмени к использованию контрацепции.

Материалы и методы исследования: 1) Социологический – проведён анкетный опрос женщин, решившихся на аборт в 2019 году (486 человек); 2) сравнительный – подбор по данной теме наиболее важной и нужной информации из разных источников; 3) аналитический – анализ полученных результатов путём математических подсчётов.

Результаты исследования: в ходе исследования, путём анализа отчётно-статистических форм о демографических процессах по Тюмени и Тюменской области за 2016-2018 гг. установлено увеличение количества абортов на 100 родившихся живыми или мёртвыми. В 2016 году этот показатель составлял 26,1, в 2017-30,51 и, наконец, в 2018 году составил 31,6. Следует отметить, что за период 2016-2018 гг. увеличилось количество

искусственных легальных аборт по желанию женщины с 64,1 до 73,61% в г. Тюмень и с 63,1 до 69,07% по Тюменской области.) и Тюменской области (3,86% и 4,61% соответственно). Большинство случаев преждевременного прерывания беременности было произведено на сроках до 12 недель – 86,82% в г. Тюмень и 91,84% в Тюменской области в 2018 г. Стоит отметить, что при этом закономерно снизилось количество прерывания беременности на сроках 13-21 недель. Согласно результатам анкетирования 270 женщин (57,6% от числа опрошенных) знают, что такое контрацепция и 216 женщин (42,4%) ответили, что ничего не знают о контрацепции. Не используют средства контрацепции 319 женщин (65,6% от числа опрошенных), пользуются средствами контрацепции время от времени – 167 женщин (34,4% от числа опрошенных женщин). Среди тех, кто не использует контрацепцию (321 женщина) – 19,4% опасаются возникновения побочных эффектов, 5,3% указывают на высокую стоимость контрацептивов, 26,5% не доверяют подобным методам, 3,4% отказываются от контрацепции по религиозным соображениям, 11,6% плохо информированы в вопросах контрацепции, 30% надеются, что беременности не случится, 4,8% утверждают, что партнёр против использования контрацепции. Из числа женщин, использующих средства контрацепции, барьерным методом пользуется – 67 женщин (40,6%), методом физиологической контрацепции (прерванный половой акт) – 37 женщин (22,4%) гормональным методом 28 женщин (16,9%), внутриматочным – 20 (12,1%), календарным – 16 (9,7%) женщин. Таким образом, наиболее популярным методом среди опрошенных женщин стал барьерный, второй по популярности – прерванный половой акт. Причины преждевременного прерывания беременности, опрошенные назвали следующие: для 65% это нежелательная беременность, для 24,8% это материальные трудности, для 3,1% – лечение, несовместимое с беременностью, для 5% это неподходящее жильё, 2,1% отметили в анкете графу «другое». 71,8% женщин наблюдались осложнения аборта. У 89 женщин развился эндометрит, у 63 развился параметрит, 148 женщин развился постабортный синдром, у 21 женщин возникло воспаление придатков матки, ещё у 8 опрошенных развился сепсис.

Выводы: Согласно результатам исследования, наблюдается устойчивое увеличение количества искусственных легальных абортов по желанию женщины, больше половины опрошенных не имеют представлений о контрацепции и не применяют ни один из методов. Из женщин, применяющих контрацепцию, большинство отдали своё предпочтение барьерному методу и методу физиологической контрацепции, однако эти методы не гарантируют 100% контрацептивного эффекта. Всё это способствует возникновению нежелательной беременности и увеличению числа абортов, которые неблагоприятно сказываются на репродуктивном здоровье женщины.

Список литературы:

1. Карпова И.А., Полякова В.А., Санников А.Г., Егоров Д.Б., Григорьева Н.В., Платицын В.А. Автоматизированный индивидуальный подбор гормональной контрацепции у женщин // Медицинская наука и образование Урала. 2018. Т. 19. № 4 (96). С. 77-83.
2. Мищенко, А.Н. Аспекты современной контрацепции / Мищенко А.Н., Черватюк М.И. // Вестник науки. – 2019. – № 5. – С. 577-579.
3. Метелева Т.А., Шевлюкова Т.П. Головная боль как критерий выбора гормональной контрацепции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019. Т. 18. №2. С. 34-40.
4. Олина А.А., Метелева Т.А. Гормональная контрацепция: алгоритм выбора // РМЖ. Мать и дитя. 2019. Т. 2. № 2. С. 76-82.
5. Падруль М.М., Уточкин Ю.А., Махмудова С.Э. Оценка медико-социальных рисков нарушения репродуктивного здоровья у школьниц г. Перми // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2020. Т. 16. № 2 (87). С. 11-21.

6. Полякова В.А., Шевлюкова Т.П., Спирина Е.А., Иванова Ю.А. Социально-биологические характеристики женщин, которым выполнено медикаментозное прерывание беременности // Медицинская наука и образование Урала. 2020. Т. 21. № 1 (101). С. 91-94.
7. Шевлюкова Т.П., Фольц Н.В., Хасанова В.В., Боечко Д.И. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте // Смоленский Медицинский Альманах. 2017. № 4. С. 92-95.

ПОСТРОЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЮНЫХ ПЛОВЦОВ НА ОСНОВЕ ТЕППИНГ-ТЕСТИРОВАНИЯ

Брынцева Е.В.

Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф.Лесгафта

Современный спорт требует современного подхода. Математические модели начинают появляться в комплексных подходах в таких науках, как физиология, биохимия, биомеханика, педагогика и психология. Построение модели – это трудоемкий труд, но именно она доказывает правильность формулировки гипотезы. Многие исследователи говорят о возможности создания психологической карты спортсмена, что позволит прогнозировать не только психологические изменения, но и прогнозировать успешность выступления и перспективы спортсмена. Сложность построения такой психологической модели является индивидуальность каждого человека, больше количество видов спорта, а также большое количество психических процессов, которые нужно изучить: моторное восприятие, зрительные сигналы, слуховые, мышление, память, внимание. Исходя из вышесказанного, важность нашего исследования заключается в недостаточности изучения проблемы психофизиологических качеств юных пловцов, их диагностики и перспектив для спорта. Непрерывный рост спортивных рекордов в том числе в плавании, обуславливает необходимость изучения психологических возможностей спортсменов. Цель исследования - выявление чувствительных показателей теппинг-теста для построения модели успешности юных пловцов.

Исследование проводилось на учащихся детско-юношеской спортивной школы г. Санкт-Петербурга. Респондентами были 50 пловцов 2009 года рождения (2009 г.р.), 47 человек 2010 года рождения (2010 г.р.1), а также было проведено повторное исследование группы 2010 г.р. (2010 г.р.2) через полгода с 49 детьми для оценки устойчивости полученных при первом прохождении блока тестов результатов (рисунок 4). Всего 146 исследований. Участники 2009 г.р. – 15 девочек и 35 мальчиков, 2010 г.р. – 13 девочек и 34 мальчика и 2010г.р. 2 – 20 девочек и 29 мальчиков. Все респонденты были на начальном этапе спортивной подготовки 2го года обучения. Для оценки силы нервной системы использовался теппинг-тест Е.П. Ильина. Тест выполняют с максимально возможным темпом движения кистью, что позволяет оценить силу/слабость нервной системы. Метод прост в использовании и не требует значимой материально-технической базы. Для методики необходим лист А4, разделенный на 6 равных прямоугольников. Чтобы дети поняли последовательность заполнения граф, последние были пронумерованы, а также поставлены стрелки по часовой стрелке. Методика проводилась в течение 1 минуты, в каждом прямоугольнике работали по 10 секунд. Задание заключалось в постановке как можно большего числа точек в каждом с последующим подсчетом результата. Статистическая обработка проводилась с помощью программ Microsoft office Excel и Statistica 6.0. Для построения регрессионной модели необходимо сначала выявить значимые корреляционные связи между показателями времени прохождения дистанции и

результатами теппинг-теста по 10-секундным квадратам. Значимой корреляционной связью ($p < 0,05$) обладают позиции 0-10 с для дистанции 50 м брасс (умеренная положительная корреляция), 30-40 с и дистанции 50 м дельфин и 50 м брасс (обратная слабая корреляция), а также с дистанцией 100 м комплекс (положительная слабая корреляция). Также была найдена значимая слабая положительная связь с утомляемостью нервной системы (разницей между 1 и 6 квадратом с точками). Выражение для определения прогноза результата на дистанции будет иметь следующий вид: 50 м брасс = $53,25 + 0,13 \cdot (\text{кол-во точек в квадрате 1})$ 50 м дельфин = $61,93 - 0,29 \cdot (\text{кол-во точек в квадрате 4})$ 50 м брасс = $62,94 - 0,2 \cdot (\text{кол-во точек в квадрате 4})$ 100 м комплекс = $117,56 - 0,35 \cdot (\text{кол-во точек в квадрате 4})$ 50 м брасс = $56,88 + 0,1 \cdot (\text{разницу точек между квадратами 1 и 6})$ Для предсказания результатов спортсменов на дистанциях 50 м брасс, 50 м дельфин и 100 м комплекс можно пользоваться приведенными формулами подсчета. К сожалению, хотя и значимость моделей достаточна высока ($p < 0,05$), и значимость коэффициентов высокая ($p < 0,05$ для всех предложенных коэффициентов), точность аппроксимации недостаточна ($R < 0,6$) и модель требует улучшения (введения новых независимых переменных, учета нелинейностей и т. д.). Модель теппинг-теста, представленная читателю, является стохастической, так как мы использовали для ее построения метод регрессионного анализа.

Таким образом, для дистанции 50 м брасс спортсмен должен набрать немного точек в 1 квадрате и большее количество точек в квадрате 4. Также он должен иметь небольшую разницу между количеством точек в 1 и 6 квадрате. Для успешного прохождения 50 м дельфин спортсмен должен набрать достаточно много точек в 4 квадрате. Чем больше точек, тем быстрее спортсмен. Для успешного прохождения 100 м комплекс спортсмен должен набрать достаточно много точек в 4 квадрате. Чем больше точек, тем быстрее спортсмен. Авторы надеются, что предложенная модель индивидуальной прогностической успешности поможет дополнить спортивный отбор и со временем аппроксимация психологических моделей вырастет с 0,2 до точной оценки способностей спортсмена. Математические модели - это также системный подход. Меняя параметры модели, мы не только углубим свое знание о психологических составляющих в личности спортсмена, но и сможем сформулировать точные гипотезы, доказанные в эксперименте. Знания становятся научными, когда могут быть предсказаны до появления соответствующего явления. Это может стать новым витком в развитии психофизиологии как науки.

Список литературы.

1. Аванесян Г.М. Научно-прикладные аспекты применения проективных методов в спортивном отборе // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2018. №3 (10).
2. Губа В.П., Методология и технология современного спортивного отбора: проблемы и пути решения, в сборнике: Материалы Всероссийской научно-практической конференции по вопросам спортивной науки в детско-юношеском спорте и спорте высших достижений, 2016. с. 922-928
3. Жарикова, М.В. Совершенствование техники плавания юных пловцов-кролистов на основе учета их типологических особенностей // Современные проблемы науки и образования. 2018. №2.
4. Серова, Л.К., Худайназарова Д.Р. Этапы спортивного отбора // Ученые записки университета Лесгафта. 2017. №1 (143)

ПРИМЕНЕНИЕ АФОБАЗОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Вардикян А.Г.

Башкирский государственный медицинский университет

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов, влияющих на частоту сердечно-сосудистых заболеваний и общую смертность. По данным ВОЗ, более 7,5 миллионов случаев преждевременной смерти связано с АГ [1,3]. Многие исследователи среди факторов, препятствующих достижению конечной цели гипотензивной терапии, отмечают метеочувствительность, которая наблюдается у 75% лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями [2,5,7]. В настоящее время, учитывая глобальные изменения климата, важно уточнить влияние сезонных колебаний метеорологических и геомагнитных факторов на частоту обострений у больных АГ с метеочувствительностью. Республика Башкортостан относится к умеренно-климатической зоне с атлантико-континентальным климатом. Изучение клинических особенностей у больных АГ с метеочувствительностью необходимо для разработки профилактических мероприятий, что в настоящее время является актуальной проблемой.

Цель исследования: изучить клиническую эффективность Афобазола в комплексном лечении больных артериальной гипертензией с метеочувствительностью. по результатам ретроспективного анализа 1735 амбулаторных карт с диагнозом АГ ГБУЗ РБ поликлиника №46 г.Уфа за 2019г. было выявлено 438 (25,3%) больных АГ 2 стадии, II степени, риск 3, из них женщин 248 (56,6%) и мужчин 190 (43,4%), трудоспособного возраста (средний возраст $49,1 \pm 1,4$ лет). Диагноз АГ верифицировался в соответствии с рекомендациями по артериальной гипертензии Российского общества кардиологов (РКО, 2019) [8]. Для проведения проспективного открытого исследования больные АГ II степени были разделены на 2 группы методом простой рандомизации: I группа положительного контроля - (n=125) лица с метеочувствительностью, из них женщин-93 (74,4%), мужчин –32 (25,6%), II – группа сравнения (n=123), больные АГ II степени не метеочувствительные: женщин – 78 (65,4%), мужчин –45(36,6%). Метеочувствительность больных АГ устанавливали по данным анамнеза и метеопатического индекса B. de Rudder [4]. Для оценки клинической эффективности препарата Афобазол больных АГ I группы- методом случайной выборки разделили на 2 подгруппы: IA подгруппа (n=63) - получала гипотензивную терапию согласно рекомендациям, РОК по АГ (2019) [8] и IB подгруппа (n=62)- на фоне гипотензивной терапии дополнительно принимала Афобазол- селективный небензодиазепиновый анксиолитик 10 мг 3 раза в день за 3 дня до изменения погодных условий [6]. Информацию о необходимости приема препарата Афобазол исследуемые получали от лечащего врача, которые находились в общем чате группы WhatsApp. Для сравнения результатов исследования была сформирована III группа- отрицательного контроля (n=30), здоровые лица, сопоставимые по полу и возрасту. Частоту обострений АГ анализировали в зависимости от индекса магнитных бурь (G-индекс), колебаний температуры воздуха и атмосферного давления по данным «Башгидрометцентр». Реактивную и личностную тревожность оценивали по шкале Спилбергера-Ханина. Исследование больных АГ II степени проводилось в начале и через 6 месяцев после наблюдения. Статистическая обработка результатов выполнена с помощью пакета данных STATISTICA 10.0. У больных АГ II степени с метеочувствительностью по данным исследования была выявлена взаимосвязь частоты обострений с неблагоприятными погодными факторами. Анализ данных показал, что обострения у больных АГ с метеочувствительностью чаще отмечались в дни с резким колебанием атмосферного давления – у 69,1%, при резком изменении температуры воздуха - у 67,5% и при наличии магнитных бурь - у 62,7% лиц. Наибольшая частота обращений за медицинской помощью у больных АГ с метеочувствительностью наблюдалась в весенний (36,6%), зимний (31,4%)

и осенний (29,1%) периоды. В начале исследования у больных АГ с метеочувствительностью (I группа) уровень систолического АД (САД) составил $167,3 \pm 9,8$ мм рт.ст, диастолического АД (ДАД) - $97,9 \pm 7,3$ мм рт.ст., через 6 месяцев показатели САД в IA подгруппе снизились на 11,8%, ДАД -10% (таблица 1), в IB подгруппе - при дополнительном применении Афобазола снизилось на 17,9%, 14,9% соответственно, во II группе на 13,6 % и -11,6% соответственно. Через 6 месяцев исследования целевые уровни АД у больных АГ в IA подгруппе сохранились у 32 (50,8%), в IB подгруппе у 49 (79%), во II группе у 69(56,1%), и недостаточное снижение АД в IA подгруппе наблюдалось у 31 (49,2%), IB подгруппе – 13(21%), а II группе – у 54(43,9%) лиц. Оценка нервно-психического состояния больных АГ с метеочувствительностью показала, что более выраженная позитивная динамика на фоне лечения была в IB подгруппе. При дополнительном применении Афобазола у больных АГ высокий уровень реактивной тревожности снизился на 9,7%, а умеренный увеличился на 11,4%.

Выводы:

1. Частота обострений у больных артериальной гипертензией с метеочувствительностью имеет сезонную динамику с увеличением в зимний, весенний и осенний периоды.
2. У больных артериальной гипертензией с метеочувствительностью чаще наблюдаются высокий уровень реактивной тревожности в сравнении с лицами АГ не метеочувствительными.
3. Комплексная гипотензивная терапия с включением препарата Афобазол у больных АГ с метеочувствительностью способствует уменьшению уровня тревожности и более выраженному снижению САД и ДАД.

Список литературы:

1. Антонышева О.В. Неблагоприятные события у пациентов с артериальной гипертензией II степени с разным уровнем тревоги, депрессии и когнитивными нарушениями / Антонышева О.В. //Вестник ВГМУ. -2013. -Т.12. - №4. -С.92-99.
2. Бехбудова Д.А. Метеочувствительность среди работников умственного труда/ Бехбудова Д.А., Бахшалиева А.Б.//Евразийский кардиологический журнал. -2018. -№1. - С.12-15.
3. Горбунов, В.М. Хронотерапия артериальной гипертонии: современное состояние проблемы / Горбунов В.М., Федорова Е.Ю., Платонова Е.В.//Рациональная фармакотерапия в кардиологии -2017. -Т.13. -№5. -С.706-715.
4. Григорьев К.И. Проблема повышенной метеочувствительности у детей и подростков/ Григорьев К.И., Поважная Е.Л.//Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2018. -Т.63. -№3. -С.84-90.
5. Заславская, Р.М. Динамика корреляционных отношений между погодными факторами и показателями СМАД под влиянием адаптогенов у метеочувствительных больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца/ Заславская Р.М., Щербань Э.А., Логвиненко С.И. // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке».-2012.-Т.14.-№3.-С.191-192.
6. Разумная Ф.Г. К фармакологии Афобазола / Разумная Ф.Г., Камилов Ф.Х., Капулер О.М., Муфазалова Н.А.// Фундаментальные исследования. - 2014. -№7(4). -С.848-855.
7. Хаснулин В.И. Роль патологической метеочувствительности в развитии артериальной гипертензии на Севере /В.И. Хаснулин, Е.В. Севостьянова //Известие высших учебных заведений. Поволжский регион. -2013. -№1(25). -С.92-101.
8. Чазова И.Е. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. / Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. // Системные гипертензии. -2019. -16(1). -С.6-31.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА

Велибеков Р.Т., Ивашиненко Ф.М., Крайнюков И.П.

Военно-медицинская Академия имени С.М. Кирова

У лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа наблюдается снижение вегетативной функции сердечно-сосудистой системы, о чем свидетельствуют показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР). Это приводит к риску возникновения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и повышенному риску внезапной сердечной смерти. Для оценки вегетативной регуляции сердечного ритма используется анализ ВСР, который представляет собой неинвазивный метод, отражающий взаимосвязь между симпатической и парасимпатической нервной системой. Он основан на количественном анализе RR-интервалов, измеряемых на электрокардиограмме. Далее происходит их преобразование различными математическими и графическими методами, что позволяет оценить состояние вегетативной нервной системы.

В исследование были включены 127 пациента без диагноза СД 1 и гипертоническая болезнь. Средний возраст пациентов $51,7 \pm 11,9$ лет. Для оценки риска развития сахарного диабета второго типа использовался валидированный опросник FINDRISC (Finish Diabetes Risk Score), в котором учитываются возраст, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии на уровне пупка, частота употребления овощей, фруктов и ягод, частота физической активности, использование гипотензивных препаратов, случаи повышения сахара в крови и семейный анамнез СД. Согласно полученным данным исследуемые были разделены на 4 группы в соответствии с риском развития сахарного диабета второго типа: 1 группа с низким риском - набрано менее 7 баллов (25 пациентов), 2 группа с повышенным риском – набрано от 7 до 11 баллов (40 пациентов), 3 группы с умеренным риском – набрано от 12 до 14 баллов (27 пациентов) и 4 группа с высоким риском – набрано от 15 до 20 баллов (32 пациента). Для измерения ВСР проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ кардиореспираторным монитором «КАРДИОТЕХНИКА-07-3/12Р» (Санкт-Петербург, Россия). Обработка данных проводилась программой KTRresult3. Рассчитывалась средняя минимальная и максимальная ЧСС, зарегистрированные днем и ночью, отношение средней ЧСС во время бодрствования к средней ЧСС во время сна (циркадный индекс); вариационный размах RR (VAR); стандартное отклонение всех NN-интервалов (SDNN), записанных за период времени; среднеквадратичное отклонение межинтервальных различий, оценивающее высокочастотный компонент вариабельности (RMSSD); число последовательных пар RR-интервалов, отличающихся более, чем на 50 ms, деленное на общее число всех RR-интервалов (pNN50); мощность очень низкочастотного домена (VLF); мощность низкочастотного домена спектра ВСР (LF); мощность высокочастотного домена спектра ВСР (HF). По результатам холтеровского мониторирования ЭКГ и анализа вариабельности сердечного ритма было выявлено среднее RR (мс) 903,6 для 1 группы; 910,9 для 2 группы; 867,8 для 3 группы и 914,3 для 4 группы. SDNN (мс) 64,9 для 1 группы; 56,2 для 2 группы; 52,1 для 3 группы и 46,9 для 4 группы. RMSSD (мс) 43,1 для 1 группы; 39,2 для 2 группы; 35,9 для 3 группы и 25,9 для 4 группы. pNN50 (%) 18,9 для 1 группы; 17,1 для 2 группы; 12,6 для 3 группы и 7,5 для 4 группы. Результаты для частотной области: VLF (мс²) 2191,3 для 1 группы; 1652,1 для 2 группы; 1577,0 для 3 группы и 1541,7 для 4 группы. LF (мс²) 1518,3 для 1 группы; 1056,6 для 2 группы; 1001,4 для 3 группы и 529,9 для 4 группы. HF (мс²) 609,1 для 1 группы; 583,3 для 2 группы; 579,0 для 3 группы и 376,6 для 4 группы.

Таким образом, необходимо учитывать, что пожилой возраст, повышенный ИМТ, абдоминальное ожирение и другие факторы риска развития СД являются факторами, снижающими ВСР (как во временной, так и в частотной области) - либо связанными, либо не связанными с диагностированным СД 2. Группы с наивысшим баллом риска диабета по шкале FINDRISC имели более низкие показатели ВСР, включая стандартное

отклонение всех NN-интервалов (SDNN), записанных за период времени; среднеквадратичное отклонение межинтервальных различий, оценивающее высокочастотный компонент variability (RMSSD); число последовательных пар RR-интервалов, отличающихся более, чем на 50 ms, деленное на общее число всех RR-интервалов (pNN50); мощность очень низкочастотного домена (VLF); мощность низкочастотного домена спектра BCP (LF); мощность высокочастотного домена спектра BCP (HF), предполагающие более низкую парасимпатическую и симпатическую активность, что может привести к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и риску внезапной сердечной смерти.

Список литературы.

1. Денисова А.Г. Клинический анализ variability и турбулентности сердечного ритма при сахарном диабете типа 2 / Денисова А.Г., Позднякова Н.В., Морозова О.И. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – №25. – С. 10-11.
2. Казаченко А.А. Изменение показателей variability сердечного ритма у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне / Казаченко А.А., Велибеков Р.Т. // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – №1. – С. 29-32.
3. Прекина, В.И. Variability сердечного ритма у здоровых людей / Прекина В.И., Чернова И.Ю., Ефремова О.Н. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – №25. – С. 12-13.
4. Перцева Н.О. Зависимость variability сердечного ритма от показателей контроля сахарного диабета 1 типа / Прекина Н.О., Гуржий Е.В., Мошенец Е.И. // Медичні перспективи. – 2020. – №1. – С. 88-95.
5. Meijnikman, A. S. Screening for type 2 diabetes mellitus in overweight and obese subjects made easy by the FINDRISC score / A.S. Meijnikman, C.E. De Block, A. Verrijken, I. Mertens, B. Corthouts, L.F. Van Gaal // Journal of diabetes and its complications. – 2016. – Vol. 30. – P. 1043-1049.

АНАЛИЗ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Волобуев Д.К., Привалова Т.С., Хардинова Е.М.

Курский государственный медицинский университет

В результате проведенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) исследований были получены данные, позволяющие говорить о причинах преждевременной смерти жителей нашей планеты. Сердечно-сосудистые заболевания в настоящий момент составляют примерно половину неинфекционных случаев заболеваемости или около 30% причин летальных исходов во всем мире. В частности, ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляет большой пласт в структуре заболеваемости и смертности от патологии, связанной с системой кровообращения. Цель исследования - изучить закономерности между локализацией зоны некроза миокарда и нарушениями ритма, возбудимости и проводимости и на основании полученных данных обозначить основные модели пациентов с ИМ и наличием аритмии.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра БМУ Курской областной клинической больницы, в количестве 103 человек за период с января 2018 года по декабрь 2018 года. Количество мужчин – 72 человека, женщин – 31 человек. Средний возраст мужчин составил 55 лет, средний возраст женщин – 70 лет. Все пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от локализации инфаркта. На 103 пациента пришелся

161 случай нарушения ритма. При оценке нарушений использовались данные электрокардиографии, Холтеровского мониторирования ЭКГ. Данные были получены методом выкопировки данных из медицинских карт стационарных больных (форма 033У) за выбранный период. Обработка и графическое представление данных проводилось с помощью компьютерных программ, в том числе MS Excel 2016 и Statistica 10.0. Для классификации нарушений ритма применялась классификация, предложенная М.С. Кушаковским, Н.Б. Журавлевой в модификации А.В. Струтынского и соавторов. 1) Боковая локализация наблюдалась у 8 пациентов, сопровождалась нарушением образования импульса в виде синусовых тахикардий, предсердных экстрасистол. 2) Нижняя локализация верифицирована у 20 больных. Проходила с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, желудочковые экстрасистолы) и с нарушением проводимости (блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса). 3) Нижнебоковая локализация была у 26 пациентов и сопровождалась нарушением образования импульса (синусовая тахи- и брадикардия, предсердные и желудочковые экстрасистолы), нарушение проводимости в виде блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса. 4) Передняя локализация верифицирована у 33 больных. Сопровождалась с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, предсердные и желудочковые экстрасистолы), а также с нарушением ритма (блокада правой ножки пучка Гиса). 5) Передне-верхушечно-боковая локализация выявлена у 16 человек с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, брадисистолические формы фибрилляции предсердий) и с нарушением проводимости в виде блокад передней ветви левой ножки пучка Гиса. Нарушения образования импульса в виде синусовых тахикардий чаще встречались при боковом инфаркте миокарда, а синусовые брадикардии – при передне-верхушечно-боковых. Нарушения образования импульса в виде предсердных экстрасистол характерны больше для боковых форм инфаркта, а в форме желудочковых – для нижних. Нарушения проводимости в виде блокад передней ветви левой ножки пучка Гиса наиболее часто встречались при нижнебоковых формах, а блокады правой ножки пучка Гиса – при передних.

Список литературы.

1. Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000 - 2018 гг. // Федеральная служба государственной статистики URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdr2-1.xls> (дата обращения: 15.05.2020).
2. Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Лякишев А.А., Лупанов В.П., Панченко Е.П., Комаров А.Л., Ежов М.В., Ширяев А.А., Самко А.Н., Соболева Г.Н., Сорокин Е.В. "Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца (Практические рекомендации). Кардиологический вестник 2015; N 3: 3 - 33.
3. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. "Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения". 2-е изд, перераб. и доп. - Москва, Медицинское информационное агентство, 2012. - 271.
4. Клиника, диагностика и лечение заболеваний внутренних органов: учебное пособие для подготовки к практическим занятиям студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине «Госпитальная терапия» / Под ред. проф. Князевой Л.И. – Курск: КГМУ, 2018 – 484 с.
5. Клинические рекомендации "Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и атеросклеротическое поражение сонных артерий" от 2017 Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. - 2017 г.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ОРЛОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ИМ. И.С. ТУРГЕНЕВА

Волтов А.А., Моисеева Я.И.

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева

Сердечно-сосудистые заболевания - общее название заболеваний сердца и кровеносных сосудов. Они являются одной из самых главных и актуальных проблем современности, поскольку занимают лидирующее место по смертности и инвалидизации населения во всем мире, в том числе и в России. При этом следует обратить внимание, что кардиопатологии в настоящее время распространены не только среди взрослого, но и среди молодого населения. Также на сердце в течение всей жизни воздействует множество негативных факторов, способствующих возникновению тех или иных патологических изменений, в первую очередь наследственность, совокупность внешних и внутренних факторов, к которым относятся различные производственные факторы, курение, гиподинамия, эндокринные патологии, неправильное питание, ожирение. В диагностике сердечно-сосудистых заболеваний не маловажная роль принадлежит определению предрасположенности и обнаружению самого заболевания на ранних стадиях с помощью анкетирования. Основные цели и задачи данного исследования: 1. Установление на основе собственных наблюдений с помощью анкетирования и последующего анализа данных степени предрасположенности или обнаружения сердечно-сосудистых заболеваний на ранних стадиях. 2. Повышение заинтересованности людей в состоянии здоровья их сердечно-сосудистой системы, а также увеличение осознанности влияния их образа жизни и привычек на собственное здоровье.

В рамках данной работы нами была составлена анкета, состоящая из 24 вопросов, которые напрямую или косвенно касаются деятельности сердечно-сосудистой системы. В исследовании приняли участие 100 студентов со 2 и 3 курсов (по 50 студентов с каждого курса). По данным анкетирования была составлена шкала интерпретации в баллах, которая показывала опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний (по четырём степеням). По взятым в ходе выполнения работы вопросам были составлены и наложены друг на друга графики, анализ которых производился в процентном соотношении. Проанализировав данные анкетирования с помощью шкалы интерпретации среди студентов 2-го и 3-го курсов, можно сделать вывод, что опасность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний отсутствует у 37% студентов 3-го курса и 32% - 3-го курса; умеренная: 3-ий курс – 12%, 2-ой – 16%; выраженная: 3-ий курс – 1%, 2-ой – 2%; высокая – отсутствует.

Выводы:

1. Проанализировав данные анкетирования, было выявлено, что у большей части исследуемых отсутствует предрасположенность и опасность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний
2. Но при этом все равно у небольшой части студентов наблюдается умеренная степень развития изменений в сердечной деятельности.
3. Почти все студенты, отвечая на вопросы анкетирования, заинтересовались проблемой состояния своей сердечно-сосудистой системы
4. В дальнейшем на основе полученных данных, доработав ряд моментов, можно будет сделать рекомендации по снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Список литературы.

1. Дубинин, К. Н. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний к студентам медиков / Дубинин К.Н., Хлопина И.А., Плакуев А.Н., Суханова Н.С.// Международный научно-исследовательский журнал. - 2015. - №8 (39), Ч.3. - С. 94-101.

2. Плавунов, Н. Ф. Представление пациентов с артериальной гипертонией о болезни и ее последствиях / Плавунов Н.Ф., Багманова Н.Х., Котовская Ю.В., Караулова Ю.Л., Дмитрова Т.Б.// Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2014. - № 1(25). - С. 38-41.

3. Остроумова, О. Д. Употребление алкоголя больными сердечно-сосудистыми заболеваниями (результаты анкетирования кардиологических больных в амбулаторной практике) / Остроумова О.Д., Николаева И.Е., Ерегин С.Я., Покровская И.В., Ищенко К.А.// Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2015. - № 11(6). - С. 582-589.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МИГРЕНИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Гарманова А.А., Пельтихина О.В., Соболев Е.А., Морозов А.М.

Поликлиника №1 Управления делами президента, Тверской государственный медицинский университет

Мигрень - это первичная головная боль, проявляющаяся в виде приступов пульсирующей боли, обычно захватывающая половину головы (гемикрания) и сопровождающаяся тошнотой или рвотой, непереносимостью яркого света (фотофобия) и резких звуков (фонофобия) [1]. Сам термин «мигрень» введен Гиппократом в V в. до н. э. Считается, что мигренью страдали многие известные люди: Юлий Цезарь, Исаак Ньютон, Чарльз Дарвин, Фредерик Шопен, Зигмунд Фрейд, Эдгар По, А.П. Чехов, П.И. Чайковский и др. Головная боль - очень распространенный симптом, который обладает высокой социальной значимостью. Мигрень характеризуется повторяющимися приступами односторонней боли в голове, а также иными желудочно-кишечными и вегетативными проявлениями. У 60-70% больных эта болезнь имеет наследственный характер [2]. Распространенность головных болей по данным ВОЗ среди взрослых людей составляет около 50%. 1,7 – 4% взрослого населения мира страдает от головной боли, продолжающейся 15 или более дней ежемесячно. В России 20,3% больных, имеющих такое заболевание как мигрень [3]. В наше время распространенность мигрени с каждым годом увеличивается, а возраст больных постоянно снижается. Вопреки распространенному мнению, мигрень не является возрастным заболеванием, она может проявиться у людей в возрасте до 20 лет – что будет являться ее характерным признаком. Данным заболеванием страдают преимущественно женщины (у них появляется мигренозные приступы в 2 - 3 раза чаще, чем мужчины). Но нужно заметить, что у мужчин интенсивность болей намного выше [5]. Причиной появления мигрени могут быть травмы головы, артериальная гипертензия или наследственная предрасположенность. Однако наследование мигрени не является облигатным, так как наследуются индивидуальные особенности реактивности сосудистой системы на определенные раздражители. При наличии мигрени у обоих родителей, риск заболевания у потомков достигает 60 - 90%, тогда как в контрольной группе - 11%. Если заболеванием страдает мать, то риск заболевания ее детей составляет 72% [3]. Для эффективной первичной и вторичной профилактики необходимо, чтобы пациенты обращали внимание на факторы, вызывающие головную боль. Это могут быть физические упражнения, диеты, стрессы, яркий свет, громкая музыка, употребление алкоголя или же гормональный сбой, так же приступ мигрени может наступить после первой менструации, возможно усиление симптомов во время климакса. Кроме того, мигрень имеет характерную клиническую картину. Эти знания позволят человеку правильно справляться с болями, что существенно улучшает качество жизни [5]. Согласно международной классификации головной боли 3-го пересмотра, мигрень подразделяется на мигрень без ауры и мигрень с аурой. Важно знать, что аура -комплекс локальных обратимых неврологических

симптомов, таких как зрительные, чувствительные, двигательные и речевые нарушения, которые проявляются в начале, перед приступом мигрени, нарастают в течении 5-20 минут и проявляются в течении 1 часа. Аура по статистике обычно наблюдается у 10-15% больных [2]. Важно знать о существовании мигрени без головной боли, так называемой «обезглавленной» мигрени. Этот приступ носит абортивную форму, то есть после типичной ауры не возникает приступа собственно головной боли или боль имеет умеренный характер. Кроме того, важно знать и об абдоминальной мигрени, которая проявляется в таких симптомах боль в животе, тошнота и циклическая рвота и периодическая диарея. Каждый человек должен быть знаком этими формами болезни, так как они очень коварны и умеют маскироваться под другие заболевания, поэтому мигрень в этих случаях очень трудно выявить [5]. В любом случае при частых, приступообразных и выраженных головных болях, необходимо провести дополнительные исследования, чтобы выяснить причину болей и исключить наличие более серьезных заболеваний головного мозга. Под маской мигрени могут скрываться такие заболевания, как гипертоническая болезнь, сосудистые опухоли головного мозга, сосудистые и воспалительные заболевания головного мозга, инсульт, инфекционные поражения мозга и его оболочек, опухоли головного мозга [4].

Анализ проводился на основании опроса. Было проанкетировано 187 человек в течение 2020 года. В исследовании поучаствовало 77,5% женщин и 22,5% мужчин. Возрастная категория была ранжирована на 4 интервала, первый – меньше 18 лет, второй – от 18 до 25 лет, третий – 26-35 лет, четвертый более 37 лет. Головную боль отмечали 91,4% опрошиваемых. Причем, боль встречалась у всех опрошенных мужчин различного возраста. Чаще всего с головной болью люди сталкиваются один-два раза в месяц от 1 часа и более. У большинства людей (69,5%) головная боль ограничивает их работу, учебу и обычный образ жизни. Этот результат показывает, что у многих опрошенных боли имеют высокую интенсивность. На основании опроса о причинах головной боли выявлено, что в основном у лиц менее 18 и до 25 лет мигрень начинается из-за переутомления, волнения и голода. У лиц в возрасте 26-35 лет боль наступает по причине приема алкоголя, громкой музыки и недосыпа. Люди в возрасте более 37 лет страдают от головной боли по тем же причинам, что и предыдущая категория, а также из-за повышения АД и перемены погоды. По результатам опроса было выявлено о довольно хорошей информированности людей о мигрени. Выявлено, что большинство мужчин не знают о том, что головная боль не всегда является симптомом мигрени. По всем опрошенным статистика показала, что 44,4 % опрошенных знают отличия между простой головной болью и мигренью, женщины оказались наиболее осведомленными в данном вопросе. Анализ симптомов, которые испытывают люди вместе с головной болью, показал, что самым распространенным является тошнота и рвота, причем ее испытывают чаще женщины в возрасте 18-25 лет (28 человек из 32-х, испытывающих этот же симптом). Так же было обнаружено, что большинство девушек в возрасте от 18 до 35 лет имеют вегетативные проявления со стороны кожи при приступах головной боли. Это может быть одним из симптомов менструальной мигрени. 66% опрошенных испытывают только головную боль, не связанную с иными симптомами. По данным опроса у 109 людей из 187 отмечаются головокружения во время приступа головной боли, причем в основном это девушки от 18 до 35 лет. 81 человек испытывал простые зрительные галлюцинации, выражающиеся мерцающими пятнами перед глазами, по статистике в основном это женщины, старше 37 лет. Это может быть вызвано проблемами с сердечно-сосудистой системой и сосудами головного мозга. По результатам опроса люди в основном принимают НПВС, такие как Нурофен (33,3%), Парацетамол (20,8%) Ибупрофен (2,2%), а также анальгетики, такие как Цитрамон (27,9%), Пенталгин (20,2%). Большая часть опрошенных не берут с собой препараты для лечения головной боли. Ответ «иногда» занимает 2 место по численности (28,9%). За ним идет «постоянно» с 23,5%, что показывает, что зачастую люди забывают про таблетки и не думают о том, что у них может случиться приступ головной боли. Даже

те опрошенные, что постоянно испытывают головную боль, редко берут лекарство с собой. Большинство опрошенных никогда не обращались к врачу по поводу головной боли (76,5%). Обратившимися за помощью к специалистам (19,8%) были женщины и мужчины старше 37 лет. По статистике опроса вторым по численности ответом является «1-2 раза в жизни» (37), а третьим стоит «постоянно наблюдаюсь» (7). Данные опроса демонстрируют, что люди более молодого поколения в основном не обращаются за помощью в медицинские учреждения, принимая обезболивающие препараты. Знания о мигрени и ее течениях необходимы каждому человеку. Однако, по данным опроса, многие люди не обращают должного внимания на симптомы мигрени и редко обращаются к врачу. Опрос показал, что с возрастом увеличивается количество триггер-факторов головной боли. Анализ результатов демонстрирует, что мужчины менее осведомлены о различиях мигрени и головной боли. Следует отметить, что в настоящее время мигрень появляется все чаще и может проявиться в основном в возрасте от 18-25 лет, снижая работоспособность и ухудшая качество жизни.

Список литературы.

1. Практическая неврология: руководство для врачей / под ред. проф. Кадыкова А.С., Манвелова Л.С., Шведкова В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 464 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
2. Осипова В.В., Вершинина С.В., Колосова О.А. История изучения мигрени (от античных времен до начала XX века) // Неврол. журн. 2001; 5: 57–59.
3. Пирадов М.А., Тактика врача-невролога. Практическое руководство [Электронный ресурс] / под редакцией Пирадова М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 208 с. (Серия "Тактика врача") - ISBN 978-5-9704-5201-1
4. Гинсберг Л. Г49 Неврология для врачей общей практики [Электронный ресурс] / Л. Гинсберг ; пер. с англ. - 3-е изд. (эл.). - Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 371 с.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. - (Лучший зарубежный учебник)
5. Паис В.Л. Что такое мигрень и как с ней бороться? //Безопасность труда в промышленности. 2013. № 11. С. 88-91.

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ И МАРКЕР ДИСПЛАСТОЗАВИСИМОЙ ВИСЦЕРОПАТИИ

Гопак А.В., Данченко А.И.

Тверской государственный медицинский университет

Повсеместное внедрение в клиническую практику неинвазивных методов визуализации внутренних органов позволило значительно увеличить частоту выявления очаговых заболеваний печени. Они главным образом представлены доброкачественными кистозными образованиями, частота которых близка к 5% в виде непаразитарных кист и гемангиом, в большинстве случаев, протекающих бессимптомно. Кисты печени имеются почти у 1% людей, чаще у женщин (в 3-5 раз чаще, чем у мужчин) в возрасте от 30 до 50 лет. При аутопсии кисты обнаруживают в 1,5-2,5% наблюдений. Кистозные образования печени составляют 11,8% от всех пациентов с очаговыми образованиями печени. Киста печени – доброкачественное полостное жидкостное образование, изнутри покрытое слоем цилиндрического или кубического эпителия. Содержимое кист представляет собой прозрачную жидкость, редко с примесью желчи или крови. Кисты имеют эмбриональное происхождение: в эмбриогенезе эпителий aberrантных желчных протоков секретирует жидкость с образованием истинных и ложных кист. Различают кисты ретенционные, воспалительные, травматические и паразитарные [1,2]. По количеству они кисты могут

быть одиночными, множественными, в виде поликистоза печени. Гемангиома – доброкачественная опухоль, состоящая из кистозных полостей, заполненных кровью. Гемангиомы возникают в результате аномалии развития сосудов или их врожденной отшнуровки в процессе эмбриогенеза [2]. По своему происхождению они являются гамартомами. Гемангиомы встречаются в 7,4% секционных исследований. Кисты и гемангиомы печени представляют собой висцеральные проявления соединительнотканых дисплазий и часто коморбидны различным поражениям пищеварительного тракта [3].

Проанализировано 60 амбулаторных карт пациентов, обратившихся по разным поводам к гастроэнтерологу и содержащих протоколы визуализирующих исследований органов брюшной полости. Возраст пациентов варьировал от 24 до 88 лет (в среднем 56 лет), из них 45 (75%) женщин и 15 (25%) – мужчин. Диагноз был установлен при проведении УЗИ, КТ или МРТ брюшной полости. О давности существования заболевания судили по факту первой визуализации образований печени, максимальная давность составила 13 лет. Установлено, что поводом для обращения к гастроэнтерологу являлись неспецифические проявления абдоминальных болей и диспепсических расстройств, представленные жалобами на тяжесть и боль в эпигастрии (43,3% случаев), изжогу (33,3%), боли в правом подреберье (28,3%), горечь во рту (26,7%), запоры (23,3%), метеоризм (20,0%), диарея (18,3%), тошнота (13,3%), боли по ходу кишечника (10,0%), неустойчивый стул (8,3%), тяжесть в левом подреберье (5,0%), ретростернальные боли (3,3%). Очаговые образования печени у 55,0% пациентов были представлены кистами, у 41,6% – гемангиомами, в 3,4% случаев имело место сочетание гемангиом и кист. В 75,0% случаев кисты печени были единичными, реже (23,3%) – множественными, в одном случае (1,7%) диагностирован поликистоз. Наиболее частой локализацией кист явилась правая доля печени (53,3% наблюдений), в левой они определены в 33,3% случаев, в обеих долях – в 8,3%. Минимальный размер очаговых образований составил 3×3 мм, максимальный – 74×64 мм. У 35% пациентов были диагностированы кистозные образования и других локализаций. Так, одновременно существующие кисты почек выявились у 28,3% пациентов, кисты яичников и поджелудочной железы – по 1,7%, кисты селезенки – 3,3%. Множественные кисты, локализованные в разных органах, отражают системный характер в связи со слабостью соединительнотканых структур висцеральных органов. Анализ коморбидной кистозным образованиям патологии органов пищеварения показал наибольшую частоту заболеваний панкреатобилиарной зоны. Так, хронический холецистит встречался у 48,3% пациентов, дисфункции билиарного тракта – у 33,3%, желчнокаменная болезнь – у 20,0%, хронический панкреатит – у 11,7%). Жировая болезнь печени отмечена в 16,7% случаев, синдром раздраженной кишки – в 16,7%, язвенная болезнь 12-перстной кишки – в 13,3%, дивертикулярная болезнь толстой кишки – в 6,7%. Эндоскопия эзофагогастродуоденальной зоны в 65% случаях обнаружила картину эзофагита, гастрита, дуоденита – от катарального до эрозивного разной степени выраженности. В 18,3% случаях диагностирована недостаточность кардии, а ГПОД диагностированы у 10% пациентов. Увеличение размеров печени и диффузные изменения ее паренхимы отмечены у 21,7% пациентов, что интерпретировалось как проявление жировой болезни печени. Учитывая, что кистозные образования паренхиматозных органов являются проявлением диспластозависимых висцеропатий, особое внимание было уделено оценке частоты встречаемости других доказанных их видов: чаще всего встречались нефроптоз (8,3% пациентов), висцероптоз (5,0%), аномалии формы желчного пузыря (35,0%), дивертикулы ободочной кишки (6,7%). Использование визуализирующих структур внутренних органов исследований (УЗИ, КТ/МРТ) позволяет с большой точностью установить наличие кистозных образований паренхиматозных органов брюшной полости – печени и почек [4]. При этом кисты печени могут служить маркером недифференцированной диспластозависимой висцеропатии, поскольку с высокой частотой сочетаются с другими стигмами дисплазии соединительной ткани. Их обнаружение должно стать поводом для

детализации наличия и других врожденных аномалий строения внутренних органов в качестве маркера диспластозависимой патологии внутренних органов для выработки мер индивидуальной первичной профилактики воспалительных, опухолевых и иных патологических состояний, что наиболее актуально у пациентов молодого возраста.

Список литературы.

1. Батвинков Н.И. Диагностика и хирургическое лечение очаговых заболеваний печени доброкачественного генеза // Батвинков Н.И. [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – №2. – С. 115-119.
2. Василенко, И.В. Морфологическая характеристика очаговых образований печени / И.В. Василенко [и др.] // Университетская Клиника. – 2017. – № 4 (25) – С. 22-26.
3. Кадурина Т.И. Алгоритм диагностики дисплазии соединительной ткани у детей / Кадурина Т.И., Абакумова Л.Н.// Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы: Под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, А.Н. Семячкиной. – М. – Тверь – СПб.: ПРЕ100, 2010. – С. 32 -40.
4. Лукьянченко А.Б. Современные представления о диагностике гемангиом печени (обзор литературы и собственные наблюдения) / А.Б. Лукьянченко [и др.] // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина, РАМН. – 2013. – Т. 24. – № 1. – С. 3-10.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ НАЛИЧИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ ДИГИДРАТА С КЛИНИКОЙ ОСТЕОАРТРИТА

Горохова В.А., Широкова К.Ю., Широкова Л.Ю., Носков С.М.

Ярославский государственный медицинский университет

Остеоартрит был и остается самым распространенным заболеванием костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата [2]. В настоящее время активно изучаются микрокристаллические механизмы генеза остеоартрита. Известно, что в развитии остеоартрита могут играть активную роль два вида кристаллов: основного фосфата кальция (ОФК) и пирофосфата кальция дигидрата (ПК). Кристаллы ОФК имеют маленький размер (1 нм) и визуально доступны только при электронной микроскопии. Установлено, что они чаще сопровождают клинически более яркие формы независимо от рентгенологической стадии. Кристаллы ПК визуализируются при световой или поляризационной микроскопии. Они чаще выявляются у больных с более высокими грациями по рентгенологическим стадиям. Динамических работ по анализу влияния различных методов лечения на содержание кристаллов ПК в синовиальной жидкости практически не проводилось. Целью нашего исследования было изучение встречаемости кристаллов ПК в синовиальной жидкости у больных на поздних стадиях остеоартрита коленных суставов с анализом влияния медикаментозной терапии.

Материалы и методы: Обследовано 104 больных остеоартритом коленных суставов преимущественно II-III рентгенологических стадий, у которых при артроцентезе получено не менее 0,2 мл синовиальной жидкости (средний объем 9,4 мл). Микроскопия проводилась в нативном материале на поляризационном микроскопе БИОЛАМ-6Р. По нахождению кристаллов ПК больных объединяли в группу с отсутствием или единичными кристаллами (ПК-): 8 пациентов и в группу с множественными кристаллами (ПК+): 96 больных. Различия между группами анализировали по классическим клиническим параметрам (ВАШ, индексы WOMAC, LEQUENE) и МРТ-картине коленных суставов [1].

Установлено, что группа ПК+ была старше практически на 10 лет (71,5 и 59,9) и имела большую длительность заболевания (12,9 и 7,4 года). Больные имели одинаковый индекс массы тела (31,4 и 31,2 кг/м²). Рентгенологическая стадия была по средней величине 2,7 в

группе ПК+ и 1,8 в группе ПК-. По ВАШ (визуально-аналоговая шкала боли и альгофункциональному индексу WOMAC группы были сравнимы. Индекс LEQUENE для оценки тяжести остеоартрита был 16,1 и 12,6 в соответствующих группах ПК+ и ПК-. По МРТ картине группа ПК+ характеризовалась значительно выраженным синовиальным выпотом (2,28 и 1,67 балла) при сравнимой толщине синовиальной оболочки, существенно меньшей толщине хряща медиального компартмента большеберцовой кости (0,42 и 1,09 мм), большим повреждением медиального мениска по STOLLER. Отек костного мозга присутствовал в 100% в группе ПК+ и только в 63% в группе ПК-. Суммарный объем отека костного мозга был 29,2 мм³ в группе ПК+ и 5,4 мм³ в группе ПК-.

Заключение. Таким образом, нахождение кристаллов ПК ассоциируется с больными наиболее старшего возраста, с более выраженной стадией остеоартрита и с более значительной потерей хряща. Кроме того, кристаллы ПК определенно связаны с такими ведущими, но потенциально обратимыми звеньями быстрого прогрессирования остеоартрита, как синовиальный выпот и значительный трабекулярный отек костного мозга. Дальнейшим развитием работы будет проведение динамического наблюдения за кристаллами пирофосфата кальция в синовиальной среде суставов при различных методах терапии остеоартрита.

Список литературы

1. Моторенко, В.И. К вопросу МРТ диагностики повреждений менисков коленного сустава/ В. И. Моторенко, М. А. Лихачевская, Л. А. Здоровец// Сб. научн. тр./Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения засл. деят. науки, профессора Б.М. Сосиной - Минск, 2003 – С. 87-91.
2. Широкова, Л. Остеоартроз: современные концепции и роль метаболических нарушений в повреждении суставных компонентов/Л.Широкова, М.Мокроусова, С.Симионова, К.Широкова, Р.Буланов, Е.Андрейченко//Врач. -2013. - №10. – С. 8-10.

ВОЗМОЖНОСТИ СЦИНТИГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гулинская О.В., Жигимонт А.В., Мосин О.В., Верховодко А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, г.Гродно (Беларусь)

Принципиально новый этап радиоизотопной визуализации связан с разработкой устройств широкого поля зрения (сцинтилляционные гамма-камеры) и метода визуализации — сцинтиграфии [1, 2]. Современные сцинтилляционные камеры представляют собой компьютеро-сцинтиграфические комплексы, позволяющие получать, хранить и обрабатывать изображения отдельного органа и всего тела в широком диапазоне сцинтиграфических режимов: статическом и динамическом, планарном и томографическом. Независимо от типа получаемого изображения оно всегда отражает специфическую функцию исследуемого органа. По сути, это картирование функционирующей ткани. Именно в функциональном аспекте заключается принципиальная отличительная особенность сцинтиграфии от других методов визуализации. Сцинтиграфия щитовидной железы, являясь пионером среди методов радионуклидной диагностики, сумела сохранить за собой позиции высокоинформативного обследования, имеющего потенциал для дальнейшего развития [3-5]. Цель исследования. Оценить возможности радионуклидного исследования в комплексной диагностике узловых патологий щитовидной железы путём сопоставления сцинтиграфических заключений с результатами сонографических и гистологических методов исследования.

Ретроспективно изучены 55 историй болезни за 2018-2019 год. Пациентки разделены на 2 группы: I группа– пациентки с нетоксическим многоузловым зобом (n=46),

II группа – пациентки с нетоксическим одноузловым зобом (n=9). Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартной компьютерной программы «Microsoft Excel». Проанализированы истории болезни 55 женщин в возрасте от 29 до 77 лет. Гормонально наблюдался эутиреоз или тиреотоксикоз. В первую группу исследования вошли пациентки с диагнозом «нетоксический многоузловой зоб» - 46 человек (83,64%). Вторую группу исследования составили пациентки с диагнозом «нетоксический одноузловой зоб» - 9 человек (16,36%). В обеих группах имелись данные о проведении УЗ-диагностики, тиреосцинтиграфии, а также результаты биопсии. Комплексное обследование (УЗИ+СГ+гистология) проведено 15(32,6%) пациенткам I группы. По данным 7/15 (46,67%) УЗИ выявлены признаки, характерные для злокачественных узловых образований (4 признака из 8 возможных). Неоднозначная УЗИ- картина требует дообследования пациентов путём проведения тиреосцинтиграфии(СГ). «Горячие» узлы были описаны в 28,58% случаев. Гистологически соответствовали фолликулярной аденоме. В 71,42% выявлялись как «горячие» узлы, так и «холодные». По результатам гистологии - микро-макрофолликулярный коллоидный зоб. У 31(67,39%) пациентке I группы при проведении СГ были выявлены очаги уплотнения, не дифференцируемые на сонограмме. Из них в 41,935% случаев определялись «горячие узлы», «холодные» - 22,58%, смешанные – 35,48%. Гистологически «горячие» и «холодные» узлы соответствовали фолликулярной аденоме, смешанные- микро-макрофолликулярному коллоидному зобу. Комплексное обследование (УЗИ+СГ+гистология) проведено 3(33,33%) пациенткам II группы. По данным УЗИ выявлены признаки, характерные для злокачественных узловых образований (2 признака из 8 возможных). «Горячие» узлы были описаны в 66,67% случаев. Гистологически соответствовали фолликулярной аденоме. У 6(66,67%) пациенток II группы при проведении СГ были выявлены очаги уплотнения, не дифференцируемые на сонограмме. Из них в 100% случаев определялись «горячие узлы», гистологически соответствующие фолликулярной аденоме.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) занимает ведущее место в диагностике узловых образований щитовидной железы. Это связано прежде всего с его доступностью, высокой разрешающей способностью, информативностью. Сцинтиграфия ЩЖ не может быть рекомендована в качестве скринингового метода диагностики. Однако, имея низкую лучевую нагрузку, тиреосцинтиграфия позволяет: визуально оценить уровень гормональной активности нормальной ткани ЩЖ и очагов уплотнения, не дифференцируемых на сонограмме; предположить гистологические свойства ткани; выявить наличие онкологической настороженности; на основании полученных данных определить предпочтительную тактику ведения пациента.

Список литературы.

1. Лишманов Ю.Б., Чернов В.И., Радионуклидная диагностика для практических врачей, Томск, 2004 г. 2. Foldes I., Levay A., Stotz G., Comparative scanning of thyroid nodules with technetium-99m pertechnetate and technetium-99m methoxyisobutylisonitrile, Eur J Nucl Med -1993 -Vol. 20. -P. 330-333.

3. Олейник Н.А., Матвеев В.Г., Давыдов Г. А., Результаты использования 99-м Тс-технетрила в дифференциальной диагностике опухолей щитовидной железы, Материалы III Всероссийского тиреоидологического конгресса «Диагностика и лечение узлового зоба», - Москва, 2004г.

4. Семёнов В. Д., Алексеев С.В., Сверчкова Л. А. и др., Сцинтиграфия в диагностике объёмных поражений щитовидной железы, Материалы Всероссийского научного форума «Радиология 2005». - М., 2005г.

5. Семёнов В.Д., Павлова Ю.Н., Иванова Н.В., Радиосцинтиграфия в диагностике автономно функционирующих узлов щитовидной железы, Материалы III Всероссийского тиреоидологического конгресса «Диагностика и лечение узлового зоба», - М., 2004.

СТРЕСС И ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Дворянинова Н.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Стресс является основной причиной, способствующей росту заболеваемости и смертности населения РФ. Сердечно-сосудистая система чаще всего подвергается воздействию социально-психологических факторов, поэтому стрессовые причины считаются наиболее значимыми в развитии ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Степень выраженности ишемии при стрессе зависит не столько от тяжести атеросклеротического поражения коронарного русла, сколько от степени дисрегуляции тонуса коронарных сосудов в ответ на стресс. В связи с вышеуказанными данными нам представляется актуальным выявить, влияет ли стресс на возникновение инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста в городе Ставрополе.

Было обследовано 42 человека пожилого и старческого возраста (от 60 до 82 лет) с инфарктом миокарда, находящихся на лечении в отделении ОКС ГБУЗ СК ГБ № 3 г. Ставрополя за период с декабря 2019 года по март 2020 года. Диагноз инфаркта миокарда был подтвержден клинико-ЭКГ-лабораторными данными. У всех больных оценивались вид инфаркта (Q (+) или Q (-)), количество перенесенных инфарктов в анамнезе, наличие таких сопутствующих заболеваний как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, отягощающих течение ИБС, вредные привычки (курение и злоупотребление алкоголем), фактор профессиональной занятости, образ жизни (семейное положение, характер питания, двигательную активность), уровень холестерина, глюкозы и кальция в крови. Всем больным на 10-14-й день пребывания в стационаре проводилось тестирование на определение стрессоустойчивости и социальной адаптации по шкале Холмса и Раге (США) и тест на комплексную оценку проявлений стресса д.м.н., психолога Ю.В. Щербатых. Методы статистического анализа данных проводили с помощью программы Microsoft Excel - 5.0. При обработке персональных и лабораторных данных больных с инфарктом миокарда были получены следующие результаты. Вид ОИМ: У обследованных больных доминировал Q + ИМ. Семейное положение: Доминирующее количество обследованных больных (17 человек - как среди мужчин, так и среди женщин) были женаты, замужем. Остальные были холостыми. Что касается профессиональной занятости, то среди мужчин только 2 человека работали, а остальные 19 человек были на пенсии и нигде не подрабатывали. Среди женщин наблюдалась аналогичная ситуация. Образ жизни: Несмотря на пожилой и старческий возраст, мужчины были активнее женщин. Однако это не защитило их от развития острых коронарных событий. Характер питания: Более 90% представителей обоего пола не придерживались никаких диет и ограничений. Среди обследованных ни мужчины, ни женщины алкоголем не злоупотребляли. Сумма из двух слагаемых: «концентрация холестерина» и «содержание глюкозы» в крови - это жесткая биологическая константа. У здоровых людей она равна 10 ммоль/л. Среди обследованных пациентов коэффициент холестерин (ХС) + глюкоза (Г) были выше 10 у 17 человек среди мужчин, и у 16 человек среди женщин, что свидетельствовало о прогрессировании атеросклероза. Сопутствующие заболевания: Среди обследованных больных встречались пациенты с сопутствующими заболеваниями. Но ГБ и СД одновременно встречались у 2 мужчин и у 1 женщины. Впервые ИМ развился у 16 мужчин и у 17 женщин. Повторно развившийся ИМ зафиксирован у 5 мужчин и у 4 женщин. Глубина стресса и наличие таких сопутствующих заболеваний, как ГБ и СД, увеличивали риск развития повторных сосудистых катастроф. При оценке стрессоустойчивости выявлено, что у женщин пожилого и старческого возраста степень стрессоустойчивости выше, чем у мужчин. Кроме того, пороговой и низкой стрессоустойчивости у женщин не встречалось вообще. При

оценке уровня Ca^{++} в крови, как показателя стресса, выявлено, что у всех больных, перенесших ОИМ данный показатель был ниже нормы, как у мужчин, так и у женщин, вне зависимости от уровня стресса. Согласно комплексной оценке стресса по шкале Ю. В. Щербатых, выявлено, что уровень стресса был выше у мужчин (преобладал сильный), чем у женщин (преобладал умеренный).

Таким образом, в структуре перенесенных инфарктов у лиц пожилого и старческого возраста, доминировал Q (+) ИМ. Семейное положение влияния на развитие ОИМ не оказало. Ввиду преобладания среди лиц пожилого и старческого возраста не работающих пациентов, исключен профессиональный стресс как причина ИМ. Малоподвижный образ жизни можно рассматривать в качестве дополнительного фактора риска ИМ. В качестве маркера прогрессирования атеросклероза можно использовать коэффициента ХС + Г выше 10. Стрессоустойчивость женщин пожилого и старческого возраста выше, чем у мужчин. Уровень стресса у мужчин, перенесших ОИМ выше, чем у женщин. Женщины пожилого и старческого возраста подвержены повторным сосудистым катастрофам, в 2 раза чаще, чем мужчины, несмотря на высокую стрессоустойчивость. Наличие сопутствующей патологии: ГБ, СД или их сочетания влияют на глубину поражения. Кроме того, сниженный уровень кальция крови можно использовать как скрининговый показатель наличия стресса у больных, перенесших ОИМ.

Список литературы.

1. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гафарова А.В., Гагулин И.В. Инфаркт миокарда и стресс на работе и в семье //Кардиология. – 2011. №3. С. 10-16.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX –го столетия: тенденции, возможные причины, перспективы //Кардиология. – 2000. №6. С. 4-18.
3. Виноградов В.В. Стресс и патология//Монография – 2007
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом “БАХРАХ”, 1998. 672 с.
5. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990. 6. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. Nat Rev Cardiol 2012; 9: 360–370.

ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТКИ С OVERLAP-СИНДРОМОМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Дибров Д.А.

Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой

Системная склеродермия, или прогрессирующий системный склероз, - полиорганное заболевание, в основе которого лежат иммунные нарушения и вазоспастические сосудистые реакции по типу феномена Рейно, сопровождающиеся активацией фиброобразования и избыточным отложением компонентов внеклеточного матрикса (коллагена) в тканях и органах [1]. В настоящее время одним из малоизученных субтипов системной склеродермии является перекрестная форма с другими аутоиммунными заболеваниями, которая требует от клинициста персонифицированного терапевтического подхода к пациенту. Комплекс симптомов и полиморфизм клинической картины вынуждает врача четко расставлять акценты при выборе терапии с целью подавления ведущего патогенетического звена для достижения ремиссии и профилактики полипрагмазии. На примере пациентки с перекрестной формой системной склеродермии и

ревматоидного артрита рассмотрен подбор терапии с учетом динамики клинической картины заболевания. Представлено клиническое наблюдение пациентки с ревматоидным артритом, амилоидозом и лимитированной формой системной склеродермии. Пациентка К., 66 лет, госпитализирована в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой в октябре 2020г. с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки ног, болезненность, зябкость, онемение пальцев кистей на холоде. Из анамнеза известно, что диагноз ревматоидного артрита установлен в 1998г., в дебюте: артриты мелких суставов кистей, боли в плечевых, локтевых суставах, длительная утренняя скованность. Проводилась терапия хлорохином и сульфасалазином, на фоне которой сохранялись артриты и воспалительная активность. В 2003г. стационарное лечение в НИИР, назначены метилпреднизолон 12 мг/сут и метотрексат 10 мг/нед, однако при приеме метотрексата развился лекарственный гепатит, вследствие чего препарат был отменен. Получала лейкокеран, была отмечена положительная динамика, но отмена препарата в связи с нейтропенией. Затем получала лефлуномид 20 мг/сут в течение 2 лет с улучшением состояния, но препарат отменен вследствие диареи и плохой переносимости. Находилась на терапии метилпреднизолоном в дозе 4 мг/сут. В мае 2011г. инициирована терапия адалимумабом 40 мг 1 раз в 2 недели. На фоне терапии положительный эффект, однако зарегистрированы повышение креатинина, протеинурия, отеки лица, голеней и морфологически по результатам биопсии подслизистой оболочки двенадцатиперстной кишки подтверждено развитие амилоидоза. В виду развития амилоидоза инициирована терапия тоцилизумабом 560 мг 1 раз в 4 недели с положительной динамикой, благодаря чему возможность полной отмены метилпреднизолона. В результате проведено 13 введений тоцилизумаба, после чего отмена препарата из-за развития нейтропении. С 2013г. сохранялось удовлетворительное состояние, принимала гидроксихлорохин 200 мг/сут, необходимости в коррекции терапии не было. В начале 2019г. отметила появление зрительных дефектов - радужных пятен по краям зрения, в связи с чем, после консультации офтальмолога, отменен плаквенил. В апреле 2019г. госпитализация в НИИР. При обследовании С-реактивный белок 4,3 мг/л, антинуклеарный фактор 1/640, антицентромерные антитела >300 Ед/мл. Назначен азатиоприн 50 мг/сут - принимала до июня 2020г. (отмена по немедицинским причинам). С февраля 2020г. отметила одышку при умеренной физической нагрузке, которая постепенно прогрессировала. При обследовании в НИИР по данным клинического осмотра отмечены: склеродактилия, феномен Рейно, "кисетный рот", маскообразность лица, телеангиоэктазии. Отеки голеней 2-3 ст. Анкилоз правого лучезапястного сустава, атрофия мышц кистей, болезненность мелких суставов кистей, лучезапястных, плечевых, тазобедренных, коленных, голеностопных суставов. Число болезненных суставов = 20, ВАШ боли 60 мм, DAS28срб = 4,68 (умеренная активность). Тоны сердца ясные, ритмичные, диастолический шум в проекции клапана легочной артерии. АД 110/70 мм рт ст. Пульс 84 уд в мин. При аускультации легких дыхание везикулярное. По данным лабораторных анализов АНФ-Нер2 1/1280, антицентромерные антитела 266,3 ед/мл. По данным компьютерной томографии грудной клетки минимальные ретикулярные изменения обоих легких, единичные мелкие утолщения костальной плевры обоих легких, наиболее вероятно, фиброзного генеза, признаки легочной гипертензии. При ЭХО-КГ: Расширение ветвей легочной артерии. Аортальная недостаточность I степени. Митральная недостаточность II степени. Трикуспидальная недостаточность II степени. Недостаточность клапана легочной артерии II степени. Легочная гипертензия (СДЛА макс 57 мм рт ст). Незначительное утолщение листков перикарда. Незначительное количество жидкости в правой и левой плевральной полости. ФВ 66%. По данным капилляроскопии переходный неактивный склеродермический тип. По данным рентгенографии кистей и стоп признаки ревматоидного артрита 2 стадии, эрозии. Установлен диагноз: М34.0 Системная склеродермия, хроническое течение, лимитированная форма ст.2, акт.3: диффузная гиперпигментация, склеродактилия,

маскообразность лица, синдром Рейно, перикардит (перенесенный), легочная гипертензия, интерстициальное поражение легких, капилляроскопические нарушения, АЦА+, АНФ+. Overlap-синдром. M05.8, Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность умеренная (DAS28 = 4,68), эрозивный, рентгенологическая стадия 2, ФК2. Осложнения: Вторичный амилоидоз, ХБП 2 (СКФ 66,89 мл/мин/1,73м2). Назначена терапия метилпреднизолоном 8 мг/сут, гидроксихлорохином 200 мг/сут, "сосудистая" терапия пентоксифиллином в/в кап, торасемидом 10 мг/сут, спиронолактоном 50 мг/сут, силденафилом 40 мг/сут. На фоне проведенной терапии отмечено улучшение состояния: уменьшение выраженности одышки и отеков, уменьшение выраженности атак феномена Рейно, уменьшение болезненности в суставах, ВАШ боли 30, DAS28 по срб 3,1.

Таким образом, у представленной пациентки отмечено сочетание двух заболеваний: длительно текущего ревматоидного артрита и лимитированной формы системной склеродермии. Overlap-синдром двух аутоиммунных патологий обусловил атипичность клинической картины, необходимость в основательном диагностическом поиске в отношении каждого симптома и коррекцию терапии с учетом патогенетических субтипов. Так, установление диагноза амилоидоза привело к смене генно-инженерного препарата на тоцилизумаб, как наиболее подходящий в виду особенности течения болезни, благодаря чему состояние пациентки длительное время оставалось удовлетворительным. Уточнение этиологии одышки у пациентки привело к заключению о том, что на данный момент основную патогенетическую роль играет эндотелиальная дисфункция и "сосудистый" компонент, в пользу чего свидетельствует развитие легочной гипертензии в то время как фиброзные изменения в легких минимальны. На основе данных выводов стратегия лечения была направлена на подбор оптимального варианта ЛАГ (легочная артериальная гипертензия)-специфической терапии. На примере пациентки с overlap-синдромом системной склеродермии и ревматоидного артрита показано, что даже в рамках отдельных аутоиммунных патологий в динамике могут превалировать те или иные патогенетические механизмы. Возможность выделить клинические особенности отдельных форм заболеваний для врача может быть ключевым моментом в подборе терапии, которая позволит добиться стойкой и длительной ремиссии для пациента.

Список литературы.

1. Российские клинические рекомендации. Ревматология/под ред. Насонова Е.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа, стр.144, 2019.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дубинина М. С., Прокофьева Ю. В.

Курский государственный медицинский университет,
Клиническая больница «РЖД – Медицина» города Курск

По данным многоцентрового наблюдательского исследования «ЭССЕ–РФ» (эпидемиология сердечно–сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации) 30–45% взрослого населения страдают такой патологией сердечно-сосудистой системы, как артериальная гипертензия [2]. Статистические данные заболеваемости артериальной гипертензией и их абсолютный и относительный рост обуславливают актуальность ежегодного контроля клинических рекомендаций и их улучшение в вопросах терапии данного вида патологии сердечно-сосудистой системы. Цель исследования. Провести сравнительный анализ лекарственных препаратов, назначаемых пациентам с артериальной гипертензией в период с февраля 2019 по декабрь 2019 в ЧУЗ «Клиническая больница

«РЖД – Медицина» города Курск». Работа проводилась на кафедре пропедевтики внутренних болезней.

Материалы и методы исследования. Курского государственного медицинского университета, базой для клинических исследований и источником данных стало терапевтическое отделение ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» города Курск». Статистическая обработка данных проводилась за 2019 год с использованием пакета «Анализ данных» программы Microsoft Excel. Для обеспечения репрезентативности выборки числа респондентов по отношению к генеральной совокупности с доверительной вероятностью 85% и доверительным интервалом 15% необходимо было привлечь к исследованию не менее 26 пациентов. В исследовании приняло участие 40 пациентов с диагнозом артериальная гипертензия, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки. Средний возраст больных составил $52,4 \pm 3,3$ года. Среди них женщин – 40%, мужчины – 60%. Среди госпитализированных больных у 10% наблюдалась 1 стадия артериальной гипертензии, у 65% была диагностирована 2 стадия артериальной гипертензии (при этом у 31% пациентов была АГ 2 степени, у 69% – АГ 3 степени). Стоит отметить, что Риск 4 был зафиксирован в диагнозах 55% историй болезней, Риск 3 — 45%. Длительность лечения больных составила 14 дней. В изученной группе пациентов наиболее часто назначались препараты из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) (80%) и различных видов диуретиков (Д) (85%). Данные по остальным группам антигипертензивных препаратов (АП) выглядят следующим образом: β -адреноблокаторы (ББ) – 40%, антагонисты кальция (АК) – 40%, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) – 5%, антагонисты имидазолиновых рецепторов (АИР) – 5%, комбинированный препарат (блокаторы медленных кальциевых каналов + сульфаниламидный диуретик + ИАПФ) – 5%. При этом стоит отметить, что все препараты назначались в режиме комбинированной терапии. АИР использовались при лечении больных с сахарным диабетом и метаболическим синдромом. Рассмотрим вариабельность используемых препаратов внутри групп, частоту назначения отдельных препаратов. Среди ингибиторов АПФ преимущественно назначался периндоприл, так как по сравнению с другими представителями данной группы он имеет наименьшее количество противопоказаний, а также демонстрирует более ранний эффект, тогда как каптоприл и лизиноприл имеют ряд ограничений и противопоказаний для пациентов, страдающих сахарным диабетом, ИБС, почечной недостаточностью и цереброваскулярными заболеваниями [3]. Тиазидные диуретики широко применяют для длительного лечения артериальной гипертензии — это оправдывает их преимущественное применение среди диуретиков (52%). Высокая частота применения диуретиков показывает наличие сопутствующих заболеваний (ССЗ, выделительная система) у пациентов. Вариабельность бета-блокаторов вызвана различными факторами, но стоит отметить, что бисопролол является селективным ББ, что снижает риск развития удушья у больных с бронхиальной астмой, так как он действует только на β -1 адренорецепторы. Блокаторы рецепторов ангиотензина были назначены лишь 2 пациентам. Это можно объяснить одинаковой точкой приложения действия (выключение ангиотензина II) с АПФ, широко используемых при лечении [4]. Среди препаратов базисного ряда АК занимают особое место и чаще всего входят в комплексное лечение с другими группами препаратов. Их применение может быть обусловлено высокой распространённостью ИБС (стенокардия) среди людей после 50 лет, в исследовании данная возрастная группа составляет 90% пациентов.

Из вышеприведенной статистики следует, что при назначении медикаментозных средств использовались все 5 стандартных групп, рекомендуемых клиническими рекомендациями для лечения артериальной гипертензии у взрослых [1]. Подбор препаратов осуществлялся с учетом сопутствующих заболеваний. По данным исследования можно утверждать, что тактика лечения больных АГ в ЧУЗ «КБ «РЖД–Медицина» г. Курск»

соответствует всем стандартам и доказывает эффективность основных групп препаратов в лечении данной нозологии.

Список литературы.

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации и Российское кардиологическое общество Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых МКБ 10: 110/111/112/113/115. – 2020. – 136 с.

2. Российское общество кардиологов: Исследования ЭССЕ-РФ [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://scardio.ru/news/novosti_obschestva/issledovanie_esserf_gorizonty_epidemiologii/ (04.11.2020).

3. Алехина О.Д. Преимущества контроля за течением гипертонической болезни с помощью фиксированной комбинации амлодипина и периндоприла / Алехина О.Д., Чеснокова И.В. //Системные гипертензии. 2018. – №15(4). – С.17–23.

4. Скотникова А.С. Гипотензивная терапия коморбидного больного: на что ориентироваться в выборе лекарственного средства? / Скотников А.С. //Лечащий врач. – 2018. – №2. – С.24–30.

АКТУАЛЬНОСТЬ АНТИФИБРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ COVID-19

Евсиенко Р.Р., Велибеков Р.Т., Крайнюков И.П.

Военно-медицинская Академия имени С.М. Кирова

Фибротическое поражение легких – осложнение пневмонии при COVID-19, оно характеризуется прогрессирующим ухудшением респираторной функции легких. Является плохим прогностическим признаком, приводит к дыхательной недостаточности, относится к числу наиболее тяжелых интерстициальных заболеваний. Средняя выживаемость пациентов с идиопатическим фиброзом легких после постановки диагноза составляет от 2 до 5 лет. В настоящее время антифибротическая терапия не является стартовой при оказании специализированной медицинской помощи. Трансплантация легких – единственный известный в настоящее время метод лечения, который увеличивает выживаемость пациентов. Необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий у пациентов с COVID-19 в целях профилактики снижения смертности от дыхательной недостаточности на фоне фиброза легких.

На кафедре инфекционных болезней был проведен ретроспективный анализ 159 историй болезни пациентов, проходивших лечение с диагнозом подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Основное внимание было обращено на результаты КТ (компьютерной томографии). Обследование проводилось на аппарате Siemens Definition AS 64. Все лица, проходившие лечение, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности пребывания в стационаре. Первая группа – до одной недели, вторая – от одной до трех и третья – более трех недель. При ретроспективном анализе заключений КТ 159 пациентов с ОРДС (острым респираторным дистресс синдромом) фиброз был отмечен у трех из 82 пациентов с длительностью заболевания менее 1 недели, у 13 из 54 пациентов с длительностью заболевания от одной до трех недель, а также 14 из 23 пациентов с длительностью заболевания более 3 недель. В исследовании 81 пациент из 159 пациентов имели ДН-1, а 27 пациентов ДН-2, у остальных – 51 пациента фиброз не приводил к ДН (дыхательной недостаточности). При исследовании у пациентов, которые были госпитализированы с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, частота ОРДС составляла 20%. Большая часть пациентов с развивающимся ОРДС выживает в острой фазе заболевания. Значительная их часть умирает в результате прогрессирующей

ДН на фоне фибротических изменений легких. У значительной части пациентов с ОРДС наблюдались остаточные признаки фиброза на КТ. Основным патогенетическим механизмом развития являются повторные и персистирующие повреждения альвеолярного эпителия с их последующим нарушением дифференцировки фибробластов в миофибробласты. На ранней стадии заболевания имеет место воспалительная инфильтрация альвеолоцитов. В свою очередь, клетки воспаления, вырабатывая профиброгенные факторы, приводят к появлению фибропластических фокусов. Они являются показателем активности процесса. В дальнейшем развивается фибротическое поражение с перестройкой архитектоники легкого вплоть до формирования «сотового легкого». Эти нарушения приводят к необратимым органическим поражениям и проявляется изменением функциональных возможностей дыхательной системы, что приводит к дыхательной недостаточности. Согласно данным ВОЗ, смертность от COVID-19 происходит из-за дыхательной недостаточности в 53%. В настоящее время инфекция COVID-19 является недостаточно изученной и так же неизвестны ее осложнения, отдаленные результаты. Ранняя диагностика изменений и применение антифибротической терапии у пациентов с COVID-19 и сопутствующей пневмонией может способствовать скорейшему выздоровлению, улучшению результатов комплексного лечения и улучшению в дальнейшем качества и продолжительности жизни. Для установления корреляции между фиброзом и COVID-19 необходимы дальнейшие исследования.

Список литературы.

1. Ashraf, O. Systemic Complications of COVID-19 / O. Ashraf, M. Young, J. Khalid, T. Cheema // Critical Care Nursing Quarterly. – 2020. – Vol. 43. – P. 390-399.
2. Gentile, F. COVID-19 and risk of pulmonary fibrosis: the importance of planning ahead / F. Gentile, A. Aimo, F. Forfori, G. Catapano, A. Clemente, F. Cademartiri, M. Emdin, A. Giannoni // European journal of preventive cardiology. – 2020. – Vol. 27. – P. 1442-1446.
3. George, P.M. Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antifibrotic therapy / P.M. George, A.U. Wells, R.G. Jenkins // The Lancet. Respiratory medicine. – 2020. – Vol. 8. – P. 807-815.
4. Ojo, A.S. Pulmonary Fibrosis in COVID-19 Survivors: Predictive Factors and Risk Reduction Strategies / A.S. Ojo, S.A. Balogun, O.T. Williams, O.S. Ojo // Pulmonary medicine. – 2020. – Vol. 12. – P. 156-163.
5. Vasarmidi, E. Pulmonary fibrosis in the aftermath of the COVID-19 era / E. Vasarmidi, E. Tsitoura, D.A. Spandidos, N. Tzanakis // Experimental and therapeutic medicine. – 2020. – Vol. 20. – P. 2557-2560.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА МЕТОДОМ GENEXPERT MTB/RIF

Ерлан А.Е., Бакенов Е.А., Мусабеков М.Б.

Некоммерческое акционерное общество "Медицинский университет Семей"

На ряду с многими инфекционными заболеваниями, туберкулез остается актуальным вопросом общественного здравоохранения не только в Казахстане, но и во многих странах мира, при этом предположение мировых инфекционистов говорит, что туберкулез останется одним из 10 самых тяжелых заболеваний в мире до 2025 года [3]. В Казахстане остается актуальной проблема устойчивых форм, на диагностику которых «старыми» методами уходило большое количество времени. В наше время широкое применение нашел молекулярно-генетический метод GeneXpert MTB/RIF, который определяет ДНК микобактерий туберкулеза и устанавливает ее устойчивость к рифампицину за 2-х часовой

период [2]. GeneXpert MTB/RIF является одним из эффективных и быстрых методов ранней диагностики туберкулеза, включая лекарственно-устойчивые формы. Использование GeneXpert MTB/RIF в качестве первоначального диагностического теста позволит своевременно выявить туберкулез, сократить сроки неправильного лечения больных, что предупредит распространение резистентных штаммов МБТ. Данный метод используется не только в лабораториях противотуберкулезных учреждений, но и в лабораториях учреждений первично медико-санитарной помощи. Биологическая безопасность персонала проводящего исследования на туберкулез обеспечивается должным образом, так как метод GeneXpert MTB/RIF полностью автоматизирован [2,4].

Цель исследования: изучить эффективность применения GeneXpert MTB/RIF в выявлении микобактерий туберкулеза в мокроте у больных в Семейском регионе.

Исследование проводилось на базе КГП на ПХВ "Региональный центр фтизиопульмонологии и реабилитации г. Семей". В ходе работы были проанализированы протоколы исследования лиц, обследованных молекулярно-генетическим методом в РЦФР г. Семей за 2017-2019 гг. Внедрение в практику противотуберкулезной службы методики выявления возбудителя туберкулеза и определения его чувствительности к рифампицину с помощью системы GeneXpert, разработка оптимальной модели использования системы, в соответствии с диагностическим алгоритмом выявления туберкулеза позволили в короткие сроки с высокой специфичностью обеспечить этиологическую диагностику новых случаев туберкулеза легких и рецидивов заболевания [5]. В период с 2017 по 2019 годы в РЦФР города Семей было обследовано методом GeneXpert MTB/RIF 3452 человека. Из них положительный результат МБТ выявлен у 670 человек (19,4%) и у 264 человек из лиц с положительным результатом определена устойчивая форма туберкулеза (39,4%).

Молекулярно-генетические методы позволили увеличить выявляемость туберкулеза в сравнении с традиционными бактериологическими методами. Это свидетельствует о необходимости расширения обеспечения доступа к молекулярно-генетическим методам, для ранней и точной диагностики туберкулеза, а также выявления устойчивости к рифампицину и изониазиду, т.к. эти методы обладают высокой чувствительностью и позволяют увеличить выявляемость туберкулеза [1]. Активное использование экспресс методов позволят обеспечить раннее выявление лекарственно-устойчивого туберкулеза, назначению правильной терапии и благоприятному исходу лечения, что, в свою очередь, приведет к снижению бремени МЛЮ ТБ в стране [3].

Список литературы.

1. Буркова С.А., Кашкенов М.К., Кобелева Н.Ф., Бижанов, К.Б., Кусаинова Р.Е. Возможности молекулярно-генетических методов исследований в диагностике туберкулеза в Северо-Казахстанской области // Фтизиопульмонология. – 2019. – №1 (33). – С. 46-50.

2. Ерлан А.Е., Айдарбек А.Е., Абдыгазизов Д.М., Бакенов Е.А. Эффективность метода GENEXPERT MTB/RIF в диагностики туберкулеза // Внутривузовская студенческая конференция «Студент и наука» секция: «Медико-биологические науки»: сборник тезисов. – 2019. – С. 12-13.

3. Ташметов К.К., Нысанбекова Ж.Н., Мурзахметова З.С., Темирова К.Б. эффективность молекулярно-генетического метода исследования XPERT MTB/RIF в Акмолинской области // Фтизиопульмонология. – 2018. – №2 (32). – С. 23-25.

4. Токсанбаева Б., Чингисова Л., Берикова Э., Аденов М., Исмаилов Ш. Расширение применения молекулярно-генетического метода XPERT MTB/RIF для диагностики ТБ и МЛЮ ТБ в Казахстане // Фтизиопульмонология. – 2019. – №2 (34). – С. 34-36.

5. Бидайбаев Н.Ш., Кутулуцкая Т.В., Садыкова С.Е. Эффективность внедрения молекулярно-генетического метода Genexpert в Карагандинской области // Фтизиопульмонология. – 2018. – №1 (31). – С. 46-47.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАДИОЙОДТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ПАЦИЕНТА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ибрагимов Х. У.

Чеченский государственный университет

Радиойодтерапия (РАЙТ) – один из методов эффективного лечения заболеваний щитовидной железы, сопровождающихся гипертиреозом. Сущность метода заключается в использовании радиоактивного изотопа йода ^{131}I , который накапливаясь в клетках щитовидной железы, подвергает их бета- и гамма-излучению и уничтожает. Целью данной работы является оценка эффективности применения радиоактивного йода в лечении диффузно-токсического зоба у пациентки подросткового возраста.

В качестве материалов исследования были использованы истории болезни пациентки, заключение сцинтиграфии щитовидной железы, результаты лабораторных исследований. Пациентка К., 16 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, потливость, учащенное сердцебиение, дрожь в руках, снижение массы тела на 6 кг за 2 месяца, раздражительность, апатию. Из анамнеза известно, что появление вышеуказанных жалоб пациентка отметила около 2 месяцев назад. При обследовании по месту жительства был выявлен тиреотоксикоз: ТТГ 0,006 МЕ/л, свТЗ > 48 пмоль/л, свТ4 39 пмоль/л. Была назначена терапия тирозолом в дозе 30 мг в сутки, на фоне чего через 2 недели развилась бурная аллергическая реакция в виде отека мягких тканей лица, рук. Терапия была отменена. Пациентка госпитализирована в эндокринологическое отделение ГБУ «Республиканский эндокринологический диспансер» для дообследования и подбора адекватной терапии. Результаты дополнительных исследований: Общий анализ крови: гемоглобин 129 г/л, эритроциты $4,73 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $4,33 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $219 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 54,5%, лимфоциты 27%, СОЭ 5 мм/ч, цветовой показатель 0,81. Тиреоидные гормоны крови: ТТГ 0,01 МЕ/л, свТЗ >39 пмоль/л, свТ4 >36 пмоль/л, АТкТПО 272 ЕД/мл. По биохимическому анализу крови и общему анализу мочи патологии не выявлено. ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия, ЧСС 120 ударов в минуту, нормальная электрическая ось сердца. УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа не увеличена, 12 мл, узловых образований нет. Сцинтиграфия щитовидной железы: картина характерна для диффузного токсического зоба с преимущественным поражением правой доли. Консультация окулиста: нет признаков эндокринной офтальмопатии. В условиях стационара была назначена терапия тирозолом в дозе 30 мкг в сутки под прикрытием антигистаминных препаратов. Препарат был отменен через 5 дней в связи с развившейся аллергической реакцией, тяжелым отеком мягких тканей. На фоне терапии глюкокортикоидами и процедур лечебного плазмафереза аллергическая реакция была разрешена. С пациенткой были обсуждены преимущества радикального лечения в данной ситуации, так как консервативная терапия не представляется возможной. Выписана из стационара на 21 сутки госпитализации, рекомендовано лечение с помощью радиойодтерапии. Через 2 недели после выписки была проведена терапия радиоактивным йодом. Пациентка получила 350 МБк натрия йодида ^{131}I в амбулаторных условиях в связи с небольшой дозой облучения. Было рекомендовано контролировать уровень тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона через 1, 3, 6, 9 месяцев спустя после терапии радиоактивным йодом. При развитии стойкого гипотиреоза показано назначение препаратов гормонов щитовидной железы в качестве заместительной терапии. Спустя 5 месяцев пациентка была повторно госпитализирована с жалобами на нарушение менструального цикла, выпадение волос, учащенное сердцебиение. Из анамнеза известно, что пациентка получает 50 мкг тироксина, в связи с развитием гипотиреоза (свТ4 8 пмоль/л). Последние 2 недели предъявляет вышеуказанные жалобы, терапию тироксином отменила самостоятельно. По данным общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи патологии не выявлено. Уровень ТТГ 0,4 МЕ/л, свТЗ 4,8 пмоль/л, свТ4 9,9 пмоль/л. ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС 81 уд в минуту, нормальная электрическая ось

сердца. Консультация офтальмолога: Эндокринная офтальмопатия I ст ОУ. Пациентке был выставлен клинический диагноз: Первичный гипотиреоз в исходе радиоiodтерапии по поводу ДТЗ средней тяжести, в фазе декомпенсации. В стационаре была проведена медикаментозная терапия: 50 мкг левотироксина в сутки, конкор 10 мг в сутки. В связи с положительной динамикой в состоянии, пациентка была выписана под наблюдение эндокринолога по месту жительства. Рекомендован прием левотироксина в дозе 50 мкг, с контролем ТТГ и последующей коррекцией дозы.

1. Радикальное лечение радиоактивным йодом является не только одним из самых эффективных методов лечения, но порой и методом выбора в терапии ДТЗ;

2. Молодой возраст пациента не является противопоказанием к проведению радиоiodтерапии;

3. Разрушение клеток щитовидной железы способствует выбросу ранее синтезированных тиреоидных гормонов, что приводит к развитию эндокринной офтальмопатии из-за разрастания ретробульбарной клетчатки;

4. При небольших дозах облучения, проведение радиоiodтерапии возможно и в амбулаторных условиях, при соблюдении пациентом правил радиационной безопасности;

5. При умеренных размерах щитовидной железы, для достижения необходимого терапевтического эффекта, достаточно однократное применение натрия йодида ^{131}I ;

6. Спустя 3-6 месяцев после терапии у пациентов развивается стойкий гипотиреоз, который нуждается в коррекции препаратами тироксина.

Список литературы.

1. Дедов И. И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018г. с. 227

2. Скворцов В.В., Тумаренко А. В. Клиническая эндокринология. Краткий курс. – «СпецЛит», 2014г. с. 25

ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Иванова А.П., Востриков П.П, Анфилова М.Г., Волобуев Д.К.

Курский государственный медицинский университет

Вспышка новой коронавирусной инфекции COVID-19 началась в середине декабря 2019 г. в Китае, в городе Ухань, и распространилась на многие города Китая, Юго-Восточной Азии, а также по всему миру [4-7]. Всемирная Организация Здравоохранения охарактеризовала COVID-19 как пандемию после того, как в 114 странах было зарегистрировано 118 000 случаев заболевания и 4291 смертельный случай. Общее количество умерших с COVID-19 в России за апрель-август достигло 45 663 человек, сообщил Росстат. Летальность вируса в мире и России составляет 4,6% от числа подтвержденных случаев на конец августа [4, 5, 8], что существенно выше как общей летальности от сезонного гриппа [3], так и больничной летальности от сезонного гриппа [1] за сопоставимый промежуток времени на примере только одного региона России. Следует отметить, что наиболее тяжёлые и опасные для жизни пациентов осложнения развивались со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем [5, 7, 8], а морфологическая картина изменений в легочной ткани напоминала таковую при моделировании тромбоза ветвей легочной артерии или бронхиальных ветвей аорты [2].

Целью данного исследования являлся анализ осложнений у пациентов с COVID-19 согласно данным историй болезни ОБУЗ «ОКИБ им. Н.А. Семашко» и ОБУЗ «КГКБ СМП» в Курской области за январь-октябрь 2020 гг. Проведен ретроспективный анализ 119

историй болезни пациентов, получавших стационарное лечение новой коронавирусной инфекции в больницах ОБУЗ «ОКИБ им. Н.А. Семашко» и ОБУЗ «КГКБ СМП» Курской области за январь-октябрь 2020 г. Из них, выздоровели 22 пациента (18,45%), умерли – 97 (81,51%). Критерии включения больных в исследование: наличие клинических проявлений и/или лабораторно подтвержденная новая коронавирусная инфекция, наличие осложнений, развившихся на фоне COVID-19. В ходе исследования данные историй болезни были деперсонализированы. Все полученные результаты обработаны методами современной статистики при помощи программ Statsoft STATISTICA 10.0 и Microsoft Excel 2010.

Среди выздоровевших больных единственным осложнением являлась острая дыхательная недостаточность (ОДН), развившаяся у 18 больных – 81,82% от всех выздоровевших больных (22 человека). Острая дыхательная недостаточность 1 степени развилась у 11 больных (61,1%), ОДН 2 степени выявлена у 6 пациентов (33,33%), ОДН 3 – у 1 больного (5,56%). Средний возраст выздоровевших больных составил 59 лет. У каждого из умерших больных встречались осложнения, кроме того, в абсолютном большинстве случаев присутствовали сочетанные осложнения у одного больного. Острый респираторный дистресс-синдром взрослых (ОРДС) диагностирован у 29 больных, что составило 29,9% от 97 пациентов с летальным исходом. Острая дыхательная недостаточность присутствовала у 62 больных (63,92%): ОДН 1 степени у 4 человек (6,45%), ОДН 2 – у 10 пациентов (16,13%), ОДН 3 – у 48 больных (77,42%). Отек легких (в т.ч. альвеолярно-интерстициальный) являлся осложнением новой коронавирусной инфекции в 30 случаях (30,93%). Острое легочное сердце (ОЛС) обнаружено у 2 человек (2,06%), хроническое легочное сердце – у 5 пациентов (5,15%). Хронический обструктивный бронхит выявлен у 1 человека (1,03%). Прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез, обострившийся на фоне коронавирусной инфекции, диагностирован у 1 больного (1,03%). Эмфизема легких обнаружена у 1 больного (1,03%). Гидроперикард выявлен у 4 пациентов (4,12%). Гидроторакс определялся в 13 случаях (13,40%), из них в 6 случаях диагностирован двусторонний гидроторакс (46,15%), у 3 человек – правосторонний гидроторакс (23,08%), у 4 пациентов – левосторонний (30,77%). Кровохарканье диагностировано у 1 больного (1,03%). Спонтанный пневмоторакс осложнил течение коронавирусной инфекции у 3 пациентов (3,09%), из них у 2 больных развился правосторонний пневмоторакс (66,67%), а у 1 – левосторонний (33,33%). Острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) выявлена у 19 больных (19,59%). Тромбоэмболия легочной артерии (в т.ч. ее мелких ветвей и рецидивирующая) осложнила течение основного заболевания в 14 случаях (14,43%). Тромбоз глубоких вен голени встречался у 3 пациентов (3,09%), а синдром Педжета-Шреттера – у 1 больного (1,03%). Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания диагностирован у 1 человека (1,03%). Нарушение ритма сердца в виде фибрилляции диагностировано у 3 пациентов (3,09%): постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП), пароксизмальная форма ФП, фибрилляция желудочков – по 1 случаю (33,33%). Инфекционно-токсический шок в качестве осложнения SARS-CoV-2 возник у 16 больных (16,49%), кардиогенный шок – у 1 больного (1,03%). Острая полиорганная недостаточность имела место быть у 7 больных (7,22%). Сепсис и септицемия диагностированы в 6 случаях заболевания (по 6,19%). Кахексия возникла у 1 больного (1,03%). Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) осложнило течение коронавирусной инфекции в 5 случаях (5,15%), в т.ч. ввиду острой эрозивной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, множественных эрозий слизистой желудка, дуоденита. С одинаковой частотой встречались следующие осложнения: нефропатия сложного генеза, некротический нефроз, декубитальные язвы крестцовой области, пролежни левой ягодицы – по 1 случаю (1,03%). Отек мозга явился одним из осложнений новой коронавирусной инфекции у 9 больных (9,28%), дислокационный синдром последовал у 2 больных (2,06%), ишемический инсульт с правосторонним гемипарезом возник на фоне COVID-19 у 1 пациента (1,03%). Кроме этого,

проявлением отеочного синдрома являлся асцит, диагностированный у 4 человек (4,12%). Развитие анемии имело место быть в 2 случаях (2,06%): течение инфекции осложнило постгеморрагическая и рефрактерная анемии (по 1,03%). Средний возраст больных с летальным исходом составил 65 лет. Единственным осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 у выздоровевших больных являлась ОДН (81,82%), наиболее часто была диагностирована ОДН 1 степени (61,1%). Ведущим осложнением в случаях, закончившихся летальным исходом, также была ОДН (81,82%), однако наиболее часто встречалась ОДН 3 степени (77,42%). Вторым по частоте встречаемости осложнением являлся отек легких (30,93%). На третьем месте по частоте возникших осложнений стоит ОРДС (29,9%).

Список литературы.

1. Анализ показателей больничной летальности от гриппа в эпидсезон 2015-2016 гг. По сравнению с показателями летальности эпидсезона 2009-2010 гг / Иванова А.П., Винников В.И.// в сборнике: Инфекционные болезни как междисциплинарная проблема. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск, 2016. - С. 92-95.

2. Исследование микрососудистого русла стенки бронха после окклюзии бронхиальных сосудов в эксперименте/ Иванов С.В., Темирбулатов В.И., Яковенко О.В., Иванов А.В., Должиков А.А., Шевелев Е.Л.// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2017. - Т. 2, № 4. - С. 311-314.

3. Клинико- эпидемиологический мониторинг летальности от гриппа (h1n1) pdm09 в эпидемиологический сезон 2015-2016 по сравнению с показателями эпидемиологического сезона 2009-2010 / Иванова А.П., Белоконова Л.В.// в сборнике: Инфекционные болезни как междисциплинарная проблема. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск, 2016. - С. 88-92.

4. Практический опыт ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационаре (предварительные итоги и рекомендации) / Зайцев А. А., Чернов С. А., Крюков Е. В., Голухова Е. З., Рыбка М. М.– Лечащий врач № 6/2020; С. 74-79.

5. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации. Версия (28.09.2020).

6. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm. <https://doi.org/10.1111/eci.13209>. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209>.

7. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment. The official website of the Government of Canada. URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirusinfection/symptoms.html>

8. COVID-19: обсуждение спорных моментов, касающихся вызванных коронавирусом изменений в легких, и подходов к лечению. Информационное письмо МАСРМ. URL: <http://www.antibiotic.ru/index.php?article=2959>.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ COVID-19

Иващенко Ф.М., Евсеев Р.Р., Велибеков Р.Т.

Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова

В настоящее время потенциальными механизмами поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) при COVID-19 считают прямое воздействие вируса на сердечную мышцу с развитием миокардита, микрососудистых тромбозов, а также дальнейшее развитие острого

коронарного синдрома. По имеющимся данным частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных, госпитализированных с COVID-19, достаточно высока: в 74% случаев имела место артериальная гипертензия, 30% - ишемические проявления, 22% - фибрилляция предсердий. Следует подчеркнуть, что вирус не следует рассматривать как причину всех сердечно-сосудистых осложнений, но может в полной мере усугублять состояние пациентов. Существуют данные, что у больных с имеющимися сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, коронавирусная инфекция протекает в более тяжелых формах по сравнению с другими пациентами, не имеющие данную патологию. В этих условиях электрокардиография (ЭКГ) является одним из ведущих инструментальных неинвазивных методов оценки степени поражения сердца у пациентов с COVID-19, что обусловлено ее широкой распространённостью и низкой стоимостью данного исследования. В связи с этим, главной целью настоящего исследования является оценка поражения сердца с помощью электрокардиографического исследования у больных с коронавирусной инфекцией. В данном исследовании были включены 113 пациентов, 68 из которых мужчины, 45 – женщины. Средний возраст составил $57,3 \pm 16,2$ лет. Для оценки частоты и типа нарушения ритма и проводимости сердца у больных с коронавирусной инфекцией выполнялось ЭКГ-исследование с последующим анализом полученных данных. Для измерения использовался 12-канальный электрокардиограф «EDAN SE-1200 Express» (Китай). Для расчета интервала QT использовались формулы Базетта (частота сердечных сокращений <90 уд/мин) и Фридерика (частота сердечных сокращений >90 уд/мин) в II, V5 и V6 отведениях.

Исходные электрокардиографические характеристики включали среднюю частоту сердечных сокращений 90 ± 19 уд/мин и средний Базетт-корректированный интервал QT 449 ± 144 мс. У подавляющего большинства исследуемых определялся синусовый ритм – 105 пациентов (92,9%), 8 пациентов имели предсердную наджелудочковую тахикардию по типу трепетания/фибрилляции предсердий (7,1%). Реже встречалась атриовентрикулярная блокада (3,53%): у 3 пациентов (2,65%) АВ-блокада I степени, АВ-блокада II степени (мобит 1) – у 1 пациента (0,88%). В серии случаев у пациентов с осложнениями, связанными с COVID-19, были отмечены преждевременные предсердные комплексы: преждевременные сокращения предсердий (PAC) имели место у 7 пациентов (в 6,19% случаев), а преждевременные сокращения желудочков (PVC) – у 4 пациентов (в 3,53% случаев). Значительная часть пациентов (18,58%) имела аномальную электрическую ось сердца (ЭОС) — 15 (13,27%) отклонение влево и 6 (5,31%) имели отклонение вправо (правое верхнее отклонение оси). Нарушение внутрижелудочковой проводимости было обнаружено у 13 пациентов (в 11,5% случаев): с блокадой правой ножки пучка Гиса (ПНПГ) – у 9 (в 7,96% случаев), блоком ветвей левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) – у 2 (в 1,77% случаев) и неспецифической внутрижелудочковой блокадой – у 3 (в 2,65% случаев). Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 17 пациентов (15%), гипертрофия правого желудочка у 4 пациентов (3,53%). Признаки предшествующего Q-волнового инфаркта миокарда присутствовали у 16 обследуемых (в 14,16% случаев). Распространенными были аномалии реполяризации (39,8%): 1 пациент (0,88%) имел локализованное повышение ST, 12 (10,62%) - локализованную инверсию T-волны и 32 (28,3%) - неспецифические аномалии реполяризации.

Наши результаты подчеркивают, что ЭКГ может служить ценным инструментальным методом исследования, благодаря которому возможно прогнозирование дальнейшего состояния пациента с COVID-19, проходящего лечение на базе непрофильного стационара, а также дает представление о происходящих процессах в миокарде. Поэтому всем госпитализируемым пациентам, поступивших в стационар, необходимо неоднократное регистрация ЭКГ в течение лечения для предотвращения осложнений ССС и своевременного перевода пациентов в кардиологические стационары. Необходимы дальнейшие масштабные исследования с системным подходом в измерении параметров

ЭКГ для выяснения потенциальной роли ЭКГ в диагностике повреждения миокарда и стратификации риска у пациентов с COVID-19.

Список литературы.

1. Явелов, И.С. COVID-19 и сердечно-сосудистые заболевания / Явелов И.С. // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2020. – №27. – С. 4-13.
2. Haseeb, S. Value of electrocardiography in coronavirus disease 2019 (COVID-19) / S.Haseeb, E.E. Gul, G. Bazoukis, J. Alvarez-Garcia, S. Lee, T. Liu, G. Tse // J Electrocardiol. – 2020. – Vol. 62. – P. 39-45.
3. Jain, S. Enhanced electrocardiographic monitoring of patients with Coronavirus Disease 2019 / S. Jain, V. Workman, R. Ganeshan, E.R. Obasare, A. Burr, R.M. DeBiasi, J.V. Freeman, J. Akar, R. Lampert, L.E. Rosenfeld // Heart Rhythm. – 2020. – Vol. 13. – P. 1417-1422.
4. Li, L. Risk factors and electrocardiogram characteristics for mortality in critical inpatients with COVID-19 / L. Li, S. Zhang, B. He, X. Chen, S. Wang, Q. Zhao // Clin Cardio. – 2020. – Vol. 10. – P. 1-7.
5. McCullough, S.A. Electrocardiographic Finding in Coronavirus Disease-19: Insights on Mortality and Underlying Myocardial Processes / S.A. McCullough, P. Goyal, U. Krishnan, J.J. Choi, M.M. Safford, P.M. Okin // J Card Fail. – 2020. – Vol. 7. – P. 626-632.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ И ДАННЫХ
КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОГО РИСКА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ СТАТИНАМИ (АНАЛИЗ
ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ ПАЦИЕНТОВ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЕВОГО
КЛИНИЧЕСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА)**

Ильков Д.А., Ерёменко А.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Болезни системы кровообращения — ведущая причина смертности в Российской Федерации. Повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Снижение уровня ХС ЛПНП сопровождается снижением частоты неблагоприятных клинических событий и, соответственно, риска смерти от ССЗ. Наиболее изученными, эффективными и безопасными гиполипидемическими препаратами являются статины. Многочисленными исследованиями была продемонстрирована практически линейная зависимость снижения риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий от степени снижения ХС ЛПНП при длительной терапии статинами. Вместе с тем, монотерапия статинами, даже в максимальных дозировках, не позволяет достичь необходимого уменьшения уровня атерогенных липидов у всех пациентов. Это обуславливает необходимость комбинированной липидснижающей терапии. Целью данной работы было продемонстрировать динамику показателей липидограммы и данных коронароангиографической картины в интервале 6 - 36 месяцев у 12 пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска, получающих лечение статинами в Ставропольском краевом кардиологическом диспансере в 2017-2020 гг. Проанализированы истории болезней 12 пациентов Ставропольского краевого клинического кардиологического диспансера очень высокого сердечно-сосудистого риска. Возраст пациентов был от 56 до 75 лет. Мужчин - 9, женщин - 3. В интервале от полугода до трех лет проводилось сравнение показателей липидограммы и данных коронароангиографии госпитализированных больных. Наблюдаемые пациенты получали монотерапию Аторвастатином в терапевтической дозировке от 20 до 80 мг в сутки. Никто из

находившихся под наблюдением больных не получал комбинированной липидснижающей терапии: статины плюс Эзетимиб. Только двое пациентов на фоне монотерапии статинами достигли целевых уровней ХС ЛПНП - менее 1,4 ммоль/л согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества (ESC, EOC) и Европейского общества по изучению атеросклероза (EAS, EOA) по лечению дислипидемий 2019 года. Ни у одного из обследованных по данным коронароангиографии в динамике не было отмечено регресса коронарного атеросклероза. Последние рекомендации ESC/EAS 2019 по диагностике и лечению дислипидемий обосновывают целесообразность агрессивной липидснижающей терапии у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска. Данные литературы свидетельствуют о том, что регрессия коронарного атеросклероза возможна только при достижении уровня ХС ЛПНП менее 1,8 - 1,4 ммоль/л. Достижения столь низких уровней ХС ЛПНП возможно лишь при назначении комбинированной терапии - высокие дозы статинов (Аторвастатин 80 мг/сут, Розувастатин 40 мг/сут) плюс ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике (Эзетимиб 10 мг/сут). Для тех пациентов, которые не достигают целевых уровней показателей ХС ЛПНП на фоне такой комбинированной терапии в последние годы появилась возможность дополнительного снижения уровня атерогенных липопротеидов при помощи нового класса препаратов, ингибирующих белок PCSK9. Представитель данной группы лекарств, препарат Эволокумаб, включен с 2017 года в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) в России. В многочисленных наблюдательных и рандомизированных исследованиях продемонстрирована высокая эффективность Эволокумаба по снижению уровня ХС ЛПНП дополнительно на 50-60% от уровня, достигнутого при терапии статинами в максимальной дозе плюс Эзетимиб.

Проанализировав данные клинические наблюдения можно сделать вывод о том, что у большинства пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска монотерапия Аторвастатином не позволяет достигнуть рекомендуемых целевых уровней ХС ЛПНП. Прогрессирование коронарного атеросклероза, наблюдаемое по данным коронароангиографии могло быть обусловлено сохраняющимся высоким уровнем атерогенных фракций липопротеинов плазмы крови у исследуемой группы больных. Это обосновывает необходимость назначения комбинированной липидснижающей терапии статинами в высокой дозе (Аторвастатин 80 мг или Розувастатин 40 мг) плюс Эзетимиб 10 мг пациентам очень высокого сердечно-сосудистого риска. Такая комбинация позволяет у большинства больных добиться необходимых целевых значений ХС ЛПНП. У пациентов с очень высоким риском, стойко повышенным ХС ЛПНП, несмотря на применение максимально переносимой дозы статинов в комбинации с эзетимибом, или у пациентов с непереносимостью статинов следует рассмотреть вопрос о дополнительном назначении нового класса препаратов - ингибиторов PCSK9.

Список литературы.

Mach F., Baigent C., Catapano A.L., Koskinas K.C., Casula M., Badimon L., Chapman M.J., De Backer G.G., Delgado V., Ference B.A., Graham I.M., Halliday A., Landmesser U., Mihaylova B., Pedersen T.R., Riccardi G., Richter D.J., Sabatine M.S., Taskinen M., Tokgozoglu L., Wiklund O. 2019 Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий: модификация липидов для снижения сердечно-сосудистого риска. Российский кардиологический журнал. 2020;25(5):3826. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3826>

САЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКИХ ФОРМ АКНЕ

Казьмина И.Б., Сотникова А.Ю., Кошель М.В., Одинец А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Акне – один из самых распространенных дерматозов, которым страдают более 85% людей в возрасте от 12 до 25 лет и старше [3]. Диагностика акне основывается на клинической картине. Заболевание проявляется появлением на коже лица, груди, спины и нередко верхних и нижних конечностей воспалительных элементов, по типу фолликулярных узелков, узлов, гнойничков, а также невоспалительных – открытые и закрытые комедоны. Патогенез акне, а именно гиперпродукция кожного сала, проявляющаяся клинически жирным блеском кожи, фолликулярный гиперкератоз в виде утолщения рогового слоя эпидермиса с последующей задержкой отторжения роговых чешуек, а также активное размножение *Propionibacterium* акне, провоцирующее воспалительный процесс, определяет дальнейшую рациональную терапию заболевания [1]. Кроме того, необходимо учитывать тяжесть процесса, его длительность, распространенность, также наличие вторичных элементов постакне, а именно рубцовых изменений и дисхромий. Важно также определить наличие сопутствующей патологии, собрать все анамнестические данные, заключающиеся в наличии и особенностях предшествующей терапии, чтобы оценить ее адекватность и эффективность, начиная с базисной терапии и заканчивая специфическим лечением акне.

Таким образом лечение акне должно быть последовательным и целесообразным. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных акне (2016), лечение проводится в зависимости от степени тяжести и включает системную и наружную терапию. При наличии легкой степени тяжести акне назначается только наружная терапия в сочетании с косметологическими процедурами, регулирующими гиперпродукцию кожного сала [3]. К таким процедурам относят химические пилинги на основе салициловой кислоты, которая обладает выраженными кератолитическими, антисептическими и противовоспалительными свойствами, воздействуя на все звенья патогенеза акне. Салициловая кислота высоколипофильна, некомедогенна, так как вызывает эксфолиацию эпидермиса в устье волосяного фолликула. Важное ее свойство заключается в том, что благодаря большому размеру молекулы она не проникает в глубокие слои кожи, поэтому ее применение в составе химического пилинга разрешено при активном акне без риска обострения [2]. Она не накапливается в организме, а значит не обладает мутагенными эффектами, не провоцирует процессы меланогенеза, тем самым, не повышая фоточувствительность кожи. Салициловая кислота относится к бета-гидроксикислотам, в составе пилингов она может содержать различную концентрацию от 10% (поверхностный химический пилинг), 10-25% (поверхностно-срединный пилинг) и 30 % (срединный пилинг) соответственно. В отличие от альфа-гидроксикислот, салициловая кислота не нуждается в нейтрализации [4]. Целью данного исследования явилось оценка влияния салициловой кислоты в концентрации 25% в виде химического пилинга у пациентов с легким течением акне. Для изучения влияния химических пилингов на течение акне были подобраны 15 добровольцев, подписавших индивидуальное согласие на проведение исследования. Возраст пациентов составил от 18-25 лет с диагнозом «Акне II степени тяжести». Всем пациентам был назначен курс химических пилингов с 25% салициловой кислотой 1 раз в 14 дней, 6 процедур. Пациентам выдавалась памятка с рекомендациями по постпилинговому уходу, заключающемуся в применении солнцезащитного крема с SPF 50+, увлажняющего крема, содержащего 5% декспантенол [5].

В качестве оценки проведенной терапии был включен метод анкетирования, специально разработанным опросником, который пациенты заполняли самостоятельно до лечения и после курса химических пилингов. По завершению курса лечения, все пациенты отмечали улучшение состояния кожи лица, регресс высыпаний, а также

отсутствие появления новых элементов. Субъективно пациенты отмечали снижение жирности кожи - 15 пациентов (100 %), визуальное сужение пор - 13 пациенток (86,6 %). Объективно при визуальном осмотре отмечался регресс воспалительных элементов у 14 пациентов (93,3 %) и невоспалительных элементов акне у 9 пациентов (60 %). Полученные данные свидетельствуют об эффективности салициловой кислоты в лечении легких форм акне. Химический пилинг на основе салициловой кислоты в концентрации 25% у пациентов с диагнозом «Акне II степени тяжести», позволяет повысить удовлетворенность пациентов состоянием кожи лица. Рекомендованная к применению для данной категории пациентов кислота обеспечивает достижение клинического эффекта, выражающемся в уменьшении числа воспалительных и невоспалительных элементов акне.

1. Чеботарев В.В. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания. Чеботарев В.В., Казьмина И.Б., Кошель М.В., Одинец А.В., Коробейникова А.О. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т.11. №4. С.544-547.

2. Чеботарева, Н. В. Теоретические и практические аспекты успешной работы врача-косметолога: руководство для врачей / под ред. проф. Чеботарева В. В. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. – 140 с.

3. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне [Электронный ресурс]. 2016. – Режим доступа: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/ (дата обращения: 25.09.2020).

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА С ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРЛИПЕМИИ

Капралова Т.С., Латфуллина Р.Р., Литвинова Е.П., Резван В.В., Рожнова Т.М.
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет) Дислипидемии - гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся аномальным повышением уровня холестерина, триглицеридов или их сочетания. Этиология первичных форм дислипидемии чрезвычайно сложна и может включать как редкие моногенные нарушения, так и сложные полигенные изменения. Генотипирование пациентов с нестандартным случаем дислипидемии способствует повышению качества диагностики, прогнозированию течения заболевания и риска возникновения инфарктов. [4] Целью данной работы является клинический разбор случая с предварительным диагнозом семейной гипертриглицеридемии, составление персональных рекомендаций по молекулярно-генетической диагностике и модификации образа жизни. Сбор анамнеза, анализ результатов исследований: липидограммы в динамике, эхокардиография, суточное мониторирование по Холтеру, доплеровское сканирование сосудов головного мозга и конечностей. Обзор литературных данных по теме наследственных дислипидемий в базах данных: OMIM, Pubmed, NCBI, Researchgate.

Впервые гиперлипемия была выявлена у пациента в возрасте 33 лет со значениями общего холестерина (ОХ) 8,2 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 6,05 ммоль/л и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) 4,91 ммоль/л. Назначенная терапия с целью коррекции липидного профиля (статины, фибраты, эзетимиб) не дала положительного эффекта. В настоящее время в значениях липидограммы превалирует повышение уровня ТГ (10,46 ммоль/л), отмечается крайнее значение нормы ОХ (5,9 ммоль/л), ЛПНП в пределах нормы (1,64 ммоль/л), липопротеины высокой плотности (ЛПВП) снижены (0,83 ммоль/л). У пациента периодически наблюдается тошноту и дискомфорт в животе после приема жирной пищи и алкоголя. Отмечается улучшение самочувствия и лабораторных

показателей при соблюдении диеты. Пациент принимает омега-3 и препараты чеснока. Клинико-генеалогические данные: отец и брат пациента страдали острым панкреатитом, у сына в возрасте 23 лет было выявлено повышение уровня ОХ до 8 ммоль/л и ЛПНП до 6,6 ммоль/л. Данные клинико-генеалогического обследования и фенотип пациента соответствуют клинике семейной хиломикронемии, семейной комбинированной гиперлипидемии, семейной триглицеридемии. Семейная хиломикронемия развивается в результате мутаций в одном или нескольких генах, которые влекут за собой нарушение липолиза и клиренса хиломикронов. Наиболее значимыми являются мутации в генах LPL, APOC2, GPIIBP1 и APOA5 [1]. Частота встречаемости - 1 на 300 000. Наиболее типичные клинические проявления семейной хиломикронемии: резкое повышение уровня триглицеридов, не реагирующих на гиполипидемические средства, эруптивные ксантомы, рецидивирующий панкреатит, липемия сетчатки и гепатоспленомегалия. [3] Семейная комбинированная гиперлипидемия (СКГ) наиболее частая наследственная форма дислипидемии. Ее распространенность колеблется от 0,5 до 2% в общей популяции. Развитие СКГ обусловлено взаимодействием факторов окружающей среды с рядом мутаций в восприимчивых генах: LPL, USF1, HL, PPARG, TNFRSF1B, LPC, APOA1/CIII/AIV/AV и APOE. Липидный спектр при данной патологии характеризуется повышением уровня ТГ и ОХ при соответствующем увеличении уровня ЛПНП и ЛПОНП, а также возрастанием значений аполипопротеина В (апоВ). СКГ может сопровождаться различными метаболическими заболеваниями, что повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. [5] Семейная гипертриглицеридемия – аутосомно-доминантное заболевание, встречающееся примерно у 1% в общей популяции. Развитие данной патологии происходит вследствие мутаций в генах LPL, APOC2, APOA5, LMF1, GPIIBP1. Клинически проявляется повышением уровня триглицеридов до 11,4 ммоль/л, что может привести к развитию острого панкреатита. Также характерно повышение ЛПНП более 5 ммоль/л. Прием фибратов и препаратов омега-3 снижает уровень триглицеридов, но без достижения целевых значений. [2] Наследственная отягощенность, клинические особенности течения заболевания (ранняя манифестация дислипидемии, резистентность к стандартной гиполипидемической терапии), указывают на целесообразность проведения молекулярно-генетического исследования в генах LPL, APOC2, APOA5, мутации которых наиболее часты при семейных дислипидемиях. Рекомендована консультация врача с целью диагностики гепато-билиарной системы и поджелудочной железы. Для дифференциальной диагностики между формами наследственных дислипидемий, необходимо определение уровня хиломикронов, ЛПОНП и апоВ в сыворотке крови. Рекомендации: соблюдение строгой безжировой диеты, исключение алкоголя и ведение активного здорового образа жизни.

Список литературы.

1. Brahm AJ, Hegele RA. Chylomicronaemia-current diagnosis and future therapies. *Nat Rev Endocrinol*. 2015; 11:352–362
2. Garg A, Garg V, Hegele RA, Lewis GF. Practical definitions of severe versus familial hypercholesterolaemia and hypertriglyceridaemia for adult clinical practice. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Nov;7(11):880-886. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30156-1. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31445954.
3. Patni N, Li X, Adams-Huet B, Garg A. The prevalence and etiology of extreme hypertriglyceridemia in children: Data from a tertiary children's hospital. *Journal of clinical lipidology*. 2018; 12:305–310.
4. Tada H, Kawashiri MA, Yamagishi M. Clinical Perspectives of Genetic Analyses on Dyslipidemia and Coronary Artery Disease. *J Atheroscler Thromb*. 2017 May 1;24(5):452-461. doi: 10.5551/jat.RV17002. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28250266; PMCID: PMC5429159.

5. Taghizadeh, E., Mardani, R., Rostami, D., Taghizadeh, H., Bazireh, H., & Hayat, S. M. G. (2018). Molecular mechanisms, prevalence, and molecular methods for familial combined hyperlipidemia disease: a review. *Journal of Cellular Biochemistry*. doi:10.1002/jcb.28311

ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА ИЛИ МАРКЕР СЕРЬЕЗНОЙ ПАТОЛОГИИ?

Карпова А.Д., Джулай Т.Е., Данченко А.И.

Тверской государственный медицинский университет

Понятие полипоза желчного пузыря неразрывно связано с процессом холестероза – обменного заболевания, характеризующегося отложением холестерина преимущественно в стенку желчного пузыря. Среди гиперпластических холецистозов холестероз желчного пузыря является наиболее частой патологией. Различают сетчатую, полипозную и полипозно-сетчатую формы холестероза желчного пузыря [1]. При морфологическом исследовании в стенке желчного пузыря наблюдается отложение липидов в виде свободного холестерина и эфиров преимущественно в слизистой оболочке, а при прогрессировании процесса – в подслизистом и мышечном слоях. Основным резервуаром липидов являются «пенистые клетки», которые образуются при трансформации макрофагов, адвентициальных и эндотелиальных клеток лимфатических сосудов [2]. При гистологическом исследовании каждый шестой (16,7%) холестериновый полип содержал выраженный железистый компонент, т.е. носил характер смешанного железисто-холестеринового полипа. В его строении пенистые клетки находились на разных стадиях дегенерации [4]. Эпителиальные клетки, выстилающие полип, и клетки железистого эпителия, усиленно пролиферировали, среди них часто встречались межэпителиальные лимфоциты. Как правило, смешанные полипы были хорошо васкуляризованы. Отмечались явления стаза крови в отдельных сосудах и эритроцитарные экстравазаты в промежутках между пенистыми клетками. Учитывая известные факты склонности аденоматозных структур особенно папиллярного типа к малигнизации, особое значение приобретает точность диагностики холестериновых полипов [3,6]. Цель исследования: выявить и оценить частоту встречаемости полипов желчного пузыря в ассоциации с патологией ЖКТ.

Обследованы 70 пациентов, обратившихся на прием к гастроэнтерологу по поводу обострений различных хронических заболеваний (40 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 23 до 86 лет (средний возраст составил 50,5 лет). Диагноз полипа желчного пузыря был подтвержден при проведении ультразвукового исследования, максимальная продолжительность существования полипа соответствовала 13 годам.

Ультразвуковые исследования органов брюшной полости пациентов в 54% случаев выявили множественный характер полипов с локализацией чаще в теле желчного пузыря и в 47% единичные полипы с тенденцией к локализации в области шейки желчного пузыря. Полипы нетипичной локализации выявлены в 1,4% теле желудка, в постбульбарном отделе дуоденума и в поджелудочной железе. Размер полипов варьировался от >6 мм - 8,6%, 3-6 мм - 67,1% до <3 мм - 34,3%. Помимо полипов в 13% случаев обнаружены кисты печени и иные 1,4% доброкачественные новообразования. Среди пациентов преобладали лица (63%) с нормальной массой тела (ИМТ от 18,5 до 24,5 кг/м²), дефицит ее отмечался в 13% случаев (ИМТ <18,5 кг/м²), и 24% пациентов имели избыточную массу тела разной степени выраженности (ИМТ >25 кг/м²). Клинические проявления заболевания характеризовались наличием спастических болей (38,6% случаев). Кишечная диспепсия имела место у 43% больных и была представлена преобладанием запоров (17,2%) над диареей (15,7%), во всех случаях сопровождалась метеоризмом; желудочная диспепсия встречалась в 62,9% случаев.

У большинства больных (93%) отмечался налет на языке разной степени выраженности. При пальпации живота пациенты отмечали чувствительность (30%) или болезненность (27%) в околопупочной или подвздошных областях. Стоит отметить, что имела место и функциональная патология, так, например, диагноз СРК был установлен в 14,3%. К специфическим проявлениям по данным исследования были отнесены кожный зуд 7% и лабораторно подтвержденный дисбактериоз - 13%. У обследуемых женщин были выявлены случаи диспластозависимых висцеропатий. Так, при инструментальных исследованиях органов брюшной полости (рентгенологическом, эндоскопическом, ультразвуковом, КТ/МРТ) отмечены висцероптоз, тотальный или в форме нефроптоза (27,5% случаев), аномалии формы желчного пузыря в виде его перегибов или перетяжек – 52,5%, кисты почек и печени - 15%. Анализ сопутствующей патологии органов пищеварительной системы показал высокую частоту заболеваний панкреатобилиарной системы, встречающихся в разных комбинациях. Так, хронический холецистит имел место – в 62,8% случаев, дискинезии желчевыводящих путей – в 50%, жировая болезнь печени - 15,7%, хронический панкреатит – в 13%, желчнокаменная болезнь в 4,3%. При проведении эзофагогастродуоденоскопии в 64,3% наблюдений отмечены признаки разных типов хронического гастрита, дуоденита 44,3% и рубцово-язвенной деформации гастродуоденальной зоны, которые в 32,8% случаев сопровождались визуальными проявлениями дуоденогастрального рефлюкса. Очаговые объемные образования стенки желчного пузыря, интерпретируемые данными ультразвукового сканирования как полипы, как правило, не являются единственной патологией органов пищеварения и нередко сочетаются с диспластозависимыми висцеропатиями желудочно-кишечного тракта, патологией гастродуоденальной зоны и панкреато-билиарной системы. Их доказательная дифференциация с холестерозом стенки желчного пузыря не должна являться исключительно задачей инструментального исследования [5]. Следует учитывать всю совокупность клинических обстоятельств и эволюцию структурных изменений в стенке желчного пузыря. Пациентам с выявленным при инструментальном исследовании полипом необходимо рекомендовать обратиться к гастроэнтерологу и ежегодно контролировать размеры полипов, проходя динамическую процедуру УЗИ.

Список литературы.

1. Ильченко А.А. Холестероз желчного пузыря. Тактика ведения больного и лечение / Ильченко А.А. // Трудный пациент. – 2010. – № 6-7. – С. 45-50.
2. Мундуков К.Ж. Лечение полипов желчного пузыря / Мундуков К.Ж. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №5. – С. 300.
3. Стяжкина С.Н. Статистика клинических проявлений у пациентов с полипозом желчного пузыря / Стяжкина С.Н., Чекалёва М.В., Чумакова К.В. // Modern Science. – 2020. – № 4-1. – С. 287-290.
4. Тимошенко Г.Г. Холестероз желчного пузыря / Г.Г. Тимошенко, [и др.] // Главный врач Юга России. – 2019. – № 1 (65). – С. 55-57.
5. Чекалёва М.В. Результаты УЗИ-диагностики и гистологическое исследования при полипозе желчного пузыря / Чекалёва М.В., Чумакова К.В. // StudNet. – 2020. – № 3. – С. 63-66.
6. Черкашина, Е.А. Проблемы диагностики и лечения холестероза желчного пузыря / Черкашина Е.А. // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2015. – № 1. – С. 50-59.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ФИТНЕС - ПРИЛОЖЕНИЙ В ОБЛАСТИ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Кичигина А.О.

Курский государственный медицинский университет

Здоровый образ жизни представляет собой образ жизни, предусматривающий не только профилактику болезней, но и сохранение и укрепление своего здоровья [1]. Отказ от вредных привычек, соблюдение принципов правильного питания, активный отдых и умеренные физические нагрузки помогают поддерживать полноценное здоровье организма в целом. Увлечение сладкими газированными напитками, быстрым питанием и малоподвижный образ жизни постепенно приводят к развитию ожирения. Избыточный вес в свою очередь приводит к развитию различных заболеваний других систем организма [2]. Еще несколько лет назад мало людей задумывалось о вреде неправильного питания и отсутствия физической активности для здоровья, а сейчас среди молодого населения ведется активная пропаганда здорового образа жизни. В фитнес залах сейчас занимается все большее количество людей. Есть люди, у которых в связи с загруженностью работой или отсутствием финансов нет возможности посещать занятия в тренажерных залах, тогда на помощь приходят создатели специальных фитнес приложений. Каждый желающий может скачать любое понравившееся приложение для тренировки и спокойно заниматься самостоятельно. Фитнес приложения имеют свои плюсы и минусы. Плюсы - приложения предлагают комплексы упражнений, позволяющие проработать отдельные группы мышц или весь организм в целом, но тут же есть и минус приложения лишены основного принципа физических тренировок - индивидуального подхода. К минусам относят риск травматизации, в связи с отсутствием правильного напольного покрытия. Плюс - можно заниматься где угодно и когда угодно, в приложениях есть четкое описание и видео примеры выполнения упражнений. Минус - ряд приложений в базовой комплектации бесплатны, но далее приходится для продления проводить оплату. Плюс - можно синхронизировать с смарт-часами и контролировать и пульс и затраченные калории. В нашем исследовании мы использовали приложения *sworKit fitness*, *johnson & johnson official 7 minute workout*, *nike training club*, *yoga studio*, *imuscLe 2*, *фитнес-pro*. *SworKit fitness* – приложение, состоящее из 170 упражнений, объединенных в 4 основные группы: кардиотренировки, силовой тренинг, йога и упражнения для растяжки. Кроме того, в составе существуют комплексы для тренировок беременных, лыжников, сноубордистов, гольфистов и специальная зарядка для офисных рабочих. В составе *Johnson and Johnson Official 7 Minute workout* имеются 22 комплекса программ для основных занятий гимнастикой, а также упражнения для быстрой тренировки, которые можно использовать как альтернативу утренней зарядки. *Nike Training Club* – приложение, разработанное профессиональными тренерами, состоящее из тренировок с небольшим весом, силового тренинга, кардиотренировок и возможностью персонализировать эти тренировки для себя. *Yoga studio* - комплекс из 280 поз для занятия йогой. *ImuscLe 2* – утилита, позволяющая проработать отдельные группы мышц. Отличительной особенностью фитнес - рго является то, что приложение позволяет научиться правильно пользоваться тренажерами.

Целью исследования является оценка эффективности современных фитнес - приложений для снижения веса и формирования красивого тела. Для исследования мы отобрали 60 студентов Курского государственного медицинского университета желающих снизить свой вес, которых мы разделили на 2 группы по 30 человек, все отобранные пациенты были лицами женского пола 100% ($n = 60$). Для предварительного исследования нами было проведено взвешивание и измерение окружности бёдер и талии. Средний вес обследуемых первой группы составлял $67,5 \pm 2,1$ кг, средний вес второй группы - $69,3 \pm 1,8$ кг. Средняя окружность талии в первой группе составила $78 \pm 2,5$ см, а окружность бёдер - $102 \pm 1,3$ см. Во второй группе окружность талии — $80 \pm 1,2$ см, а окружность бёдер - $103 \pm$

1,7 см. Исследование проводили в течение 6 месяцев, в течение которых на фоне проводимых занятий физической нагрузкой еженедельно измерялись вес, окружность талии и бёдер. Обеим группам был рекомендован рациональный режим питания — отказ от легкоусвояемых углеводов, употребление большего количества овощей и фруктов, питье чистой воды без газа, уменьшение употребляемого количества сахара [4]. Первая группа тренировалась с инструктором, занятия включали в себя общеразвивающие упражнения, упражнения для пресса (планка, подъём ног из положения лежа на спине), для ягодиц и бёдер (приседания, махи ногами, выпады), для рук (отжимания), по 3 подхода по 10 раз каждый, занятия проводились 3 раза в неделю по 60 минут, обязательно при проведении занятий соблюдался питьевой режим [3]. Вторая группа выполняла упражнения самостоятельно используя рекомендации и команды фитнес-приложений (johnson & johnson official 7 minute workout app, nike+training club, sworkit, fitstar).

Спустя 6 месяцев проводилось повторное обследование. В первой группе наблюдалась положительная динамика, зарегистрировано снижение веса и уменьшение окружностей талии и бёдер - средний вес обследуемых составлял $63,7 \pm 1,2$ кг, средняя окружность талии в первой группе составила $70 \pm 1,5$ см, а окружность бёдер — $98 \pm 2,1$ см. Во второй группе тоже зарегистрирована положительная динамика, но менее выраженная - средний вес второй группы — $68,1 \pm 2,8$ кг, окружность талии — $77 \pm 1,8$ см, а окружность бёдер — $100 \pm 1,3$ см. Менее выраженная динамика во второй группе может быть связана с отсутствием контроля тренера и низкой мотивацией обследуемых. Часть студентов была самодисциплинирована и честно выполняла все упражнения и в полном объеме, а у части студентов второй группы отсутствовала мотивация и они пропускали дни выполнения занятий или выполняли упражнения не в полном объеме. Принципы правильного питания старались соблюдать студенты обеих групп. Но при повторном обследовании признались, что нарушали диету и употребляли фастфуд.

Проанализировав результаты нашего исследования, мы выяснили то, что выполнение тренировок с использованием приложений для смартфона может быть эффективно только при условии высокой мотивированности человека, и в качестве альтернативы утренней зарядки или как способ поддержания уже имеющейся физической формы, а для более сложных тренировок необходимо участие фитнес-инструктора. Во-первых, отсутствует индивидуальный подход, для начала тренировок можно использовать приложения, но далее происходит перестройка организма и необходим пересмотр назначаемых упражнений, а искусственный интеллект - это сделать не может. Кроме того, спектр предлагаемых упражнений ограничен. Во-вторых отсутствует контроль со стороны тренера, необходимо отслеживать частоту, амплитуду и скорость выполняемых упражнений и к тому же приложения не могут стимулировать к выполнению тренировок. Но для профилактики гиподинамии и фитнес-приложений вполне достаточно.

Список литературы

1. Лечебная физическая культура: учеб. пособие для студентов мед. вузов / Епифанов В. А. - Москва: ГЭОТАР-Мед, 2002. - 560 с.: ил. - (XXI век). - Библиогр.: с. 555(9 назв.). - ISBN 5-9231-0214-5.

2. Основы формирования здоровья детей: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности «Педиатрия» по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» / Кильдиярова Р. Р., В. И. Макарова, Ю. Ф. Лобанов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 324 с.: ил. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - Библиогр. в конце глав. - ISBN 978-5-9704-2697-52.

3. Физическая культура: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Ю. И. Евсеев. - 7-е изд., доп. и испр. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. - 430 с.: ил. - (Высшее образование). - Библиогр.: в конце гл. - ISBN 978-5-222-18813-2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ (HALLUX VALGUS) АКУПУНКТУРНЫХ МАССАЖНЫХ КОВРИКОВ

Кичигина А.О.

Курский государственный медицинский университет

Проблема вальгусной деформации первого пальца стопы (hallux valgus) является актуальной проблемой. Ряд патологических факторов (слабость мышечно-связочного аппарата, статическая нагрузка и ношение неудобной обуви на высоком каблуке), воздействуя на продольный и поперечный свод стопы, приводят к ее деформации с последующим отклонением первого пальца стопы кнаружи. Чаще всего данное заболевание развивается у лиц женского пола в среднем в 25-40 лет и старше [2]. Среди клинических проявлений преобладают жалобы на судороги в икроножных мышцах, отёки в области голеностопных суставов и стоп, боли в области первых плюснефаланговых суставов, усиливающиеся после длительной нагрузки и снижающиеся в покое. Кроме того, формируется отклонение головки первой плюсневой кости, которое создаёт визуальный косметический дефект и не позволяет пациентам подобрать обувь [4]. На ранних стадиях лечение осуществляют консервативно (медикаментозными средствами, занятиями лечебной физкультурой и курсами массажа стоп и голеностопных суставов, применением ортопедических стелек, бандажей и межпальцевых корректоров), а на стадии тяжелой деформации лечение заключается в оперативном вмешательстве (проведение остеотомии) [3]. Нетрадиционные методы лечения (акупунктура, Су-Джок терапия) набирают все большую популярность. Основной механизм их действия заключается в стимуляции биологически активных точек. Биологически активные точки - проекция нервных окончаний глубоколежащих тканей и органов на поверхность кожи. На подошве обнаружены более 7000 нервных окончаний и ежедневно при ходьбе и беге мы их непроизвольно осуществляем их стимуляцию. Акупунктура и Су-Джок терапия позволяют целенаправленно осуществлять воздействие на них с помощью игл, деревянных палочек, шаров и колец для Су-Джок терапии и акупунктурных ковриков [1]. На Древнем Востоке для китайской знати были созданы прототипы современных массажных ковриков, представлявшие собой дорожки из деревянных палочек с мелкими камнями. Сейчас ортопедические салоны представляют в продаже огромное количество акупунктурных ковриков из различных материалов - каучука, силикона, вспененного поливинилхлорида, резины к поверхности, которых прикреплены кружки с краями в виде иголок, камешки из пластика. Проведение занятий лечебной физкультурой и даже простая ходьба с применением ковриков позволяет воздействовать на нервные окончания стоп и стимулировать кровоток в мышцах стопы и голени, тем самым нормализовать мышечный тонус и устранить деформацию стоп. Коврики можно использовать при любых заболеваниях за исключением ряда противопоказаний (лица старше 70 лет, младенческий возраст, беременность, острые инфекционные заболевания, заболевания кожи стоп (родимые пятна, родинки, бородавки, грибковое поражение), варикозная болезнь вен нижних конечностей) [5]. Целью исследования является оценка эффективности применения акупунктурных массажных ковриков в комплексном лечении пациентов с вальгусной деформацией первого пальца стопы (hallux valgus).

Для исследования нами были отобраны 100 пациентов отделения поликлиники ОБУЗ «КГБ №1 им. Н. С. Короткова» с hallux valgus слабой и средней степени. Обследуемые были разделены на 2 группы по 50 человек в каждой. Лица женского пола составляли 90% (n = 90), мужского только 10% (n = 10). Из анамнеза жизни мы выяснили, что у 100% (n = 100) пациентов работа связана с длительным нахождением в положении стоя, у 5% (n = 5) имелись травмы от профессиональных занятий спортом и 85% (n = 85) предпочитали носить обувь на каблучке выше 5 см. Для исследования нами была составлена анкета, в которой жалобы пациентов были отградуированы от 0 – отсутствие симптома, до 5 – максимальное его проявление. Проанализировав анкеты, мы выяснили, что у пациентов первой группы преобладали жалобы на боли в области первых плюснефаланговых суставов, усиливающиеся после длительной нагрузки и уменьшающиеся в покое у 100% (n = 50), отечность стоп к концу рабочего дня у 98% (n = 49), судороги в икроножных мышцах у 100% (n = 50). У пациентов второй группы жалобы на боли в области первых плюснефаланговых суставов у 100% (n = 50), отечность стоп к концу рабочего дня у 96% (n = 48), судороги в икроножных мышцах у 98% (n = 49). У пациентов в обеих группах была главная жалоба на наличие визуального дефекта, и отсутствия возможности подобрать обувь. Исследование проводили в течение 6 месяцев, в ходе которых пациенты в дневнике самоконтроля один раз в неделю отмечали наличие или отсутствие жалоб. Первая группа, наряду с медикаментозным лечением, выполняла комплекс физической реабилитации – занятия в группе лечебной физкультуры по методике, рекомендованной для заболеваний опорно-двигательного аппарата, включавшей в себя общеразвивающие и специальные упражнения (статические и динамические упражнения для мелких мышечных групп стоп и голеностопного сустава и мышц голеней), продолжительностью по 30 минут, 4 занятия в неделю и курс массажа стоп и голеностопа (10 сеансов). Второй группе также проводилось лечение медикаментозными средствами, курсом массажа и занятиями в группе лечебной физкультуры по аналогичной методике, но дополненные комплексом упражнений на массажном акупунктурном коврике (стойка, перекаты с носочка на пятку и обратно, ходьба на полной стопе, на носочках, на пяточках, на наружной и внутренней поверхности стоп). В обеих группах лечение дополнялось ношением специальных ортопедических средств (стелек, бандажей и межпальцевых гелевых корректоров). Спустя 6 месяцев проводилось повторное обследование. Положительная динамика была зарегистрирована в обеих группах, уменьшилось количество жалоб на боли в области первых плюснефаланговых суставов, отеки стоп и голеностопа и снизилась частота судорог в икроножных мышцах. В первой группе жалобы на боли в области первых плюснефаланговых суставов, сохранялись только у 28% (n = 14), отечность стоп к концу рабочего дня наблюдалась у 24% (n = 12), судороги в икроножных мышцах у 20% (n = 10). Во второй группе жалобы на боли в области первых плюснефаланговых суставов предъявляли 24% (n = 12), отечность стоп к концу рабочего дня сохранялась у 20% (n = 10), судороги в икроножных мышцах у 16% (n = 8). Визуальный косметический дефект сохранялся в обеих группах, но для его устранения необходим более длительный курс лечения и ношение ортопедических корректоров.

Проанализировав результаты исследования, мы выяснили то, что обе методики оказались эффективными, способствовали уменьшению клинических проявлений заболевания и тем самым улучшению качества жизни пациентов. Исходя из выше изложенного делаем вывод о том, что упражнения лечебной физкультурой можно и нужно дополнять гимнастикой с применением массажного коврика. Применение в комплексном лечении акупунктурных ковриков позволяет повысить эффективность лечения, за счёт повышения заинтересованности пациента. Массажный коврик может использоваться любым человеком вне зависимости от пола и возраста. Кроме того, для экономии можно изготовить его своими руками из подручных средств, на основание из не скользящей ткани прикрепить детали, которые будут воздействовать на биологически активные точки – бусины без острых краёв, пуговицы, каштаны, камешки, деревянные палочки.

Список литературы.

1. Атлас энергетической системы тела человека. - М.: Су Джок Академия, 9 октября 2000. – 446 с.
2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: Учебник для медицинских училищ и колледжей / Епифанов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 528 с.
3. Епифанов В. А. Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Епифанов В.А.; Епифанов А.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Попов С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Попов С.Н., Валеев Н.М., Гарасева Т.С. - М.: ИЦ Академия, 2013. - 416 с.
5. Усакова Н.А. Атлас и руководство по рефлексотерапии. - М.:Тигле,2017. - 80 с.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИЛОВЫХ УПРАЖНЕНИЙ И КОМПЛЕКСА СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

Коровина А.С.

Курский государственный медицинский университет

В современном мире проблема недостаточной физической активности является особенно актуальной. Гиподинамия приводит к ряду нарушений в организме человека, чаще всего затрагивающих сердечно-сосудистую, эндокринную и опорно-двигательную системы. Выполнение физических нагрузок способствует мобилизации организма и ускорению обмена веществ, что способствует снижению риска развития заболеваний в данных системах органов. Целью исследования является сравнение эффективности силовых упражнений и комплекса статико-динамических упражнений на организм в целом.

Для нашего исследования мы взяли три контрольные группы по 20 человек в возрастном диапазоне от 20 до 35 лет. Занятия проходили три раза в неделю и каждое длилось в течение полутора часов. Группа № 1 - тренировалась самостоятельно, № 2 - с тренером, а № 3 - занималась на групповых тренировках по йоге. Методы самостоятельных занятий были различными, но преимущественно преобладали круговые тренировки. Группа, занимающаяся с тренером, в основном использовала веса, а на групповых занятиях йогой применялась комбинация статики и динамики. Для оценки результатов мы использовали показатель силового индекса, измеряемый с помощью становой тяги, что позволило нам оценить силу разгибателей спины. Исследование проводилось в течение двух месяцев и было проведено четыре измерения: начальное (до тренировок), через неделю, через один и два месяца. Изначально среднее значение силового индекса в группе 1 составило 89,4 (что совпадает со средними изначальными измерениями у групп 2 и 3). За неделю силовой индекс почти не изменился и составил 89,5, а за месяц в среднем вырос на 1,07. Контрольное измерение через два месяца показало нам увеличение показателя силового индекса в 1,11. В группе №2 также не наблюдалось изменения силового индекса через неделю (он составил 90,3), за месяц в среднем вырос на 1,07, а контрольное измерение через два месяца показало нам увеличение показателя силового индекса в 1,16. Силовой индекс в группе №3 через неделю составил 90,7, за месяц в среднем вырос на 1,1, а контрольное измерение через два месяца показало увеличение показателя силового индекса в 1,21. Оценив результаты нашего исследования, мы сделали вывод о том, что физические нагрузки любой направленности благотворно влияют на организм в целом и положительно сказываются на силе мышц спины. Однако в группе, которая занималась самостоятельно, силовой индекс ниже, чем в двух других. Это может объясняться отсутствием четко

составленного комплекса упражнений, а также отсутствием контроля со стороны тренера (в группе №1 частота выполнения упражнений и их качество было снижено). Различия между 2 и 3 группами связаны с тем, что чередование статических и динамических упражнений позволяет задействовать большее количество групп мышц, а силовой тренинг целенаправленно прорабатывает только определенную группу.

Список литературы.

1. Инновационные процессы и их перспективы в физической культуре и спорте: [сб. избр. материалов междунар. (2008 г.) и Всерос. (2010 г.) научно-практ. конф.] / Ком. по физ. культуре и спорту Курской обл., Курский гос. Мед. Ун-т; под ред В.Н. Кулезнева, А.В. Володина. - Курск: Изд-во КГМУ, 2010. - 324 с.
2. Спортивная медицина. Курс лекций и практические занятия: [учеб. пособие] / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – Москва: Спорт; Москва : Человек, 2018. - 708 с.

РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ИБС С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И БЕЗ НЕГО

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Когнитивные, иначе познавательные функции представляют собой сложные психические процессы, направленные на прием, обработку, хранение, структуризацию поступающей из вне информации, затем принятие решений и генерирование новых идей. Они обеспечивают рациональное восприятие окружающей действительности, понимание происходящих вокруг человека событий. Основными когнитивными способностями являются: память, гнозис (восприятие), праксис (целенаправленные действия), интеллект (мышление), речь [1]. Проблема формирования когнитивных дисфункций у пациентов с различными соматическими заболеваниями в настоящее время занимает ведущую позицию, поскольку они представляют собой одно из наиболее распространенных проявлений органического поражения головного мозга [2,3]. Одной из важных задач современного терапевтического направления медицинской деятельности является раннее выявление потенциально излечимых когнитивных расстройств, поскольку пациенты на ранних стадиях когнитивных нарушений составляют большинство из обратившихся за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения [4]. Поэтому актуальность моего исследования, бесспорно, высока. Цель исследования: изучить проблему формирования когнитивной дисфункции у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (в частности у пациентов с ишемическим инсультом в позднем восстановительном периоде и в периоде отдаленных последствий), а также у пациентов, имеющих различную сердечно-сосудистую патологию; сравнить масштабы когнитивных нарушений у данных групп пациентов. 1) Объектом исследования являются две сравниваемые группы пациентов: 1-я группа - больные с имеющимся в анамнезе ОНМК, подразделенные на подгруппы, а) пациенты после ОНМК в позднем восстановительном периоде, б) пациенты без ОНМК в периоде отдаленных последствий; 2-я группа – больные без ОНМК, но имеющие различные сердечно-сосудистые заболевания: а) ИБС: стенокардия напряжения, б) ИБС: нарушение ритма сердца, в) ХСН г) ГБ. 2) Учетные признаки: больные пожилого возраста в возрасте от 60 до 74 лет с ишемическим инсультом в позднем восстановительном периоде и в периоде отдаленных последствий, а также пациенты в той же возрастной категории без ОНМК, но имеющие заболевания, такие как гипертоническая болезнь, ХСН, различные формы ИБС. 3) Методы определения и измерения показателей: Обе выборочные группы прошли тестирование MMSE- оценка психического статуса. 4) Способы статистической

обработки: для интерпретации полученных результатов исследования был использован метод построения статистических графиков. Для сравнения результатов 1-ой и 2-ой групп, а также подгрупп, были построены столбиковые диаграммы. Обработка выполнена автоматизировано с помощью специализированного программного обеспечения - Excel.

В исследование были включены 38 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 60 до 74 лет, которые приходили на прием к участковому терапевту. Из них 19 пациентов (10 женщин, 9 мужчин) перенесли ишемический инсульт: а) давностью от 2 до 6 мес – 7 человек, б) давностью – от 1 года и более – 12 человек. В группу сравнения включены 19 человек (14 женщин, 5 мужчин) той же возрастной категории без патологии центральной нервной системы, но имеющие сердечно-сосудистые заболевания. а) ИБС: стенокардия напряжения – 4 человека, б) ИБС: нарушение ритма сердца – 5 человек, в) ХСН – 5 человек г) ГБ -5 человек. Все пациенты, перенесшие инсульт, на момент исследования не имели тяжелых двигательных и речевых нарушений, которые бы затрудняли проведение нейропсихологического обследования. По шкале MMSE: • 24 человека (63,15% больных) набрали 24–27 баллов, что соответствует преддементным когнитивным нарушениям; из них 12 человек (50%) с перенесенным ишемическим инсультом (3 человека (15,78%) – поздний восстановительный период, 9 человек (47,36%) – период отдаленных последствий) и 12 человек (50%) с ССС (а) ИБС: стенокардия напряжения -2 человека (10,52%), б) ИБС: нарушение ритма сердца – 4 человека (21,05%), в) ХСН – 3 человека (15,78%) г) ГБ – 3 человека (15,78%)); • 6 человек (15,78%) – 28 баллов (нет когнитивных нарушений), из них 2 пациента (33,3%) с перенесенным ОНМК (период отдаленных последствий (10,52%)) и 4 человека (66,6%) с ССЗ (с ИБС: стенокардия напряжения – 1 человек (5,26%), с ИБС: нарушение ритма сердца – 1 человек (5,26%) с ГБ – 2 человека (10,52%)); • 8 человек (21,05%) – 20–23 балла (деменция легкой степени), из них 5 человек (62,5%) с имеющимся в анамнезе ишемическим инсультом (3 человека (15,78%) – поздний восстановительный период, 2 человека (10,52%) - период отдаленных последствий) и 3 пациента (37,5%) с ССЗ (а) ИБС: стенокардия напряжения – 1 человек (5,26%), б) ХСН – 2 человека (10,52%)). При проведении теста MMSE у пациентов затруднения вызывали такие разделы, как отсроченное воспроизведение слов, способность отнимать из 100 по 7 пять раз (серийный счет), рисование и называние букв слова в обратном порядке. При оценке памяти задание на запоминание и отсроченное воспроизведение нескольких слов вызвало затруднение у 32 пациентов (84,21 %). С данным разделом с помощью подсказки (категориальная подсказка или множественный выбор) справились 23 человека (71,87%); 9 человек (28,12%) не смогли воспроизвести предлагаемые к запоминанию слова даже с помощью подсказки. Часть больных, которая не смогла справиться с заданием даже с помощью подсказки, относится к категории пациентов с расстройством памяти вследствие нарушения хранения информации, которая не зависит от наличия сосудистых патологий, а характеризуется развитием дегенеративно-дистрофических изменений головного мозга, обычно проявляющихся у людей в пожилом возрасте (болезнь Альцгеймера). Другая часть пациентов могла воспроизвести пропущенные слова с помощью подсказки. В данном случае нарушено воспроизведение информации, что характерно для больных с сосудистой патологией. Как показывает данное исследование нейропсихологические методики позволяют быстро и достаточно точно оценить когнитивные функции у различных категорий пациентов. Среди численно одинаковых сравниваемых групп пациентов когнитивные нарушения преобладают у пациентов с перенесенным ОНМК, преддементные нарушения наблюдаются в равных количествах в двух сравниваемых группах. Отсутствие когнитивных расстройств в значительном количестве преобладает у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди пациентов с ОНМК преобладает число больных с ишемическим инсультом в периоде отдаленных последствий, в котором наблюдаются в большинстве случаев преддементные нарушения. Деменция легкой степени выраженности преобладает у пациентов в позднем восстановительном периоде. Среди больных с ССЗ

распространены преддементные нарушения, преобладают больные с ИБС: нарушение ритма сердца. Деменция легкой степени встречается среди пациентов с ИБС: стенокардией напряжения и сердечной недостаточностью. Когнитивные нарушения среди лиц пожилого возраста, имеющие в анамнезе перенесенный ишемический инсульт достаточно часто встречаемое явление. Объем нарушений познавательной сферы среди лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями также велик, но тяжесть данных расстройств меньше, чем у больных с ОНМК. .

Список литературы.

1. Захаров, В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения. – 2016, С.82–90.
2. Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., Караваева Е.В., Чистякова В.А., Елисеева А.М. Когнитивные нарушения после инсульта. – 2017, С. 38 – 39.
3. Путилина М.В. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной патологии. Руководство для врачей. – 2015, С. 40-41, 96-97.
4. Шишкова В. Н. Когнитивные нарушения как универсальный клинический синдром в практике терапевта. Терапевтический архив. 2015, С. 118–134.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF-36

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной инвалидизации и смертности в большинстве развитых стран. Они по-прежнему занимают первое место, как в структуре заболеваемости, так и в структуре смертности в Российской Федерации [1]. Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространённых хронических неспецифических заболеваний человека. Доступные статистические данные по России указывают, что не менее 40 % населения 58 % женщин и 37 % мужчин болеют артериальной гипертензией, лечится только 48 % женщин и 21 % мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5 % женщин и 5,7 % мужчин [2]. Заболевания сердечно-сосудистой системы влияют не только на физическое состояние человека, но и на психологию поведения, эмоциональные реакции и могут изменять его место и роль в социальной жизни [3]. Чаще всего врач оценивает физикальные, лабораторные и инструментальные данные о состоянии пациента. Однако информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, ему малодоступна. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи является качество жизни. По определению ВОЗ, качество жизни - это восприятие человеком своей жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия [4]. В настоящее время существует большое количество методик для оценки качества жизни [5]. Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в клинической практике пользуются стандартными инструментами оценки качества жизни, которыми являются опросники (индексы и профили). Наиболее часто используется короткая форма SF-36, Ноттингемский профиль здоровья, SIP-профиль. Цель исследования - Оценить и сравнить уровень качества жизни больных с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии.

Материалы и методы В исследовании приняло участие 30 человек (8 мужчин, 22 женщины), которые были разделены на две группы в зависимости от стадии гипертонической болезни: ГБ 2 стадии – 14 человек, ГБ 3 стадии – 16 человек (9 человек – ИБС, ПИКС; 7 человек – ИБС, стабильная стенокардия напряжения). Средний возраст

обследуемых – 64 года. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36. «SF-36 Health Status Survey» является наиболее распространенным неспецифическим (общим), субъективным опросником и широко применяется как в популяционных, так и в специализированных исследованиях [6]. Тридцать шесть пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по выбранной шкале. Затем определяются два итоговых показателя качества жизни – физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья. Статистический анализ данных проводился с использованием программы medstatistics. Количественные признаки представлены как среднее арифметическое $\pm$ стандартное отклонение. Для оценки достоверности межгрупповых различий использовался критерий Стьюдента. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Показатели самооценки своего физического и психического здоровья больных ГБ 2 стадии и ГБ 3 стадии достоверно близки по таким параметрам, как влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности; интенсивность боли и её влияние на повседневную деятельность; жизненная активность; влияние эмоционального состояния на выполнение больными своей повседневной деятельности; социальное функционирование; психическое здоровье. Сравнимый анализ показателей качества жизни у пациентов с гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, выявил статистически значимые отличия в значениях общего состояния здоровья и физического функционирования, а также по одному итоговому показателю качества жизни – физический компонент здоровья. В целом общая оценка своего психического здоровья ($62,00 \pm 4,82$ и $59,00 \pm 3,74$, соответственно; $p > 0,05$) при разных стадиях гипертонической болезни меняется незначительно. Однако пациенты обеих групп представили невысокие результаты по итоговому показателю качества жизни - психологический компонент здоровья. Несмотря на то что по другим шкалам качества жизни не установлены статистически значимые отличия, обращает на себя внимание малое количество баллов в шкале ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и в шкале ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, что говорит об их сниженной эмоциональной и физической способности заниматься профессиональной работой или работой на дому. Выводы 1. Физический компонент здоровья и входящие в него физическое функционирование и общий компонент здоровья выше у пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии. 2. В обеих группах выявлены невысокие значения по итоговому компоненту-психологическому компоненту здоровья. 3. Пациентам обеих групп следует повысить психологический компонент здоровья.

Список литературы.

1. Шальнова С. А. Распространенность и прогноз ишемической болезни сердца среди населения 55 лет и старше в условиях крупного промышленного центра (популяционное исследование). – 2016.
2. Климов А. В., Денисов Е. Н., Иванова О. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения // Молодой ученый. — 2018. — №50. — С. 86-90.
3. Новик А. А. Оценка качества жизни больного в медицине / Новик А. А., Матвеев С. А., Иванова Т. И. и др. // Клин. мед. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
4. The WHOQOL Group What Quality of Life? // World Health Forum. – 1996. – Vol. 17. – P. 354–356.
5. Сердечная Е. В., Кульминская Л. А., Истомина Т. А. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных с нарушениями ритма сердца // Экология человека. – 2007. – № 2.
6. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston, Mass: The Health institute, New England Medical Center; 1993.

7. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 52–57.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

На сегодняшний день артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее положение среди всех экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин [1,2]. В России у 5- 30% беременных встречается АГ, в странах Европы этот показатель равен 4 - 15%. Материнская смертность от гипертензивного синдрома составляет 12 %, ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ - по данным Всемирной организации здравоохранения [3]. Несмотря на актуальность, данная проблема далека от своего решения. На фоне повышенного артериального давления у беременных достоверно чаще возникают такие опасные осложнения как: прогрессирующая плацентарная недостаточность, гипоксия плода, а в тяжелых случаях асфиксия и гибель ребенка. Гипертензивные осложнения занимают 4 место в структуре материнской смертности [4]. Поэтому на современном этапе необходимо уметь вовремя прогнозировать и предотвращать развитие болезни. Цель исследования и его задачи. Выявление факторов риска возникновения артериальной гипертензии у беременных женщин.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ обменных карт 36 беременных женщин, находившихся на учете в женской консультации БУЗ ВО ВГКП №1 (г Воронеж). При анализе медицинских документов оценивались такие показатели как, возраст беременной, количество беременностей родов, индекс массы тела до беременности, прибавка массы тела за период беременности, наличие гипертонической болезни, сопутствующая соматическая патология, вредные привычки. Средний возраст пациенток 31,56 года. Срок беременности пациенток составил от 37 до 40 недель. Статистический анализ проводился с помощью группировки полученных данных. В результате анализа полученных данных все участницы были разделены на две равнозначные группы. В первую группу вошли пациенты в возрасте от 21-32 лет в количестве 18 человек, а во вторую в возрасте 32- 43 лет в количестве 18 человек. Критериями для диагностики АГ являлись уровень систолического АД (САД) 140 мм.рт. ст. и более или диастолического АД (ДАД) 90 мм. рт. ст. и более либо увеличение САД на 25 мм. рт. ст. и более или ДАД на 15 мм. рт. ст. по сравнению с уровнями АД до беременности или в I триместре беременности.

В первую очередь, была оценена частота встречаемости АГ среди беременных женщин. При этом из 36 беременных артериальная гипертензия выявлена у 9 женщин от общего числа исследуемых, что составило 25,00%. Оценивая влияние возраста женщин на возникновения артериальной гипертензии, было выявлено, что средний возраст женщин с артериальной гипертензией (АГ) составил 38,67, в то время как средний возраст беременных без АГ составил 27,36. Следует отметить, что АГ встречалась у беременных всех возрастных групп. Так, максимальный возраст женщины с гипертонией составил 43 года, в то время как самой младшей беременной, у которой была диагностирована АГ, было 30 лет. Также нами были оценены различия частоты возникновения АГ среди женщин с одноплодной и многоплодной беременностью. Для этого женщины были разделены на две группы: первая –женщины с одноплодной беременностью, и вторая - с многоплодной

беременностью. При этом, по оцениваемым параметрам наблюдались достоверные различия между данными группами. Было выявлено, что в первой группе женщин АГ была диагностирована у 15%. Во второй группе пациенток частота встречаемости гипертонии была гораздо выше 80%. При исследовании влияния ИМТ женщин до беременности на развитие АГ были получены следующие результаты. Средний ИМТ женщин без АГ составил 22,34, в то время как средний ИМТ беременных с АГ составил 28,47. Также была оценена взаимосвязь между прибавкой массы тела за время беременности и возникновением АГ. Было достоверно установлено, что средняя прибавка массы тела у женщин с АГ составила 13,400кг, а средняя прибавка у женщин без АГ 7,800кг. Для оценки влияния количества беременностей на развитие артериальной гипертензии женщины были разделены на группы в соответствии с количеством беременностей. Первая группа – женщины с 1 или 2 беременностью, 2я группа 3-4 беременности, 3я группа 5 и более беременностей. При анализе полученных данных, не было выявлено достоверных различий между сравниваемыми группами. Таким образом, распространенность АГ среди беременных женщин составила 25%, что свидетельствует о том, что минимум каждая четвертая беременность сопровождается развитием АГ, которая в свою очередь служит предиктором других опасных осложнений.

1. Федеральные клинические рекомендации диагностика и лечение артериальной гипертонии у беременных. Российское общество акушеров гинекологов ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России.

2. Поликлиническая терапия: учебник / коллектив авторов; под ред. Чукаевой И.И., Барта Б.Я. - Москва: КНОРУС, 2017. - 696 с. - (Бакалавриат).

3. Поликлиническая терапия: учебник / Зуйкова А.А. и др. / под редакцией Болотских В.И. – Воронеж: ВГМУ, 2018. – 772 с.

4. Клинические рекомендации. Артериальная гипертония у беременных. МКБ 10: O10/O11/O13/O14/O15/O16. Год утверждения: 2016 (пересмотр каждые 3 года).

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМ У ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМУ ЛЕЧЕНИЯ

Крайнюков И.П., Ивашиненко Ф.М., Евсиенко Р.Р.

Военно-медицинская Академия имени С.М. Кирова

Травматизм, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, эндокринными расстройствами, последствиями неправильного питания относится к социально значимым нозологическим формам. Подростки представляют возрастную группу риска в отношении травм, в том числе в связи с особенностями внешней психической деятельности, избыточной физической и социальной активностью, обусловленной, в свою очередь, гормональной перестройкой и особенностями уклада жизни семьи и окружения. Подростковый травматизм становится предметом особой озабоченности мирового научного сообщества прежде всего из-за высокой смертности и инвалидизации лиц, не достигших возраста взрослого человека. В России травматизм подростков является одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения, ежегодно в травматологические и медицинские пункты за амбулаторной помощью обращается свыше 500000 подростков с различными травмами. Реальное количество случаев травмирования значительно выше, особенно в случае легких травм из-за нежелания

обращаться за медицинской помощью. Между тем, медицинские и социальные последствия травматизма могут оказывать существенное влияние на гармоничное развитие и становление подростка как личности, так как в зависимости от их тяжести формируются значительные ограничения в повседневной жизни. Следовательно, при профессиональном подходе в процессе лечения травм крайне важным является проведение адекватного тяжести и локализации заболевания курса реабилитации. Это позволит предупредить медицинские и социальные последствия травмы, приводящих, в том числе, к инвалидизации, и обеспечить достижение надёжного результата и полное восстановление здоровья [1, 2, 5].

В исследование были включены 2 когортные группы: группа №1 – 10 подростков в возрасте 14-18 лет, проходивших лечение в травматологическом стационаре по поводу переломов верхней конечности. Группа №2 включала 8 подростков в возрасте 16-18 лет, проходивших лечение в травматологическом стационаре по поводу переломов верхней конечности и (после выписки) в реабилитационных центрах. Проведён гигиенический и клинический анализ историй болезни, а также амбулаторных карт в поликлиниках, а также анкетирование о социальной и физической активности после лечения, в которых оценивался показатель «койко-день», результат лечения и оценена эффективность реабилитации в группе №2. Анализ историй болезни показал, что продолжительность лечения по показателю «койко-день» существенно не отличались, а различия представлялись незначимыми: $10,2 \pm 0,3$ в первой группе и $10,8 \pm 0,4$ – в группе №2 ($P > 0,05$). Вместе с тем, подростки из группы №1 продолжили лечение амбулаторно в поликлиниках в течение $29,2 \pm 0,8$ суток, причём впоследствии продолжились ограничения в отношении активных видов деятельности, таких как игры, туризм, спорт ещё на 5-15 суток. Группа прошедшая курс реабилитации в течение 12-17 суток ($13,8 \pm 0,7$) достоверно отличалась по продолжительности от первой группы ($P < 0,01$) и показала положительную динамику по восстановлению и включению в полноценный режим жизни без ограничений. Таким образом, подтверждена обоснованность и эффективность реабилитационного курса, сокращающая сроки лечения травм у подростков и снижающая вероятность осложнений, определяющих медицинские и социальные последствия [3, 4, 5].

1. Травматизм в подростковом возрасте представляет социально значимую медицинскую проблему и требует системное решение на этапах лечения, медицинской и социальной реабилитации.
2. Лечение в травматологическом стационаре, не оборудованного реабилитационным центром, не является полноценным и впоследствии может привести к медицинским осложнениям, включая инвалидизацию подростка.
3. Вторичная профилактика медицинских и социальных последствий из-за неполноценного лечения требует создание системы лечения больных травматологического профиля, включающей этап реабилитации как обязательный элемент восстановительной терапии.
4. Системное лечение подростков после травм требует информирование родителей и гигиеническое воспитание пациентов в отношении возможных осложнений, необходимых этапов лечения и реабилитации, требующее привлечение психологов.
5. Актуальность разработки реабилитационных программ остаётся, требует специальных исследований и программ на ведомственном и государственном уровнях.

Список литературы.

1. Крайнюков И.П. Использование компрессионной одежды спортсменами-марафонцами в системе спортивной медицины / Крайнюков И.П., Алимсултанов И.И. // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2020. - № 39 (S2). - С. 134-135.
2. Веселкова К.Е. Сопровождение социальнопсихологической адаптации подростков с тяжелыми физическими травмами / Веселкова К.Е. // Теория и практика общественного развития. - 2011. - №7.
3. Лагвилава К. Е. Социально-психологическая адаптация подростков к последствиям физической травмы / Лагвилава К.Е. // МНИЖ. - 2014. - №3-2 (22).

4. Краснояров Г.А. Опыт лечения спортивных травм у детей и подростков / Краснояров Г.А., Цыбанов А.С., Козлов О.О. // Вестник БГУ. Медицина и фармация. - 2013. - №12.

5. Алимсултанов И.И. Гигиеническая оценка факторов риска смертельных случаев при чрезмерных нагрузках в спорте / Алимсултанов И.И., Велибеков Р.Т., Иващенко Ф.М., Майдан В.А., Кузнецов С.М. // Актуальные проблемы физической культуры, спорта и туризма. Материалы XIV Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. – 2020. – С.66-68.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ИНФРАКРАСНЫХ СПЕКТРОВ КРОВИ ПРИ ЭКМО

Красникова О.В., Чиненков А.С., Кондрашина Л.Д.

Приволжский исследовательский медицинский университет

На протяжении последнего десятилетия метод экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) получил широкое распространение во многих странах мира. Это обусловлено многими причинами, включая существенный прогресс в экстракорпоральных технологиях, накопление данных, подтверждающих эффективность использования ЭКМО, расширение показаний к клиническому применению данного метода [1]. В настоящее время, одним из перспективных методов диагностики заболеваний и оценки эффективности проводимого лечения является инфракрасная спектроскопия биологических жидкостей и тканей [2].

Цель исследования: Изучение динамики изменения параметров инфракрасных спектров сыворотки крови пациента с ЭКМО. Проведено совместное исследование на базе клиник кафедры общей химии «Приволжского исследовательского медицинского университета» и Специализированной кардиохирургической клинической больницы Н. Новгорода. Методом ИК - спектроскопии исследовали сыворотку крови пациента с ишемической болезнью сердца, перенесшего операцию АКШ, с последующим лечением ЭКМО. В качестве группы контроля выступали здоровые добровольцы без каких-либо сердечно-легочных заболеваний (n=30). Исследование проводили методом инфракрасной (ИС) спектроскопии сыворотки крови. Забор крови из кубитальной вены в объеме 5 мл. Ежедневно, в течение 16 дней брали у данного пациента кровь. Через 16 дней ЭКМО было отключено в связи с положительной динамикой выздоровления пациента. Сухой образец крови перетирали в вазелиновом масле. ИК-спектр сыворотки крови получали на оптическом спектрофотометре «Carl Zeiss Jena SPECORD IR-75», в диапазоне волновых чисел от 1200 до 1000 см⁻¹[3]. Измеряли высоты пиков полос поглощения ИК-спектров сыворотки крови с максимумами при 1180, 1170, 1165, 1160, 1150, 1140, 1130, 1100, 1070, 1060, 1050, 1025 см⁻¹.

Математический анализ данных позволил выбрать три информативные полосы поглощения с максимумами при 1165, 1125, 1050 см⁻¹. Изменение интенсивности поглощения инфракрасного излучения кровью на этих полосах ИК-спектра крови в течение 10 дней имело прямую корреляцию с состоянием больного и значениями нормы. Так, для полосы поглощения с максимумом при 1165 см⁻¹ значение интенсивности поглощения (№ суток, %) составили: 1- 5,2; 2- 4,8; 4- 3,7; 5-6; 7- 3,1; 8-4,6; 10- 4,3; 11- 3,1; 13- 3,4; 15- 4,8; 16- 4,6; при норме – 4,9; при 1125 см⁻¹: 1- 1,6; 2- 1,4; 4- 4; 5- 5,1; 7- 3,8; 8 – 3,7; 10 – 2,5; 11- 2,4; 13- 2,4; 15- 4,1; 16- 3,3; при норме 3,4; при 1050 см⁻¹: составили: 1- 3,3; 2- 3,1; 4- 3,6; 5- 4,6; 7- 4,6; 8- 3,5; 10- 3,2; 11- 1,7; 13- 3,9; 15- 5,5; 16- 5,7; при норме – 5,3. Таким образом, значения выбранных полос поглощения приблизились к норме к тому моменту, когда

пациенту отключили ЭКМО. Метод ИК-спектроскопии сыворотки крови является надежным, точным и простым методом оценки эффективности лечения больных, которым показана ЭКМО.

Список литературы.

1. Shelukhin, D.A. Extracorporeal membrane oxygenation for patients with severe respiratory failure. Case report: first time in Russia inter-hospital aeromedical transportation of the patient with severe acute respiratory failure on extracorporeal membrane oxygenation / D.A. Shelukhin, A.I. Pavlov, A.L. Ershov, // Medical Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations. - 2015. - N 3. - P. 24–34.

2. Красникова О.В. Изменение параметров ИК-спектров биологических тканей животных-опухоленосителей на фоне совместного введения доксорубина и озона / Красникова О.В., Гордцев А.С., Контрощикова К.Н., Крылов В.Н., Сазанов А.И.// Современные технологии в медицине. - 2011. - № 3. - С. 83-87.

3. Красникова, О.В. Мониторинг энергетического метаболизма миокарда как раннего маркера возникновения жизнеугрожающих состояний / Красникова О.В., Гордцев А.С., Петрова И.А., Немирова С.В., Медведев А.П., Шахов Б.Е.// СТМ. – 2017. - том 9. - № 1. - С. 147-155.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИЕМАМИ МАНУАЛЬНОЙ И ФИЗИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Кузнецов П.С., Яшков А.В.

Самарский Государственный Медицинский Университет

Плечелопаточный периартрит (далее- ПЛП) – распространённое заболевание, встречающееся у 25% процентов взрослых жителей планеты. В зоне особого риска мужчины и женщины трудоспособного возраста [1;3]. Есть подход предусматривающий применение мануальной или физиотерапии у пациентов с ПЛП [1;2]. В то же самое время остается не изученным воздействие комбинации этих двух методов. Особый интерес представляет комбинация мануальной терапии с магнитно-лазерной терапией, обладающей обезболивающим и противовоспалительным действием, что эффективно при ПЛП.

Для оценки эффективности комбинированного лечения был взят за основу систематический обзор с сайта: Cochrane.org-, а также собственные наблюдения за пациентами с ПЛП. Изучение эффективности моно- и комбинированного лечения пациентов методами мануальной и физиотерапии оценивалось по клиническим проявлениям, антропометрии, оценка интенсивности боли проводилось методом "ВАШ" (Визуально-аналоговая шкала), тепловизионной диагностики пораженного сустава.

Уменьшение боли, улучшение подвижности пораженного сустава подтверждает эффективность комбинированного применения методов мануальной и физиотерапии пациентов с ПЛП. Это обусловлено воздействием на решающее звено патогенеза заболевания. Применение комбинации техник мануальной и физиотерапии на пораженный сустав при ПЛП ускоряет процесс выздоровления. Считаем, что данная комбинация может служить хорошей неинвазивной альтернативой лечения для больных с ПЛП.

Список литературы.

1. Иваничев Г.А.: Миофасциальная боль-Монография Казань 2007-392 с.

2. Рачин А.Н., Якунин К.А., Демешко А.В.: Миофасциальный болевой синдром - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 120с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВЫСОКООНКОГЕННЫХ СЕРОТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН Г. КЕМЕРОВО

Лысенко Д.Д., Ковалевич А.С.

Кемеровский государственный медицинский университет

На сегодняшний день вирус папилломы человека (ВПЧ) является одним из самых распространённых вирусов, передаваемых половым путем. Некоторые серотипы ВПЧ играют значительную роль в возникновении рака шейки матки, заболеваний вульвы, влагалища у женщин. Вирус способен передаваться от матери к плоду и вызывать папилломатоз гортани у ребенка. В связи с этим одной из главных задач современных женских и диагностических консультаций является ранняя диагностика и выявление наличия ВПЧ высокого канцерогенного риска в организме женщины. Большое медико-социальное значение для планирования профилактических мероприятий, направленных на своевременное предупреждение рака шейки матки и других онкологических заболеваний, имеет анализ инфицированности женщин ВПЧ серотипами высокого онкогенного риска. Актуальность работы связана с отсутствием систематизированных данных о состоянии инфицированности женщин различных возрастных групп вирусом папилломы человека высокого канцерогенного риска в городе Кемерово. Целью исследования являлось изучить спектр и частоту встречаемости высококанцерогенных ВПЧ у популяции женщин разных возрастных групп, проживающих на территории города Кемерово за 2020 год.

По данным лабораторных журналов ретроспективно систематизированы и проанализированы данные, полученные в результате обследования 101 женщины в возрасте от 24 до 64 лет диагностической лабораторией ООО «Витаскрин» г. Кемерово на наличие высокоонкогенных серотипов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) за 2020 год. Все женщины были разделены на следующие возрастные группы: от 24 до 34 лет (16 женщин); от 34 до 44 лет (30 женщин); от 44-54 (39 женщин) лет и от 54 до 64 лет (26 женщин). В работе использован метод полимеразно-цепной реакции «real time». Клинически значимым содержанием ВПЧ считали более 10^3 копий ДНК ВПЧ на 10^5 клеток; клинически малозначимым - менее 10^3 копий ДНК ВПЧ на 10^5 клеток.

По результатам обследования у 32,6% женщин были обнаружены высокоонкогенные серотипы ВПЧ, т.е. серотипы, способные вызвать рак шейки матки. В группе от 24 до 34 лет количество инфицированных женщин было наибольшим и составило 37,5%, что объясняется высокой сексуальной активностью женщин этого возраста и согласуется с общемировыми и российскими данными. В группе от 34-44 лет высокоонкогенных ВПЧ регистрировали у 33%; от 44-54 года – у 20,5%; от 54 до 64 лет – 30,7% женщин. При этом суммарная вирусная нагрузка 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 серотипов ВПЧ достигала клинически значимых концентраций у 16,8% обследованных женщин. Эти женщины являются группой риска по развитию неопластических процессов, поэтому нуждаются в цитологическом исследовании мазков шейки матки, с целью выявления предраковых состояний и их своевременном лечении. Следует отметить, что у 7,8% женщин были выделены ВПЧ только 16 серотипа, при чем у 4,9 % с клинически значимыми концентрациями. У 2,8 % женщин был обнаружен ВПЧ 45 серотипа, из них у 1,9% - с клинически значимыми концентрациями. У 15, 8% женщин были выявлены ВПЧ высокого онкогенного риска с концентрациями, не достигшими клинически значимого порога. Эта группа женщин при нормальной цитологической картине мазка шейки матки нуждается в

этиотропной терапии, направленной на элиминацию ВПЧ и нормализацию иммунного статуса. Для лечения часто используют интерфероны, интерферогены, различные иммуномодуляторы. В настоящее время проводятся испытания терапевтических вакцин для индукции клеточного ответа, направленного на элиминацию атипически измененных клеток. Существенные успехи были достигнуты в создании профилактических вакцин – вакцин, предотвращающих рак шейки матки, экзофитных кондилом, заболеваний вульвы, влагалища. Их эффективность в предотвращении инфицирования достигает 94,7%. В России зарегистрирована квад্রивакцина Gardasil (MSD) против 6/11/16/18 серотипов ВПЧ и бивалентная вакцина Cervarix (GSK) против 16/18 серотипов. Вакцины рекомендуют использовать детям с 9 лет (до начала половой жизни), однако, в настоящее время получены убедительные данные об их эффективности даже при вакцинации женщин старше 26 лет.

Инфицированность женщин высокоонкогенными ВПЧ на территории г. Кемерово составила 32,6%. Самые высокие показатели инфицированности регистрируются у женщин в возрасте 24-34 года. У 16,8% женщин вирусная нагрузка достигала клинически значимого порога, что свидетельствует о высоком риске развития у них неопластических процессов и требует активной тактики по их предупреждению.

Список литературы.

1. Бестаева Н.В., Назарова Н.М. и др. Папилломавирусная инфекция: новые взгляды на диагностику и лечение (обзор литературы) // Гинекология. – 2013. – № 3. – С. 4–7. 2. Профилактика рака шейки матки / под ред. акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. В.Н. Прилепской. – 3-е изд. доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 190 с.

РОЛЬ ТОКСИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА В ФОРМИРОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И РАКОВОЙ КАХЕКСИЕЙ

Макиев Г.Г., Течиева Р.Р., Хестанова М.С., Епхиев А. А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Одной из нерешённых проблем в медицине по-прежнему остаётся низкая продолжительность жизни пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) при значительных затратах на разработку новых методов терапии. Как правило, у данной категории больных уже имеется раковая кахексия (РК), которая ассоциирована с плохим прогнозом [1]. Раковая кахексия – это осложнение онкологических заболеваний, проявляющееся крайним истощением организма, снижением активности физиологических процессов [2]. Предполагается, что при РК поражаются все органы, но в первую очередь – мышечная ткань, в том числе и миокард. По нашим данным и данным литературы [3] в большинстве случаев непосредственной причиной смерти является левожелудочковая сердечная недостаточность (ЛЖСН). Имеется большое количество данных о молекулярных механизмах развития РК, однако отсутствуют публикации с описанием структурных основ поражения. Миокард подвергается разным видам повреждения, одно из них реализуется нарушением мембранных взаимодействий за счёт токсического воздействия опухолевых субстратов и формированием повреждения по токсическому механизму [3]. Однако остаются вопросы о его значимости на развитие ЛЖСН у пациентов с РК. Цель исследования: изучение сравнительных морфологических изменений между пациентами с токсическим повреждением и с РК, основной причиной смерти которых стала ЛЖСН, для определения роли токсического повреждения в данном процессе. Это даст возможность разработать принципы их коррекции для увеличения выживаемости больных со ЗНО.

Материалы и методы. Материалом послужили 13 случаев, 10 из которых – пациенты паллиативного отделения РОД РСО-Алании со ЗНО и установленной РК. Проводили

анализ данных историй болезней для определения звеньев в танатогенезе: оценивали изменение гидростатического давления по изменению насосной функции левого желудочка; изменение онкотического давления по уровню общего белка и альбумина. Среди исследованных материалов- 3 случая судебно-медицинской экспертизы: 1- с панкреонекрозом и 2- с экзогенной интоксикацией. Эти случаи изучались в качестве контроля, т.к. они не были связаны с РК и ЛЖСН и представляли собой смерть от интоксикации как типового патологического процесса.

Непосредственный анализ структурных изменений проводили по аутопсийному материалу миокарда и лёгких. Приготовление гистологических препаратов с использованием окраски гематоксилином и эозином осуществляли по стандартным методикам [4]. Для морфогистологического исследования применяли обычную световую и поляризационную микроскопию с помощью микроскопа Nikon E2000 и поляризационного фильтра.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа клинических данных было выявлено, что у всех пациентов с РК наблюдалось повышение гидростатического давления и/или снижение онкотического давления. Кроме того, при макро- и микроскопическом исследовании лёгких во всех случаях с РК обнаружен отёк лёгких. Приведённые данные свидетельствуют о том, что у всех 10 пациентов непосредственной причиной смерти явилась ЛЖСН.

При обычной световой микроскопии материалов миокарда пациентов с РК выявлено равномерное окрашивание. Миокард был атрофичен с участками дистрофически изменённых кардиомиоцитов. В 9 из 10 случаев обнаруживался липофусциноз. Микроскопическое исследование миокарда контрольных случаев выявило также равномерную окраску, но с преобладанием слабого кровенаполнения, миокард был не атрофичен и без участков липофусциноза. Кроме того, обнаруживаются участки фрагментации кардиомиоцитов с потерей исчерченности.

С помощью поляризационной микроскопии можно выявить маркер токсического повреждения- контрактуры миокарда. При исследовании аутопсийных материалов больных с РК контрактуры обнаружены не были. В 3 случаях были обнаружены трещины кардиомиоцитов, которые являются маркерам фибрилляции. Большинство авторов относят их к метаболическим изменениям. При использовании данного метода на препаратах миокарда контрольных случаев, были обнаружены контрактуры, т.е. признаки токсического повреждения. Они характеризовались усилением анизотропии на отдельных участках мышечных волокон, сближением А-дисков. Это позволяет отнести контрактуры к I- II степени.

Отсутствие контрактур миокарда больных с РК может говорить о том, что в природе данного вида повреждения токсический механизм не играет какой-либо значимой роли. Изменения в миокарде в случаях с интоксикацией, проявляющиеся наличием контрактур, указывают на то, что в данном случае в механизме повреждения миокарда наиболее значимое место занимает токсический компонент.

Заключение. Таким образом, в ходе сравнительного анализа морфогистологических изменений миокарда больных с РК, погибших от ЛЖСН, были обнаружены структурные изменения, отличные от описываемых в контрольном случае: атрофия миокарда и участки дистрофически изменённых кардиомиоцитов. Также у данной категории больных не обнаружены признаки токсического повреждения- контрактуры, что говорит об отсутствии значимого влияния данного механизма повреждения на миокард у пациентов с РК. Это указывает на иную природу повреждения миокарда у данной категории больных. Возможно, преимущественное место занимают метаболические и/или ишемические нарушения.

Список литературы.

1. Chowdhry S.M., Chowdhry V.K. Cancer cachexia and treatment toxicity. Curr Opin Support Palliat Care. 2019.

2. Baracos V.E., Martin L., Korc M., Guttridge D.C., Fearon K.C.H. Cancer-associated cachexia. Nat Rev Dis Primers. 2018;4.
3. Dev R., Bruera E., Dalal S.. Insulin resistance and body composition in cancer patients. Ann Oncol. 2018;29.
4. Коржевский В. Е., Гиляров А.В. Основы гистологической техники // Санкт-Петербург: Изд. СпецЛит, 2010. с. 95.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Минкова В. В., Лемачко Е. В., Анищенко Е. В.

Гомельский государственный медицинский университет

Острые кишечные инфекции – группа полиэтиологических болезней с различиями в эпидемиологии, но объединенные общей чертой – первичной локализацией возбудителя в ЖКТ, что определяет своеобразие фекально-орального механизма передачи возбудителя. В структуре кишечных инфекционных болезней, с учетом резервуара и источника возбудителя, выделяют кишечные антропонозы, зоонозы и сапронозы, что необходимо учитывать при планировании и проведении профилактической и противоэпидемической работы [1]. В общей структуре инфекционной и паразитарной заболеваемости острые кишечные инфекции занимают второе место. Случаи заболеваний регистрируются среди населения всех возрастов. Определяет заболеваемость детское население, доля которого в возрастной структуре составляет 60 % [2]. Целью исследования являлось изучение клинико-лабораторных особенностей бактериальных острых кишечных инфекций в Гомельской области.

Мы проанализировали 59 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в Гомельской областной инфекционной клинической больнице за период 2019 - 2020 гг. У всех пациентов была диагностирована бактериальная кишечная инфекция различной этиологии. Исследуемую группу составили 59 человек в возрасте от 1 года до 74 лет. Среди них было 29 мужчин – 49% и 30 женщин – 51%. Диагноз бактериальной кишечной инфекции различной этиологии выставлялся на основании клинико-эпидемиологических данных и результатах бактериологического исследования кала. Основными возбудителями бактериальных кишечных инфекций являлись представители условно-патогенной флоры и сальмонеллы. Из всей группы госпитализированных пациентов у 33 человек (56%) выставлен диагноз острый гастроэнтерит, обусловленный условно-патогенной флорой. Из них: 15 мужчин (45%) и 18 женщин (55%). С диагнозом гастроинтестинальной формы сальмонеллеза на лечении находилось 26 человек (44%) из них: 14 мужчин (54%) и 12 женщин (46%). Среди госпитализированных пациентов с острым гастроэнтеритом, обусловленным условно-патогенной флорой, преобладали люди в возрасте 18 - 44 лет (14 человек (43%)) и дети до 18 лет (они составили 36% - 12 человек). Пациентов в возрасте 45 - 59 лет было только 2 человека (6%) и в возрасте 60 - 74 года - 5 человек (15%). Гастроинтестинальной формой сальмонеллеза одинаково часто болели дети и пациенты в возрасте 45 - 59 лет (по 7 человек (27%)). Более старшие пациенты болели сальмонеллезом реже (пациенты в возрасте 18 - 44 года - 6 человек (23%) и в возрасте 60 - 74 лет - 6 человек (23%)). Наиболее часто встречаемые представители условно-патогенной флоры были представлены: в 42% случаев (у 14 человек) - *Klebsiella pneumoniae*, 31% (у 10 человек) случаев – *C.freundii*, 18% (у 6 человек) случаев - *Enterobacter*, 9% (3 человека) - *Staphylococcus aureus*. У детей (7 человек (37%)), основным возбудителем бактериальных кишечных инфекций была *Salmonella* гр Д. Основными клиническими проявлениями острых кишечных инфекций бактериальной

этиологии были: у 51 пациента (86%) повышение температуры тела, в 80 % случаев (47 пациентов) – жидкий стул без патологических примесей, у 47 пациентов (80%) – рвота, у 26 пациентов (44%) - тошнота, у 18 пациентов (31%) отмечались периодические ноющие боли в животе. У пациентов с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза повышение температуры наблюдалось до субфебрильных значений – у 8 человек (31%), до фебрильных значений – у 18 человек (69%), а с диагнозом острый гастроэнтерит, обусловленный условно-патогенной флорой субфебрильная температура отмечалась у 17 человек (52%), фебрильная - у 8 человек (24%). Все госпитализированные пациенты перенесли заболевание в состоянии средней тяжести. Осложнений бактериальных кишечных инфекций у пролеченных пациентов не наблюдалось. При анализе результатов клинического анализа крови у пациентов с сальмонеллезом лейкоцитоз был выявлен в 35% случаев (9 человек). В 73% (у 19 человек) наблюдалось повышение СОЭ. Только у 3 пациентов (12%) показатели общего анализа крови оставались в пределах нормы. У пациентов с острым гастроэнтеритом, обусловленным условно-патогенной флорой лейкоцитоз выявлен у 15 человек (45%), повышение СОЭ – у 14 (42%). Нормальные показатели общего анализа крови отмечались у 13 человек (39%). Все пациенты были выписаны с клинко-лабораторным выздоровлением.

1. Наиболее частым этиологическим агентом бактериальных кишечных инфекций являлись *Salmonella* гр Д (36%) и *Klebsiella pneumonia* (24%). У детей основным возбудителем бактериальных кишечных инфекций была *Salmonella* гр Д, что составило 7 человек (37%).

2. Основными клиническими проявлениями острых кишечных инфекций бактериальной этиологии были: у 51 пациента (86%) повышение температуры тела, в 80 % случаев (47 пациентов) – жидкий стул без патологических примесей, у 47 пациентов (80%) – рвота.

3. При анализе результатов клинического анализа крови у пациентов с сальмонеллезом лейкоцитоз был выявлен в 35% случаев (9 человек). У пациентов с острым гастроэнтеритом, обусловленным условно-патогенной флорой лейкоцитоз выявлен у 15 человек (45%).

Список литературы.

1. Ионниди Е. А. Клиническая характеристика и лечение острых кишечных инфекций у взрослых / Иоанниди Е А., Осипов А. В., Обехов В. Ф. // Лекарственный вестник. – 2015. - т.9 №3(59) – С. 33 – 39.

2. Управление федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по красноярскому краю. Актуальность острых кишечных инфекций. [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://24.rospotrebnadzor.ru/> – Дата доступа: 07.11.2020.

ЖЕЛТУШНАЯ ФОРМА ЛЕПТОСПИРОЗА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Михайлова И. Н., Грошева М. Ю. Маркосян Н. С.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Лептоспироз – один из самых распространенных зоонозов, который имеет склонность к тяжелому течению и развитию неотложных состояний, таких как инфекционно-токсический шок, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, острая почечно-печеночная недостаточность [1, 2]. Заболевания людей обусловлены низким санитарно-гигиеническим уровнем жизни, нахождением в сельской местности, контактами с животными, обильными осадками и наводнениями [3]. Лептоспироз является природно-очаговой инфекцией Республики Мордовия, периодически отмечаются вспышки [2].

Целью исследования явилось изучение клинических проявлений желтушной формы лептоспироза.

Материал и методы: был проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни пациентов с диагнозом лептоспироз, госпитализированных в ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница». Из 25 пациентов с лептоспирозом желтушная форма развилась у 24%. Желтуха возникала у 78% больных, в 22% отмечалась только субиктеричность склер, у 33% – светлый кал. До появления желтухи наблюдалась тошнота (44%), рвота (33%), жидкий стул (33%). У 44% пациентов регистрировалась боль в правом подреберье, у 22% – зуд кожных покровов, у 67% – гепатомегалия. Продолжительность желтушного периода составляла у 22% – 3 дня, у 44% – от 7 до 11 дней и у 22% больных – более одного месяца. Приводим клинический пример тяжелого течения желтушной формы лептоспироза: Больной Г. (72 года), заболел 23.08., когда появились общая слабость, недомогание. 27.08. температура тела повысилась до 38 °С. Осмотрен участковым терапевтом, назначена симптоматическая терапия. Через 3 дня температура тела снизилась до 37,2 °С, но появился кожный зуд, усиливающийся по вечерам. Повторно был консультирован терапевтом, проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии. 2.09. пациент обратил внимание на желтушность кожи и склер. Осмотрен хирургом, патология исключена. Направлен в инфекционную больницу с диагнозом «Вирусный гепатит?». В приемном отделении проведен экспресс-метод определения маркеров вирусных гепатитов В, С – отрицательно, госпитализирован. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что больной постоянно выезжает в сельскую местность, пьет воду из родника. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожа и склеры желтушны, на коже – следы расчесов. В зеве – умеренная гиперемия. Легкие, сердце – без патологии. ЧСС – 80 уд в мин. АД – 140 и 100 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень увеличена за счет левой доли на 2 см. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Диурез достаточный, моча темная. Стул оформлен, 1 раз в день, светлого цвета. В анализе крови от 4.09.: Le – $5,4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $59 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы сегментоядерные – 65,8%, лимфоциты – 19%, моноциты – 13,6%, эозинофилы – 1,6%, СОЭ – 30 мм/ч. Биохимия крови от 4.09.: общий белок – 70 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, общий билирубин – 173,2 мкмоль/л, прямой – 123,3, непрямой – 49,9 мкмоль/л, АлТ – 34 ед/л, АсТ – 35 ед/л, тимоловая проба – 5,89 ед, щелочная фосфатаза – 98 ед/л, протромбин – 67%, фибриноген – 6,6 г/л. Учитывая данные эпиданамнеза, клинико-лабораторные проявления, был назначен анализ крови на лептоспироз. В реакции микропреципитации от 4.09. обнаружены антитела к *L. canicola* 1:12 800, к *L. grippotyphosa* 1:6400. Пациенту был выставлен диагноз: Лептоспироз, желтушная форма (*L. canicola* 1:12 800, *L. grippotyphosa* 1:6400), тяжелое течение. Больному начата дезинтоксикационная, антибактериальная (цефтриаксон, азитромицин), противовоспалительная терапия (дексаметазон 4 мг в/м). Однако, состояние пациента стало ухудшаться, желтуха, гепатомегалия выросли, кожный зуд усилился. В биохимическом анализе крови от 15.09.: общий билирубин – 381,7 мкмоль/л, прямой – 247, непрямой – 134 мкмоль/л, АлТ – 29 ед/л, АсТ – 37 ед/л, тимоловая проба – 9,17 ед, щелочная фосфатаза – 166 ед/л. Ультразвуковое исследование брюшной полости от 16.09.: гепатомегалия, явления хронического холангита, отека стенок желчного пузыря, хронического панкреатита, увеличения размеров поджелудочной железы. Из анамнеза жизни стало известно, что больной в течение 20 лет проработал на заводе, где имел постоянный контакт с кислотами (токсический эффект). Алкогольные напитки употребляет в умеренном количестве. Мнение по диагнозу: Лептоспироз, желтушная форма (*L. canicola* 1:12 800, *L. grippotyphosa* 1:6400), тяжелое течение. Сопутствующий: Хронический гепатит, обострение. Усилена дезинтоксикационная (ремаксол), противовоспалительная терапия (дексаметазон 12 мг в/в кап.). Состояние больного понемногу стало улучшаться, и он был выписан под наблюдение

врача-инфекциониста в поликлинику. В некоторых случаях клиника желтушной формы лептоспироза напоминает острую хирургическую патологию или вирусный гепатит. Следует обращать внимание на эпидемиологические данные, характерные для данной зоонозной инфекции, тромбоцитопению, ускорение СОЭ, слабую выраженность цитолиза и данные специфических методов диагностики.

Список литературы.

1. Авдеева М. Г. Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез / Авдеева М. Г., Городин В. Н., Пронин М. Г. // Эпидемиология и инфекционные болезни – 2015. – № 3 (20). – С. 36–46.

2. Павелкина В. Ф. Лептоспироз в Республике Мордовия: клинико-эпидемиологические проявления / Павелкина В. Ф., Маркосян Н. С., Амплеева Н. П. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27255> (дата обращения: 12.03.2020).

3. Свистунов Н. В. Поражение нервной системы у больных тяжелой формой иктерогеморрагического лептоспироза в периоде ранней и поздней реконвалесценции / Свистунов Н. В., Лебедев В. В., Барабанова М. А. // Инфекционные болезни. – 2013. – Т.11, № 2. – С. 26–30.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА 2-го ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

В основе хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек лежат сходные патогенетические механизмы, что обуславливает взаимное влияние на развитие и прогрессирование этих заболеваний. Обследовано 80 пациентов с хронической сердечной недостаточностью, которые были разделены на 2 группы в зависимости от уровня фракции выброса левого желудочка. Первая группа включала 60 пациентов с ФВ ЛЖ $> 50\%$, средний возраст которых составил $62,8 \pm 5,7$ года, вторая группа – 20 пациентов с ФВ ЛЖ $< 40\%$ в возрасте $65,8 \pm 7,9$ года ($p=0,07$). Всем пациентам проводилось определение уровня цистатина С и креатинина в сыворотке крови, а также креатинина и общего белка в моче. Проводилось стандартное эхокардиографическое исследование на аппарате SonoScape с определением фракции выброса. Полученные данные обработаны с использованием программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Средний уровень ФВ ЛЖ в 1-й и во 2-й группе составил $65,5 \pm 6,8\%$ и $34,9 \pm 4,8\%$ соответственно ($p < 0,05$). Показатель цистатина С в сыворотке крови в 1-й группе равен $1,24 (0,92; 1,57)$ мг/л, во 2-й группе – $1,53 (1,3; 2,62)$ мкмоль/л ($p=0,0001$), креатинина в 1-й группе – $95,0 (86,0; 109,5)$ мкмоль/л, а во второй группе составил – $105,5 (95,0; 124,5)$ мкмоль/л ($p=0,04$). Уровень креатинина и общего белка в моче в 1-й группе составили $5695,0 (4875,0; 7425,0)$ мкмоль/л и $0,12 (0,07; 0,2)$ г/л, во 2-й группе – $8650,0 (7050,0; 12025,0)$ мкмоль/л и $0,21 (0,11; 0,31)$ г/л (различия достоверны $p=0,0001$ и $p=0,03$ соответственно). При проведении корреляционного анализа присутствовала отрицательная корреляционная связь между ФВ ЛЖ и уровнем сывороточного цистатина С ($R = -0,32$), уровнем креатинина ($R = -0,38$) и общего белка в моче ($R = -0,23$). Прямая корреляционная связь выявлена между сывороточным креатинином и цистатином С ($R = 0,44$), уровнем общего белка и креатинина мочи ($R = 0,29$). Таким образом, у пациентов, страдающих хронической сердечной

недостаточностью, отмечается нарушение функции почек, определенной с помощью различных маркеров повреждения. Однако у пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ признаки повреждения почек более выражены, чем у пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ.

Список литературы.

1. Орлов Н.В., Парийская Т.В. Кардиология. Справочник терапевта. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 17-19.
2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. - М.: Бином, 2019. - С. 24-25.
3. Сторожаков Г.И., Горбаченков А.А. Руководство по кардиологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 37-39.
4. Топоров В.А. Хроническая сердечная недостаточность. - М.: Бином, 2019. - С. 64-67.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Клиническая картина у больных с хронической обструктивной болезнью легких часто бывает обусловлена нарушением функции внешнего дыхания. Всем стационарным больным с хронической обструктивной болезнью легких необходимо проводить спирографию и определять такие показатели, как жизненная емкость легких и объем форсированного выдоха, максимальную вентиляцию легких, остаточный объем воздуха и ряд других показателей функции внешнего дыхания. Наряду с медикаментозной терапией, санаций бронхов и физлечением у таких больных широко применяется ЛФК. По результатам исследования спирограмм у больных с хронической обструктивной болезнью легких определяется не только степень и вид нарушения функции внешнего дыхания, но и компенсаторные возможности дыхательной системы больного. Изучены показатели исследования функции внешнего дыхания у группы стационарных больных с хронической обструктивной болезнью легких, получающих медикаментозную терапию до проведения ЛФК и показатели функции внешнего дыхания у этой же группы больных после курса ЛФК. Материалы – истории болезни и данные спирометрии. У больных с хронической обструктивной болезнью легких, которые получали только медикаментозную терапию, наблюдались сниженные показатели функции внешнего дыхания разной степени. После проведения больным курса дыхательной гимнастики по методике Стрельниковой в течение 10-14 дней проводилось повторное исследование функции внешнего дыхания в динамике и было отмечено улучшение показателей спирограмм, увеличение жизненной емкости легких, снижение бронхиальной обструкции и улучшение проводимости бронхов.

Таким образом, занятия лечебной физкультурой у больных хронической обструктивной болезнью легких увеличивают компенсаторные возможности дыхательной системы, способствуют улучшению дренажной функции бронхов, повышают качество жизни таких больных. Показатели функции внешнего дыхания напрямую коррелируют с показателями газового состава крови и кислотно-щелочного равновесия, которые тоже улучшаются.

Список литературы.

1. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 10-13.

2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 22-24.
3. Попов С.Н. Физическая реабилитация. - М.: Бином, 2019. - С. 35-36.

РАЗВИТИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РФ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Санаторно-курортное лечение является особым видом медицинской помощи, основанной на преимущественном использовании природных лечебных ресурсов в целях профилактики, лечения и реабилитации. Актуальность оно приобретает в связи с формированием новой трехуровневой модели организации здравоохранения в Российской Федерации, направленной на предупреждение, своевременное выявление заболеваний, а также лечение с применением современных высокотехнологичных способов.

Исследовались статистические значения граждан, получающих санаторно-курортное лечение в РФ. По данным Росстата, санаторно-курортная система России в настоящее время насчитывает 1944 санаторно-курортных учреждения различных форм собственности, в том числе 722 санатория для взрослых, 383 санатория для детей, 58 санаториев для детей с родителями, 109 санаторно-оздоровительных лагерей круглогодичного действия, 656 санаториев-профилакториев, 16 курортных поликлиник, грязе- и бальнеологических лечебниц. Число граждан РФ, получивших санаторно-курортное лечение в 2018 году составило 5 630 460 человек, а в 2019 году показатель увеличился на 10,7% и составил 6 299 135 человек. Современная система организации санаторно-курортного лечения в Российской Федерации представлена санаторно-курортными организациями различной формы собственности, финансируемыми из разных источников, функционирующими не по территориально-административному принципу, имеющими недостаточную материально-техническую оснащенность и дефицит кадров. Данные закономерности ведут к низкой доступности санаторно-курортного лечения для населения, к отсутствию этапности оказания медицинской помощи. Следует отметить, что процент удовлетворения заявок на санаторно-курортное лечение льготных категорий граждан не превышает 60%, что имеет негативное социальное значение.

Таким образом, функционирование санаторно-оздоровительного комплекса непосредственно влияет на экономическое положение в целом, восстанавливая трудоспособность работающего населения, снижает затраты на здравоохранение, социальное обеспечение.

Список литературы.

1. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 15-17.
2. Кусков А.С., Лысикова О.В. Курортология и оздоровительный туризм. - Высшее образование, 2019. - С. 27-28.
3. Скибицкий А.В., Скибицкая В.И. Основы курортологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - С. 35-36.

РОЛЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В АДАПТАЦИОННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ У СТУДЕНТОВ РОСТОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Наматян А.Б., Наматян Т.Б., Петрова Г.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Специальные дыхательные упражнения, введенные в курс физической культуры, являются важным средством для подготовки студентов медицинских ВУЗов к будущей профессиональной деятельности.

Цель нашего исследования: доказать важность и необходимость выполнения дыхательных упражнений в программе физической культуры в ВУЗе, а в данном исследовании - студентов Рост ГМУ. Задача: оценить состояние дыхательной системы до и после выполнения специальных дыхательных упражнений по системе ВЛГД (волевая ликвидация глубокого дыхания), предложенной Константином Павловичем Бутейко. Для того, чтобы оценить функциональное состояние дыхательной системы, используются специальные пробы. Проба Штанге и проба Генчи характеризует устойчивость организма к недостатку кислорода. Проба Штанге и Генчи проводятся для того, чтобы вызвать у человека кратковременную гипоксию. Они помогают определить устойчивость организма к стрессу, а также помогают стимулировать работу жизненно важных функций. Краткая гипоксия оказывает целенаправленное тренирующее действие, чтобы помочь вызвать стимулирующее развитие адаптационных процессов. Она возбуждает клетки головного мозга, стимулирует дыхательную функцию, повышает уровень эритроцитов и кислорода в крови, нормализует кровообращение, увеличивая просвет в микроциркуляторном русле. Проба Штанге и Генчи – эффективная методика, позволяющая оценить работу лёгких, сердца и сосудов. Применение функциональных проб позволяет учитывать эффективность проведенных занятий, степень восстановления или компенсации функций, корректировать сам процесс занятий физической культурой. Также функциональные пробы позволяют оценить общее состояние организма, его резервные возможности, особенности адаптации различных систем организма к физической нагрузке [1,2]. Физические возможности человека раскрываются наиболее полно именно при физических нагрузках и в условиях повышенных требований к нему. Пробы Штанге и Генчи важны для оценки состояния дыхательной и сердечно – сосудистой системы человека.

Данное исследование проводилось на базе кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины, физического воспитания с курсом медико - социальной экспертизы РостГМУ. В исследовании принимали участие 50 студентов лечебно-профилактического и педиатрического факультета Рост ГМУ. Студенты прошли испытания два раза (в феврале и марте месяце 2020 года). В исследовании использовались функциональные пробы: Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе) заключается в том, что студент в положении сидя: – делает глубокий вдох и выдох, затем снова вдох (примерно 80 % от максимального), закрывает рот и зажимает пальцами нос; – задерживает дыхание (секундомер включается в конце вдоха). Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе) предполагает следующие действия: – в положении сидя последовательно производятся три вдоха и выдоха на 3/4 глубины полного вдоха; – после третьего неполного выдоха зажимается пальцами руки нос и задерживается дыхание, время которого фиксирует секундомер. Проверка на нормальность исследуемых выборок (Вдох до, Вдох после, Выдох до и Выдох после) проводилась при помощи критерия Шапиро-Уилка. Выяснилось, что исследуемые выборки подчиняются нормальному закону распределения (с уровнями значимости соответственно $p=0,00009$; $p=0,00003$; $p=0,00442$; $p=0,00341$) Поскольку распределение исследуемых показателей можно считать нормальным, то для выявления значимости различий исследуемых выборок был использован t-критерий Стьюдента для связанных выборок. В

обеих парах До-После (и для вдоха, и для выдоха) показаны значимые различия ($p < 0,000001$ в обоих случаях).

Исходя из результатов проведенных исследований с использованием функциональной пробы Штанге и пробы Генчи можно сделать обоснованный вывод о безусловной пользе и благоприятном воздействии специальных дыхательных упражнений с задержкой дыхания по К.П. Бутейко на состояния здоровья студентов, участвующих в исследовании.

Список литературы.

1. Кузьмина О.И. Сравнительная характеристика физического развития студентов 1 курса института кибернетики и авиамашиностроения ИрННТУ / Кузьмина О.И., Хозеев А.С. // Инновационная наука. – 2016. – № (8–2). – pp. 195 – 198.

2. Ребизова Е.А. проба штанге и генчи как определение возможности организма / Е.А. Ребизова, И.Г. Гусаков, Г.В. Гиль, Е.А. Бритыко // материалы докладов 52-й международной научно-технической конференции преподавателей и студентов в 2-х томах. – 2019. – pp. 365 – 367.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДАНИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНИЗМЕ

Негребецкий В.А., Кичигина А.О.

Курский государственный медицинский университет

Введение: В настоящее время существует большое количество диет, режимов питания и различных рационов, которые помогают людям избавиться от множества проблем со здоровьем, такими как: ожирение, сахарный диабет, атеросклероз, онкология, нарушения работы поджелудочной железы. Большинство из этих методов не имеют убедительной доказательной базы, однако с 2012 года активно развивается такое направление, как интервальное голодание. Периодическое голодание (интервальное) – понятие, включающее в себя различные варианты чередования времени приема пищи и голодания. Существует несколько его видов: - Голодание 5/2, при котором человек в течение недели пять дней питается обильно, не ограничивает себя в объеме калорий и два дня голодает; - Голодание 16/8 или 12/12, когда человек питается три раза в день в течение восьми часов (двенадцати часов) и голодает шестнадцать (двенадцать). Обычно в данном режиме люди едят три раза в день, большую часть калорий употребляя утром и снижая её к третьему приему пищи. - Голодание 2/1, при котором человек голодает один день, затем питается полноценно два дня подряд. Актуальность данной темы обусловлена ростом количества заболеваний обмена веществ, которых можно было бы избежать, подобрав грамотный режим питания и физической активности. Цель – исследование и анализ влияния периодического голодания на массу тела, особенности обмена веществ, функционирования гормональной, пищеварительной и сердечно сосудистой систем органов людей с различными нарушениями метаболизма методами анализа, синтеза и эксперимента.

Для исследования нами были отобраны 70 студентов Курского государственного медицинского университета, которые согласились участвовать в эксперименте, заинтересовавшись влиянием режима питания на их состояние здоровья. Обследуемых разделили на 2 группы по 35 человек. Для предварительного исследования нами было проведено взвешивание обследуемых и измерение инсулина. Первая контрольная группа питалась в интервале восьми часов в день и голодала шестнадцать. Вторая группа съедала меньше калорий, чем обычно в своей повседневной жизни, но временные промежутки в употреблении были не ограничены. Средний вес каждого члена первой контрольной

группы составлял 70 ± 5 кг, второй группы - $66 \text{ кг} \pm 6$ кг. Измерение проводилось в течение четырех месяцев, в ходе которого испытуемые на ежедневной основе измеряли свой вес.

Мы сравнили результаты периодического голодания с обычным уменьшением калорийности рациона. В ходе исследования у первой группы было отмечено несколько большее снижение веса на 1.3-3.5%, положительные изменения в настроении, самооценке, работе гормональной, пищеварительной и сердечно сосудистой систем органов. Контрольное измерение веса тела показало следующие результаты: средний вес первой контрольной группы составил 62 ± 5 кг, второй группы — 61 ± 6 кг. В ходе исследования было выяснено различное усвоение пищи и накопление белой жировой ткани в утренние и вечерние часы приема пищи в связи с выработкой гормона мелатонина. Этот гормон способствует увеличению бета-клеток поджелудочной железы, улучшению чувствительности к инсулину и уменьшению окислительного стресса. Редкие приемы пищи привели к снижению инсулинорезистентности из-за уменьшения выработки инсулина. Интервальное голодание привело к снижению триглицеридов и общего холестерина, интерлейкина 6, снижению выраженности стеатоза печени, увеличению выработки соматотропного гормона и адипонектина, уменьшению процента висцерального жира. С помощью анализа были выделены противопоказания к периодическому голоданию: сахарный диабет 2 типа вследствие резких скачков инсулина, беременность и кормление, анорексия, булимия, гастрит и язвенная болезнь.

В результате исследования была доказана эффективность в снижении массы тела, улучшения работы эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно сосудистой системы, изменения психоэмоционального состояния в положительную сторону, снижение маркеров воспаления. Однако периодическое голодание имеет ряд противопоказаний и требует консультации врача.

Список литературы.

1. Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В. и др. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие. //Терапевтический архив. 2019. №10.
2. Жукова Т. В. и др. Гигиенические критерии риска развития метаболического синдрома //Здоровье населения и среда обитания. – 2016. – №. 2 (275).
3. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. М.: ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2015. 112 с.
4. Дыдыкин А., Асланова М. Функциональное питание – новая концепция здорового образа жизни // Агротехника и технологии. 2016. №5

РОЛЬ РОЗУВАСТАТИНА В ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Оплимах К.С., Таранова К.С.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС), имеет медицинскую и социальную значимость. Это обусловлено широкой распространённостью данной патологии и крайне высокой смертностью [2]. Для подавления синтеза холестерина у больных ИБС используются статины [1]. Самые первые статины, допущенные к клиническому применению (ловастатин и симvastатин), были получены из пенициллиновых грибов и грибов *Aspergillus terreus*. Современные синтетические препараты, такие как аторvastатин и розувastатин, являются

наиболее эффективными в лечении ИБС. Лечение и профилактика ИБС при помощи розувастатина (крестора) изучается в масштабном долгосрочном проекте GALAXY [3].

Цель нашей работы – определить и проанализировать роль розувастатина в фармакологической коррекции ишемической болезни сердца. Материалы и методы. Исследование проводилось простым проспективным методом. Статистическая обработка данных была проведена с помощью методов параметрической и непараметрической статистики с применением программы STATISTICA 6.0 и табличного процессора Microsoft Excel. В данном исследовании приняли участие 17 мужчин и женщин, страдающих ИБС, имеющих изолированную или сочетанную гиперлипотеинемию (ГЛП), а также стенокардию напряжения I-II ФК. Пациенты исключались из исследования при наличии пороков сердца, побочных эффектов от проводимого лечения, нестабильной стенокардии, нарушений мозгового кровообращения и трепетания предсердий. Для фармакокоррекции показателей липидного спектра крови применялся розувастатин в дозировке 10 мг в сутки. Показатели липидного спектра сыворотки крови определялись унифицированным методом с использованием диагностических наборов фирмы «Олвекс-диагностикум».

Результаты фармакокоррекции изолированной гиперхолестеринемии (ГХС), которые проводились в течение 8-ми недель, показали, что уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) был снижен на 45,5%, а уровень триглицеридов (ТГ) – на 15,2%. Содержание общего холестерина (ОХС) было снижено на 32,7%, при этом показатель холестерина высокой плотности (ХС ЛВП) повысился на 7,3%. Гиполипидемический эффект был сохранён спустя 8 недель после отмены крестора. Показатели ОХС, ХС ЛНП и ТГ увеличились, но остались ниже исходных значений. Показатель ХС ЛВП достоверно отличался от исходного. При анализе результатов коррекции крестором сочетанной гиперлипотеинемии было выявлено, что показатель ОХС понизился на 33,6%, ХС ЛНП – на 46,9%, ТГ – на 21,3%, а показатель ХС ЛВП повысился на 11,3%. Обнаруженные динамические изменения липидного профиля при фармакологической коррекции крестором оставались стабильными после отмены лекарственного средства. Результаты нашего исследования показали, что крестор является эффективным препаратом по снижению атерогенных компонентов липидного профиля у больных ИБС с изолированной и сочетанной ГХС в дозовом режиме 10 мг в сутки. После отмены данного препарата гиполипидемический эффект был частично сохранён. В нашей работе был проведён сравнительный анализ эффективности крестора в фармакокоррекции различных типов гиперлипотеинемии. Результаты анализа показали, что отличия между исследуемыми группами были достоверны по уровню понижения ТГ – эффективность лекарственного средства оказалась выше на 6,1% у больных ИБС и сочетанным типом гиперлипотеинемии. По уровню ХС ЛВП была зарегистрирована достоверная разница – на 4% эффективнее крестор увеличивал содержание антиатерогенного компонента липидного профиля у пациентов с ИБС и сочетанной ГЛП. Сравнительный анализ достижений целевых уровней показателей липопротеинов показал, что гиполипидемический эффект был достигнут по содержанию ОХС у пациентов с ИБС и изолированной ГХС у 42,1% участников исследования и у 47,6% у пациентов с ИБС и сочетанной ГЛП. Целевые значения липопротеинов низкой плотности были достигнуты у 63,2% больных с изолированной ГЛП и у 71,4% больных с сочетанной ГЛП. Таким образом, можно сделать вывод о том, что показатели липидного профиля в течение 8-ми недельной фармакотерапии крестором у больных ишемической болезнью сердца с изолированной и сочетанной гиперлипотеинемией положительно изменились во всём липидном спектре крови.

Список литературы.

1. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. "Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения". 2-е изд, перераб. и доп. - Москва, Медицинское информационное агентство, 2012. - 271.

2. Попова Ю. Болезни сердца и сосудов. Полная энциклопедия / Попова Ю. - СПб.: Крылов, 2015. - 224 с.
3. Chapman, M.J. Optimizing the pharmacology of statins: characteristics of rosuvastatin /M.J. Chapman, F.Mc. Taggart // Atherosclerosis, Supplements. - 2002. - Т. 2, № 4. - Р. 33 - 37.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Польшкова А.А., Шевцова В.И., Зуйкова А.А

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Имеется большое число исследований, изучивших кардиоренальные взаимоотношения, однако число работ, посвященных изменению функционального состояния почек при фибрилляции предсердий, невелико [2]. Имеются данные о взаимосвязи ФП и ухудшения функции почек [3]. В связи с этим, встает вопрос о правильности подбора антикоагулянтной терапии, так как практически все оральные антикоагулянты имеют почечный путь выведения [4]. При сниженной СКФ происходит изменений их фармакокинетики, из-за этого требуется коррекция дозы [5].

Целью исследования было сравнение функционального состояния почек у пациентов с фибрилляцией предсердий и страдающих гипертонической болезнью без нарушений ритма. Исследование проводилось на базе поликлиники №2 ТОГБУЗ Рассказовской ЦРБ. Проводился анализ 60 карт амбулаторных пациентов, в возрасте от 55 - 87 лет, средний возраст составил $69,48 \pm 9,4$ лет. Все пациенты страдали гипертонической болезнью. Основную группу составляли пациенты, имеющие в своем анамнезе длительное время (не менее 3 лет) одну из форм ФП — 30 человек (50%), в группу сравнения вошли пациенты без ФП - 30 человек (50%) Ретроспективно был произведен анализ амбулаторных карт, в которых учитывался уровень креатинина плазмы, антропометрические данные каждого пациента (рост, вес), был произведен расчет СКФ по формуле $СКД - EPI$, клиренса креатинина (Кл/Кр) по формуле Кокрофта — Голта, а также проанализированы антикоагулянтные препараты, принимаемые пациентами. Средние значения ИМТ в 1 группе составили $29,2 \pm 7,1$ кг/м², во второй – $29,5 \pm 7,3$ кг/м². Полученные данные говорят о том, что пациенты, принявшие участие в исследовании, имели избыточную массу тела. На первом этапе был произведен расчет средних показателей уровня креатинина и СКФ в каждой исследуемой группе. В обеих группах наблюдалось снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², что свидетельствует о развитии у большей части больных ХБП. В ходе исследования выявлены значимые различия в уровне креатинина и СКФ, рассчитанной по формулам $СКД - EPI$ и Кокрофта-Голта у пациентов двух групп. Далее было проведено сравнение показателей функции почек у пациентов с фибрилляцией предсердий разных форм – пароксизмальной и постоянной. Показатели функции почек у пациентов с разными формами ФП были снижены, но значимо не отличались. Следовательно, функция почек при ФП снижается в равной степени независимо от формы, что требует внимания врача при назначении антикоагулянтной терапии независимо от формы ФП. При анализе фармакотерапии было определено, что пациенты, включенные в данное исследование, принимали ривароксабан в проценте 37,67% (11 человек), 6,67% (2 человека) принимают дабигатран, варфарин принимают 10,00% (3 человека), и 1 человек принимает апиксабан, 13 человек не получают антикоагулянтную терапию по неизвестным причинам. В связи с неуклонным снижением функции почек на фоне ФП, перед врачами встает проблема подбора препарата и дозы для антикоагулянтной терапии, так как при поражении почек происходит значительное изменение фармакокинетики препарата. В ходе анализа

клинических исследований было определено, одним из самых безопасных антикоагулянтов у больных с нарушением функции почек на данный момент является ривароксабан в сниженной дозе [1]. 1. При фибрилляции предсердий происходит ухудшение функционального состояния почек, наблюдается повышение уровня креатинина в крови, снижение СКФ, снижение Кл/Кр, что приводило к развитию хронической болезни почек. 2. При сравнении показателей в двух исследуемых группах пациентов было выявлено, что при фибрилляции предсердий ухудшение почечной функции происходит в большей степени, чем при гипертонической болезни, СКФ отличается более, чем на 10 мл/мин/1,73 м². 3. Снижение функции почек происходит независимо от формы фибрилляции предсердий. 4. При выборе антикоагулянтной терапии у больных ФП необходимо учитывать функциональное состояние почек и вести постоянный мониторинг его изменения под влиянием препаратов.

Список литературы.

1. Даабуль И.С., Соколова А.А., Напалков Д.А. Возможности современной антикоагулянтной терапии у пациентов с неклапанной этиологией фибрилляции предсердий и хронической болезнью почек // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – № 5. – С. 595-602.
2. Доржиева В.З., Протасов Г.В. Динамика функции почек у пациентов с фибрилляцией предсердий: взаимосвязи с системным фиброзом и жесткостью сосудистой стенки // Acta Biomedica Scientifica . – 2018. – № 1. – С. 9-14
3. Лебедева Ю.И. Вклад фибрилляции предсердий в формирование кардиоренальных взаимоотношений у больных гипертонией // Пермский медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 13-16.
4. Панченко Е. П. Новые пероральные антикоагулянты у больных неклапанной фибрилляцией предсердий и хронической болезнью почек // Атеротромбоз. – 2015 – № 2. – С.
5. Петров В.И., Шаталова О.В., Герасименко А.С., Горбатенко В.С. Безопасность применения прямых оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической болезнью почек // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – № 4. – С. 530-537.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОДГОТОВКИ

Попова Р.Н., Александрова М.А.

Кировский государственный медицинский университет

Проблема здоровья студенческой молодежи, показывает, что за последнее десятилетие она стала еще более актуальной. Выявляется отрицательная динамика в состоянии здоровья студентов, прогрессирующая от младших курсов к старшим. Как отмечают исследователи, одной из основных причин заболеваемости студентов является недостаточная двигательная активность. Отсутствие должных физической активности сказывается на развитии таких болезней, как сколиоз, плоскостопие, ожирение. Снижаются функциональные резервы, как организма в целом, так и отдельных его систем (сердечно-сосудистая, дыхательная). Гемодинамика является одним из наиболее важных показателей физической работоспособности человека. По показателям гемодинамических констант (ЧСС и АД) можно судить о степени физической подготовки студента. А также, проконтролировать изменения этих показателей, их отклонения от нормы. Целью

исследования являлось сравнить основные показатели деятельности сердечно-сосудистой системы во время физической нагрузки у студентов-медиков специальной группы и группы ОФП, для этого дать каждой группе исследуемых адекватную физическую нагрузку, замерив исходные показатели ЧСС и АД, а затем повторить замеры. Сделать вывод об уровне приспособляемости сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам.

В исследование были включены 50 студентов Кировского ГМУ: 25 из них – специальная группа, и 25 – группа общей физической подготовки. Для проведения эксперимента были подобраны стандартные физические упражнения: лёгкий бег в течение 1 минуты, 20 приседаний, 20 прыжков на скакалке. Каждому участнику исследования был выдан бланк, в котором указывались ФИО, возраст, принадлежность к одной из двух групп, показатели ЧСС и АД до физической нагрузки и после. Каждому студенту перед физической нагрузкой было измерено артериальное давление, подсчитана частота сердечных сокращений. Затем все участники выполняли данные упражнения, после чего вновь были сделаны замеры показателей гемодинамики исследователями. Все результаты были внесены в бланк оценки, после чего была проведена статистическая обработка данных по критерию Манна-Уитни в программе Statistica Soft 7.

Обработав полученные данные, были получены следующие результаты до выполнения упражнений: средняя ЧСС у студентов специальной группы – 74,4 уд/мин; среднее АД у студентов специальной группы – 118/89 мм.рт.ст.; средняя ЧСС у студентов ОФП – 71,92 уд/мин; среднее АД у студентов ОФП – 117/78 мм.рт.ст. После выполнения упражнений, получились следующие результаты: средняя ЧСС у студентов специальной группы – 164,8 уд/мин; среднее АД у студентов специальной группы – 140/94 мм.рт.ст.; средняя ЧСС у студентов ОФП – 128,6 уд/мин; среднее АД у студентов ОФП – 125/83 мм.рт.ст. По критерию Манна-Уитни: Между группами по исходной ЧСС и АД значимых различий нет. Между группами по полученной ЧСС выявлены значимые различия – $p=0,0007$ (при $p<0.05$). Между группами по полученному АД выявлены значимые различия – $p=0,002$ (при $p<0.05$). Так, например, Гречишкина С.С. в диссертации «Влияние спортивных физических нагрузок на регуляторно-адаптивные возможности кардиореспираторной системы организма студентов» (2012 г) указывает, что группу риска составляют студенты, не занимающиеся спортом, среди них отсутствует контингент с высоким регуляторно-адаптивным статусом, наиболее высокий процент с неудовлетворительной адаптацией и превалирует высокое напряжение механизмов регуляции сердечной деятельности.

Подводя итоги проведенного исследования, можно сформулировать следующие выводы. Физическая активность, проводимая на занятиях физической культурой в вузе, в той или иной степени оказывают благоприятное влияние на развитие сердечно-сосудистой системы, а значит и на укрепление здоровья студентов в целом. Наблюдаются гемодинамические различия в воздействии одной и той же физической нагрузки на организм студентов специальной группы и студентов из группы общей физической подготовки. Уровень приспособляемости ССС к физическим нагрузкам у испытуемых из группы ОФП находится на достаточно высоком уровне, следовательно, физическое состояние организма испытуемых хорошее, чего не скажешь о студентах из специальной группы, у которых выявлен достаточно низкий уровень приспособляемости ССС к физической нагрузке. Студентам ОФП следует также заниматься регулярными физическими нагрузками в условиях своего заболевания/отклонения от нормы, используя лечебную физкультуру и гимнастику не только на занятиях по физкультуре в университете, но и самостоятельно.

Список литературы.

1. Руненко С.Д., Таламбум Е.А., Ачкасов Е.Е. Исследование и оценка функционального состояния спортсменов: учеб.пособие для студентов лечеб. и педиатр.факульт.мед.вузов: / М.: Профиль – 2С, 2010, 72 с.

2. Гаврилова, Е. А. Спорт, стресс, вариабельность / Е. А. Гаврилова. Санкт-Петербург, 2015 – 167 с. Алексеев, С.В. Физическая культура и спорт в Российской Федерации / С. В. Алексеев. Москва-Воронеж, 2013 – 780 с.

ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, АТИПИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО, МЕТОДЫ ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Привалова Т.С., Волобуев Д.К., Лебедев Ю.И.

Курский государственный медицинский университет

В экономически развитых странах, на смену тяжелым, распространенным формам туберкулеза постепенно приходят ограниченные формы заболевания (инфильтративная и очаговая), диагностика которых приобретает возрастающую актуальность. Особую роль при этом играет диагностика очагового туберкулеза легких, удельный вес которого в структуре заболеваемости становится маркером эпидемической ситуации в регионе.

После получения информированного согласия пациентов, находящихся на стационарном лечении ОБУЗ ОКПТБ, обследовано 62 больных (32 мужчины и 30 женщин) в возрасте от 20 до 40 лет, из которых у 30 человек был очаговый туберкулез легких, у 22 - внебольничная очаговая пневмония, а у 10 рак легкого в пределах 1-2-х сегментов. Все больные были обследованы современными стандартными методами исследования, регламентированными соответствующими Приказами МЗ России. Статистическую обработку результатов производили с использованием программ StatSoftStatistica 6.0, MicrosoftExcel. На основании эпидемиологии, клинических, объективных данных, а также лабораторной и инструментальной диагностики можно построить модели по очаговому туберкулезу, очаговой пневмонии и раку легких. Очаговый туберкулез легких: поражаются лица преимущественно средних лет. Локализация процесса в верхних отделах легких. Клинические проявления скудные. Аускультативно хрипов нет. Рентгенологически визуализируется очаговая тень, диаметром не более 1,2 см, локализуемая преимущественно в верхних отделах легких. Характерно выделение МБТ. Результат «Диаскинтеста» у пациента, страдающего очаговым туберкулезом легких, будет с большей вероятностью положителен. Присутствие ДНК МБТ можно установить в исследуемом материале с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Очаговая пневмония: заболевают разные категории граждан примерно с одинаковой частотой. Процесс начинается с очагового бронхита, при прогрессировании процесса чаще локализуется в нижних отделах легких. Клинические проявления более выражены по сравнению с туберкулезным процессом. Присутствует интоксикационный синдром. Аускультативно выслушиваются побочные дыхательные шумы (мелко-, среднепузырчатые хрипы, крепитация). Рентгенологически визуализируется очаговое затенение легочной ткани в проекции доли (долей) или сегмента (сегментов). КТ позволяет более детально оценить очаг. Выделение МБТ отсутствует. Рак легкого: страдают чаще лица мужского пола, старше 40 лет. Начинается процесс с концевых бронхов. Клинические проявления более выражены по сравнению с туберкулезом, но менее яркие в сравнении с пневмонией. Аускультативная картина скудная. Рентгенологически определяется тень диаметром до 2 см полигональной формы в лёгочной паренхиме с неодинаковыми по протяжённости сторонами и напоминает звёздчатый рубец. Относительно редко опухоль с самого начала имеет овальную или округлую форму. Компьютерная томография позволяет более точно определить локализацию и размеры очага.

Таким образом, сравнивая модели очагового туберкулеза легких, очаговой пневмонии и рака легкого, можно сделать вывод о том, что наиболее скудная картина при дифференциальной диагностике характерна для туберкулезной патологии, а наиболее яркая – для пневмонии. Рак легкого занимает промежуточное положение между этими двумя нозологиями.

Список литературы.

1. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Глобальные отчеты ВОЗ по туберкулезу, формирование и интерпретация // Туб. и болезни легких. - 2017. - Т.95, №5. – С. 7-15.
2. Казанцев В.А. Внебольничные пневмонии: диагностика и лечение // Медицинский совет. – 2012. – №11. – С. 22-28.
3. Клинические рекомендации "Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых" от 2014 Российское респираторное общество (РРО). – 2018 г.
4. Клинические рекомендации "Рак лёгкого" от 2018 Ассоциация онкологов России. – 2018 г.
5. Серегина В.А., Будрицкий А.М. Современные возможности диагностики туберкулеза легких // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2016. – №4. – С. 7-17.

**ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ
КУРСКА И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ НА ФОНЕ
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ НАПИТКАМИ ЗА
2015-2019 ГГ НА БАЗЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА КУРСКОЙ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Прокофьева А.А., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет

Многие скорее всего слышали, что алкоголь в «малых» дозах приносит сердечно-сосудистой системе пользу, однако, исследований по установлению конкретной дозировки не проводилось, по причине различной переносимости людьми спиртосодержащих напитков. Люди зачастую определяют её интуитивно, полагаясь на свои субъективные ощущения, что в любом случае приводит к негативным влияниям на организм как в целом, так и на локальные структуры. Научно доказано, что алкогольные напитки повышают риск развития инсульта, если не в раннем периоде, то отсрочено. В 2016 году в научном журнале The Lancet были опубликованы данные исследования, охватившего около 27000 людей, относящихся к различным возрастным группам по ВОЗ, результатами которого стало выявление 10 наиболее важных факторов риска, ответственных за развитие у пациентов нарушений мозгового кровообращения с вероятностью около 90%. Следует отметить, что употребление алкоголя и алкогольных напитков вошло в лидирующую десятку и далеко не на последнем месте. По причине активного употребления алкоголя лицами от 18 до 44 лет и увеличения частоты встречаемости ишемических инсультов в данной возрастной группе, относящейся к трудоспособному возрасту, изучение данной темы весьма актуально, ведь нарушения мозгового кровообращения занимают одно из лидирующих мест в инвалидизации молодого населения Российской Федерации, подрывающее экономическое благополучие страны не только в наши дни, но и в перспективе [1,2,3].

Статистические данные были собраны на базе архива Курской областной клинической больницы по разрешению заведующего кафедрой неврологии и главного

врача КОКБ. Статистический анализ полученных в ходе изучения историй болезни данных проводился с помощью программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel, а также программного пакета, разработанного компанией StatSoft, Statistica 10.0.

Были изучены истории болезни пациентов с диагнозом инсульт головного мозга в вертебробазилярном (ВБ) и каротидном бассейнах в период за 2015-2019 гг. в неврологическом отделении РСЦ в количестве 2361 человек. Из них 1863 человек (71,28%) имело нарушения кровообращения в каротидном бассейне, у 646 человек (27,36%) выявлено поражение в вертебробазилярном бассейне, сочетанное поражение обоих бассейнов имело место быть у 32 пациента из выборки (1,36%). Распределение по полу, следующее: мужского пола проанализировано 1322 человек (55,99%), а женского – 1039 (44,01%). Среди обследованных пациентов преобладали мужчины ($p \leq 0,001$). Все исследуемые пациенты разделены на 5 групп согласно возрастной классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): молодой возраст (от 18 до 44 лет) – 87 человек (3,68%), средний возраст (от 45 до 59 лет) – 534 человека (22,62%), пожилой возраст (от 60 до 74 лет) 1072 пациента (45,40%), старческий возраст (от 75 до 89 лет) – 644 пациента (27,28%) и долгожители (90 лет и более) – 24 человека (1,02%). Средний возраст пациентов, включенных в статистическую выборку с учётом погрешности расчёта, составляет $66,68 \pm 0,56$ лет ($p \leq 0,05$). Все включенные в выборку пациенты в качестве фонового заболевания имели артериальную гипертензию II-III стадии 3 степени, ГМЛЖ, ХСН I-IIА. Довольно часто ишемический инсульт ГМ был вызван врождёнными и приобретенными пороками развития сердечно-сосудистой системы, фибрилляцией предсердий, ПИКС, СД II типа, атеросклерозом каротидных и церебральных артерий, ожирением различных степеней, дислипидемией. Проследив динамику роста числа случаев возникновения ишемического инсульта у лиц, относящихся к возрастной группе от 18 до 44 лет, нами, был установлен значительный прирост количества случаев с 2015 по 2019 год. Уровень смертности у мужчин молодого и среднего возраста в рассматриваемый период вырос на 23%, а у женщин – на 18%. При анализе анамнестических данных было установлено что из 87 человек, относящихся к группе молодого возраста у 52 из них, отмечалось злоупотребление алкоголем и алкогольными напитками. В возрастной группе, относящейся к среднему звену, состоящей из 534 человек, наблюдается схожая картина: 359 человек подвержены употреблению алкоголя и алкогольных напитков [1,2]. После проведения аналитической диагностики полученных статистических групп мы сделали выводы о качественном и количественном составе госпитализированной заболеваемости ишемическими инсультами в городе Курск за 2015-2019 гг. Был установлен прирост заболеваемости у людей молодого и среднего возраста по классификации ВОЗ, что в ходе исследования удалось установить взаимосвязь между частотой встречаемости ишемических инсультов в возрастной группе от 18 до 44 лет и употреблением алкоголя и алкогольных напитков в Курске и Курской области на базе регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы за 2015-2019 гг. Данные о влиянии алкоголя на определённый тип инсульта в исследовании подтверждены не были.

Список литературы.

1. Прокофьева, А.А. Своевременность выявления неврологических заболеваний и потребности в вопросах их профилактики у пациентов Курской областной больницы / Прокофьева А.А., Блудова Е.С.// Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник научных статей XII Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых. – 2020. – С. 85-86.
2. Прокофьев, А.А. Частота встречаемости ишемического инсульта головного мозга различного калибра по Курску и Курской области за 2015-2019 гг. в сравнении с РФ / Прокофьева А.А.// Материалы 59 итоговой студенческой научной конференции с международным участием «Время смотреть в будущее». – 2020. – С. 31-32.

**АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКИМИ
ИНСУЛЬТАМИ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ НА БАЗЕ
БЮДЖЕТНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «КУРСКОЙ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» ГОРОДА КУРСКА ЗА 2015-2019 ГГ.
Прокофьева А.А., Масалева И.О.**

Курский государственный медицинский университет

Заболевания головного мозга сосудистой этиологии в современном мире являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем во многих развитых странах мира, в том числе и в Российской Федерации. В последние десятилетия наблюдается тенденция роста числа пациентов с нарушениями мозгового кровообращения. Особого внимания заслуживают ишемические инсульты, которые являются наиболее опасной разновидностью патологии кровообращения структур головного мозга. По статистике на 1000 населения приходится около 8 случаев ишемического инсульта, при том, что смертность в остром периоде достигает 35%. Данная цифра значительно увеличивается при повторном развитии недостаточности мозгового кровообращения. Из официальных источников известно, что в Российской Федерации ежегодно регистрируется около 450-500 тысяч случаев ишемического инсульта головного мозга, около 250 тысяч пациентов, к сожалению, не удаётся спасти. На данный момент в стране проживает около 1,5 миллионов человек, перенёсших инсульт, следует отметить, что примерно 80% из них остались инвалидами [1,2,3]. Статистические данные были собраны на базе архива Курской областной клинической больницы по разрешению заведующего кафедрой неврологии и главного врача КОКБ. Были изучены истории болезни пациентов с диагнозом инсульт головного мозга в вертебробазилярном (ВБ) и каротидном бассейнах в период за 2015-2019 гг. в неврологическом отделении РСЦ в количестве 2361 человек. Из них 1863 человек (71,28%) имело нарушения кровообращения в каротидном бассейне, у 646 человек (27,36%) выявлено поражение в вертебробазилярном бассейне, сочетанное поражение обоих бассейнов имело место быть у 32 пациента из выборки (1,36%). Распределение по полу, следующее: мужского пола проанализировано 1322 человек (55,99%), а женского – 1039 (44,01%). Среди обследованных пациентов преобладали мужчины ($p \leq 0,001$). Все исследуемые пациенты разделены на 5 групп согласно возрастной классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): молодой возраст (от 18 до 44 лет) – 87 человек (3,68%), средний возраст (от 45 до 59 лет) – 534 человека (22,62%), пожилой возраст (от 60 до 74 лет) 1072 пациента (45,40%), старческий возраст (от 75 до 89 лет) – 644 пациента (27,28%) и долгожители (90 лет и более) – 24 человека (1,02%). Средний возраст пациентов, включенных в статистическую выборку с учётом погрешности расчёта, составляет $66,68 \pm 0,56$ лет ($p \leq 0,05$). Все включенные в выборку пациенты в качестве фонового заболевания имели артериальную гипертензию II-III стадии 3 степени, ГМЛЖ, ХСН I-IIА. Довольно часто ишемический инсульт ГМ был вызван врождёнными и приобретенными пороками развития сердечно-сосудистой системы, фибрилляцией предсердий, ПИКС, СД II типа, атеросклерозом каротидных и церебральных артерий, ожирением различных степеней, дислипидемией. Статистический анализ полученных в ходе изучения историй болезни данных проводился с помощью программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel, а также программного пакета, разработанного компанией StatSoft, Statistica 10.0 [1,2]. Ишемическому инсульту наиболее подвержены люди пожилого и

старческого возраста ($p \leq 0,001$). Во всех возрастных группах наблюдается выраженное преобладание поражения в каротидном бассейне, а именно в 1683 случаях, что соответствует 71,28%. В бассейне левой средней мозговой артерии (СМА) – 44,31% ($n=868$), в бассейне правой СМА – 40,58% ($n=795$), в бассейне левой задней мозговой артерии (ЗМА) – 13,57% ($n=266$), в бассейне правой передней мозговой артерии (ПМА) – 0,31% ($n=6$), в бассейне левой ПМА – 1,23% ($n=24$). У 412 мужчин встречалась локализация очага ишемии в бассейне левой СМА – 47,46%, а у 256 женщин инфаркт мозга чаще развивался в бассейне правой СМА – 32,20% ($p \leq 0,05$). Локализация ишемического инсульта в ВБ бассейне выявлена у 646 пациентов, что соответствует 27,36%: из них у 489 пациентов (75,69%) ишемии подвергался ствол головного мозга, а у 157 человек (24,31%) мозжечок ($p \leq 0,05$). Среди обследованных больных с ишемическим инсультом чаще был выявлен инсульт по атеротромботическому типу – у 1585 пациентов (67,13%). У 661 больного (27,91%) поставлен диагноз с кардиоэмболическим типом ишемического инсульта головного мозга. Лакунарный инсульт диагностирован у 89 пациентов (3,77%). Гемодинамический инсульт – у 21 пациента (1,11%) ($p \leq 0,001$). В выборке выявлено значительное преобладание средних инфарктов – у 1131 пациента, что соответствует 47,90%: выявлено достоверное преобладание пациентов мужского пола в количестве 621 человека, что соответствует 54,90%. Численность пациентов с большими ишемическими инфарктами составляет 581 пациента (24,61%). Зарегистрировано 468 случаев с лакунарным ишемическим инфарктом головного мозга (19,82%) с равномерным распределением по всем возрастным группам. С обширным инфарктом поступил 181 человек, что составляет 7,67% от всей выборки, гендерные различия не значимы ($p > 0,05$). Первично с ишемическим инсультом головного мозга за медицинской помощью обратилось 1873 человека (79,33%), в числе которых 821 женщина (43,83%) и 1052 пациента мужского пола (56,17%); а повторно – 488 пациентов (20,67%), среди них: 218 пациенток (44,67%), у 270 пациентов (55,33%). Количество жителей Курска составило 1525 человек, из них 685 женщин (44,92%), 840 мужчин (55,08%), что соответствует 64,59% больных из выборки и превышает долю сельских жителей, численность которых 836 человек (35,41%), из которых 533 женщины (63,76%), у 303 мужчин (36,24%), возрастные различия достоверно не значимы ($p > 0,05$) [2].

После проведения аналитической диагностики полученных статистических групп мы сделали выводы о качественном и количественном составе госпитализированной заболеваемости ишемическими инсультами в городе Курск за 2015-2019 гг. Следует отметить определённые закономерности, установленные в ходе исследования, а именно значительное преобладание нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в каротидном бассейне с преобладанием полушарной симптоматики над пациентами с патологией вертебро-базиллярного бассейна со стволовой и/или мозжечковой симптоматикой. В ходе исследования было доказано распределения поражений в бассейнах 1:4 ($p \leq 0,001$), что соответствует данным исследований по Российской Федерации в целом. По частоте встречаемости ишемический инсульт головного мозга по атеротромботическому типу преобладает над другими ($p \leq 0,001$). Наибольшая частота встречаемости ишемического инсульта установлена в группе лиц, относящихся к пожилому и старческому возрасту по классификации ВОЗ, а именно от 60 до 89 лет соответственно ($p \leq 0,001$).

Список литературы.

1. Прокофьева А.А. Своевременность выявления неврологических заболеваний и потребности в вопросах их профилактики у пациентов Курской областной больницы / Прокофьева А.А., Блудова Е.С./ Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник научных статей XII Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых. – 2020. – С. 85-86.

2. Прокофьева А.А. Частота встречаемости ишемического инсульта головного мозга различного калибра по Курску и Курской области за 2015-2019 гг. в сравнении с РФ / Прокофьева А.А.// Материалы 59 итоговой студенческой научной конференции с международным участием «Время смотреть в будущее». – 2020. – С. 31-32.

SYMPTOM CHECKER – ЭЛЕКТРОННЫЙ ПОМОЩНИК ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РИСКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА

Раевская А.И., Бледжянц Г.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, акционерное общество
"Соцмедика"

Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), является одной из актуальных проблем в современной медицине. По данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) в Российской Федерации ежегодно регистрируют свыше 450 тысяч случаев ОНМК. Около 60% людей при этом остаются инвалидами. В 20% всех случаев страдают люди молодого, трудоспособного возраста – 20-59 лет. Современная система здравоохранения стремится к снижению смертности населения от болезней системы кровообращения до 450 случаев к 2024 году, когда сейчас эта цифра колеблется в пределах от 545 до 587,6. Целью нашей работы является не только разработка и выпуск мобильного приложения SymptomChecker, но и предоставление доступа к нему для всех желающих, что станет одним из методов по борьбе с распространенностью и смертностью от ОНМК. В основе SymptomChecker лежит УМКВ (англ. United Medical Knowledge Base) — Объединенная База Медицинских Знаний, в которой собирается информация из всех областей медицины. Наполнение её осуществляется различными специалистами из научных центров и институтов страны, в т.ч. СтГМУ. SymptomChecker – система, работающая на базе искусственного интеллекта. Приложение, введенное в работу в июле 2020 года, предназначено как для обычных людей, желающим получить информацию о рисках развития инсульта, так и врачам различных специальностей, желающим проверить свои знания или быстро определиться с алгоритмом медицинской помощи. Система обновляется в режиме реального времени, содержит актуальные эпидемиологические и статистические данные по всем регионам РФ и миру, что позволяет оценивать риск развития и вероятность наличия патологии, в частности инсульта, и составлять наиболее вероятный прогноз развития осложнений. Кроме того, данная система сочетает в себе новейшие рекомендации Минздрава РФ и ВОЗ. Все, что необходимо сделать пользователю – это скачать приложения на свое мобильное устройство, планшет или ПК. Далее, заполнить анкету, выбрав варианты ответов характерные для него. Каждый вопрос направлен на выявление конкретных факторов риска развития заболеваний, а также факторов протекции. В итоге, на экране появится результат в виде процентного соотношения рисков возникновения и вероятности наличия ОНМК. Оценка рисков позволит пациентам своевременно обращаться за медицинской помощью и уменьшить риск возникновения осложнений. Кроме того, при нажатии на кнопку «Получить рекомендации» будет сформирован индивидуальный перечень рекомендаций, с подробным объяснением и необходимостью прохождения дополнительных исследований, терапии, и, возможно, госпитализации в профильный стационар. Кроме того, в Symptom Checker заложен механизм накопления новой информации и дальнейшего ее использования в предположении диагнозов и состояний. Таким образом, программа постоянно развивается, применяя в своем алгоритме работы элементы статистического анализа и расчета вероятности события. С этой стороны, Symptom Checker может использоваться молодыми

врачами и студентами в качестве обучающего инструмента. Ссылки для скачивания приложения:

1. Google Play:
https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fplay.google.com%2Fstore%2Fapps%2Fdetails%3Fid%3Dcom.socmedica.symptomchecker&post=63273904_3877&cc_key=
2. App Store:
https://vk.com/away.php?to=https%3A%2F%2Fapps.apple.com%2Fru%2Fapp%2Fsymptom-checker%2Fid1526842092&post=63273904_3877&cc_key=

Приложения абсолютно бесплатные на всех мобильных устройствах и ПК. SymptomChecker – приложение, которое помогает всего за 1 минуту определить риск развития острого нарушения мозгового кровообращения на основании клинических рекомендаций Минздрава РФ и данных самих пользователей, оценить необходимость в скорой или плановой медицинской помощи. Учитывая факт, что люди не всех возрастов могут активно взаимодействовать с мобильным приложением, больший акцент мы делаем на молодых людей, которые не только оценят риски развития инсульта у себя, но и помогут своим ближайшим родственникам – мамам и папам, бабушкам и дедушкам, которые ввиду своего возраста относятся к группе повышенного риска развития ОНМК. Таким образом, наше приложение является одной из платформ, посредством которой будут достигнуто снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы.

1. Будущее информатизации здравоохранения: когнитивные системы. Бледжянц Г.А., Белов С.В., Паносян А.В., Пузенко Д.В., Мдинарадзе Г.Н., Мелконян Р.С. // Здравоохранение. 2013. № 8. С. 54-60.
2. Ключевые технологии формирования искусственного интеллекта в медицине. Бледжянц Г.А., Саркисян М.А., Исакова Ю.А., Туманов Н.А., Попов А.Н., Бегмуродова Н.С. // Ремедиум, 12; 2015.
3. Объединенный классификатор медицинских терминов "Соцмедика-МТ". Свидетельство о государственной регистрации базы данных RU 2015620344. Бледжянц Г. А., Паносян А. В., Мелконян Р. С., Саркисян М. А., Туманов Н. А., Осипов А. А. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2015.
4. Программа извлечения смысла из медицинских текстов. Государственная регистрация программы для ЭВМ RU 2017610909. Бледжянц Г. А., Антонов В.В., Осепянц О.А., Ахтямова Л., Исакова Ю. А., Мелконян Р. С., Туманов Н. А., Паносян А. В., Гусейнов М. К., Абгарян М. Г., Саркисян М. А., Вартамян С. А. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2017.
5. Система моделирования базы медицинских знаний. Государственная регистрация программы для ЭВМ RU 2017611021. Бледжянц Г. А., Паносян А. В., Гусейнов М. К. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2014.
6. УМКВ-технология для создания «интеллектуальных» систем в области медицины. Румянцев П.О., Бледжянц Г.А., Туманов Н.А., Исакова Ю.А., Попов А.Н., Пантюхин А.А. // Здравоохранение, №11, 2015.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Рисс М.Е., Науменко Е.С., Цой А.А.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Новгородский областной кожно-венерологический диспансер г. Великий Новгород.

Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных, генетически обусловленных заболеваний кожи. В современной науке не до конца решенным остается

вопрос патогенетического лечения атопического дерматита, проблема осложняется тем, что данное заболевание является многофакторным, с доминированием IgE-опосредованных аллергических реакций. В настоящее время продолжается разработка и внедрение генно-инженерных препаратов для лечения данной патологии, одним из таких препаратов является DUPIXENT (Дупилумаб). На данный момент, рассматривается вопрос о возможности применения данного препарата на базе Новгородского областного кожно-венерологического диспансера. Таким образом, мы посчитали необходимым проведение исследования с целью оценки эффективности препарата Дупилумаб и формирования научной базы для внедрения генно-инженерных лекарственных средств на базе Новгородского кожно-венерологического диспансера в лечении атопического дерматита.

Проведено два опорных клинических испытания: 24-недельное и 52-недельное фазы III (рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых). Пациенты (n=724) с тяжелым хроническим риносинуситом с полипами получали 300мг дупилумаба или плацебо каждые 2 недели- на фоне интраназального кортикостероидного мометазона фуората. Исследование проводилось на базе Новгородского областного кожно-венерологического диспансера г. Великий Новгород. В результате применения при бронхиальной астме, устойчивой к терапии кортикостероидами и адrenoблокаторами получены следующие данные. К концу третьего месяца исследований рецидив - у 6% пациентов, получавших Дупиксент, а в группе плацебо- в 44% случаев. При экземе положительный результат- в 90% случаев. По результатам исследования применения данного препарата у пациентов с хроническим риносинуситом наблюдалось снижение выраженности назальных полипов на 33% и 27% против роста на 7% и 4% в контрольной группе. Ослабление степени тяжести носовой заложенности на 57% и 51% против 19% и 15% в контрольной группе. Улучшение показателя затемнения синусов согласно КТ на 42% и 27% против 4% и 0%. Проведены испытания возможности использования данного препарата при эозинофильном эзофагите. Спустя 2,5 месяца терапии улучшение- около 50% пациентов, в группе плацебо- не превышает 20%.

По результатам нашего исследования рекомендовано применение препарата- Дупиксент, для лечения пациентов с атопическим дерматитом на базе Новгородского кожно-венерологического диспансера. Основываясь на данных клинических испытаний, можно сделать вывод, что препарат обладает высокой эффективностью, низкой токсичностью и может быть использован для лечения пациентов, страдающих псориазом, бронхиальной астмой, IL-4/IL-13 обусловленными заболеваниями.

Список литературы.

1. Бутова Ю. С. Клиническая дерматовенерология/ Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Бутова Ю.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 943 с.
2. Стуканова Н. П. Дерматовенерология / Стуканова Н.П. - М.: КноРус, 2012. - 254 с.

РОЛЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Романов Н.А., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения в области рациона питания, физической активности и здоровья во многом определяет развитие медицины и здравоохранения в мире и в нашей стране [1, 2, 3, 4]. Успешная реализация демографической политики и политики здорового питания, комплексных программ профилактики и реабилитации включает необходимость индивидуализированного подхода

к каждому клиническому случаю, к каждому человеку [5, 6, 8, 9]. В современных условиях все более возрастает значение инновационных технологий в медицине и здравоохранении, в том числе алгоритмизации, компьютерных технологий и современного программного обеспечения, позволяющих оптимизировать работу врача [7, 10, 11]. Поэтому актуально изучение роли программного обеспечения для оптимизации диагностики режима и качества питания и назначения индивидуального лечебного и профилактического питания пациентов разных профилей.

Материал и методы: В работе применялись методы оценки фактического питания, метод оценки качества режима и суточного ритма питания, методы системного и дискриминантного анализа, синтеза, имитационного моделирования систем, их алгоритмизации, методы синтеза и эффективной организации специализированного программного обеспечения, статистические методы обработки данных с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. В результате проведения сравнительного анализа доступного программного обеспечения для оценки и коррекции питания и пищевого рациона выявлена потребность практического здравоохранения в оптимизации, совершенствовании и разработке программных приложений для индивидуализации оценки и назначения лечебного питания, в том числе при наличии полиморбидной патологии у одного пациента. Разработанное нами программное обеспечение позволяет реализовать индивидуальный подход к каждому пациенту. Разработанные по логике приложения классы распределены несколькими функциональными модулями: Views, Controlllers, Models. Модуль View содержит в себе классы, отвечающие за отображение интерфейса. Модуль Controlllers содержит в себе классы, содержащие в себе логику приложения, методы для доступа и управления данными. Модуль Models содержит в себе классы, которые являются обёрткой для данных, полученных с базы данных. Вся информация о пациентах хранится в базе данных, которая выполняет не только функцию хранилища, но и связывает все основные типы и сущности проекта. При запуске приложения, в главном меню пользователь может: добавлять, удалять и редактировать типы блюд; хранить, редактировать, удалять личную информацию о пациентах, информацию о фактическом питании и качестве питания; осуществлять статистическую обработку всей полученной информации; анализировать данные каждого пациента, получать отчёт, учитывающий ряд необходимых факторов; получать уникальное семидневное меню для каждого пациента. Установлено, что внедрение разработанного нами приложения в практику способствует оптимизации работы врача-диетолога в амбулаторно-поликлинических условиях, а также реабилитационных мероприятий в условиях санаторно-курортных организациях.

Заключение. Роль и значение программного обеспечения для индивидуализации лечебного питания в современных условиях развития медицины неуклонно возрастает. Внедрение разработанного нами программного обеспечения для индивидуализации диетического лечебного и диетического профилактического питания будет способствовать повышению эффективности профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в практическом здравоохранении.

Список литературы.

1. Бойцов С.А. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка / Бойцов С. А. [и др.] // Профилактическая медицина. Приложение. - 2012. - № 1. - С. 3–18.
2. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 57.17 от 22 мая 2004 года. [Электронный ресурс]. // URL: <http://who.int/hpr/global.strategy.shtml>.
3. План действий по реализации европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. - ВОЗ: Копенгаген. - 2016.

4. Рапопорт С.И. Суточный ритм приема пищи и вкусовая чувствительность у больных с ожирением и диспепсией / Рапопорт С.И., Романова М.М., Бабкин А.П. // Клиническая медицина. - 2013. - № 9. - С. 40-45.
5. Романова М.М. Возможности оптимизации исследования вкусовой чувствительности в практическом здравоохранении и клинической практике/ Романова М.М., Бабкин А.П. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2012. - № 47. - С. 28-32.
6. Романова М.М. Возможности организации школ здоровья при Центре здоровья с участием психиатра и диетолога / Романова М.М., Махортова И.С., Алексенко А.С.// Прикладные информационные аспекты медицины. - 2012. - № 2. - С. 64-66.
7. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания / Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А.// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.
8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / О.Ю. Ширяев [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 183-187.
9. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю.[и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.
10. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / Ширяев О.Ю. [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

Романов Н.А., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Во всем мире и в нашей стране продолжается развитие такого важного направления медицины как реабилитация [3, 4]. При этом остаются требующие дальнейшего изучения вопросы, проблемы и аспекты реабилитационной медицины. Среди таких проблем можно отметить проблему полиморбидности, актуальную в современной медицине [2, 9, 10], а также объективной диагностики степени нарушения отдельных функций, контроля и оценки эффективности реабилитационных и профилактических мероприятий [1, 6, 7,]. Эти аспекты требуют уточнения и дополнения стандартных подходов. Поэтому актуально изучение роли компьютерных технологий в оптимизации диагностики и объективного контроля динамических изменений, в том числе с применением хронобиологического подхода [5, 8, 10].

Материал и методы: В исследование включено 48 пациентов, средний возраст $44,5 \pm 4,9$ лет. Выделено две группы пациентов: 1-я - с патологией пищеварительного тракта, 2-я - с полиморбидной патологией. Информированное согласие на участие в исследовании подписали все участники. Для оценки хронобиоритмов функционирования применялось суточное мониторирование вариабельности сердечного ритма (ВСР) и исследование суточной экскреции метаболитов мелатонина, с дальнейшим компьютерным анализом полученных результатов в том числе при помощи оригинального программного приложения косинор-анализа. Полученные данные обрабатывали статистически с применением «Statistica» 6.0 for Windows. В работе были применены методы системного и

дискриминантного анализа, имитационного моделирования систем, их алгоритмизации, методы синтеза и эффективной организации.

Результаты и обсуждение. В результате проведения сравнительного анализа доступного программного обеспечения выявлена потребность в совершенствовании и разработке программных приложений для индивидуализации оценки хронобиоритмов. В результате статистической обработки полученных нами результатов выявлены достоверные ($p < 0,05$) отличия показателей спектрального анализа ВСР и экскреции мелатонина между двумя группами больных в ночное время суток, по данным косинор-анализа в группе больных с полиморбидной патологией наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) смещение акрофазы показателей временного анализа сердечного ритма и экскреции мелатонина была более чем на 6 часов. У больных первой группы отмечались явления аритмии циркадианных ритмов вегетативной регуляции и секреции мелатонина, у больных второй группы с позиций хронобиологического подхода наблюдались явления десинхроноза вегетативной регуляции и секреции мелатонина. Согласно полученным результатам исследования, у больных с полиморбидной патологией практически отсутствовали циркадианные ритмы ВСР и экскреции мелатонина. Выявленные изменения свидетельствуют о десинхронозе и дизадаптации при полиморбидности, так как мелатонин - это мессенджер эндогенных биоритмов [6], а вариабельность сердечного ритма - метод интегральной оценки адаптационно-восстановительных резервов организма [1].

Заключение. Компьютерные технологии приобретают важное значение в реабилитационной медицине. Разработанное программное приложение для оценки адаптационных возможностей с применением хронобиологического подхода позволяет выявлять рассогласования биоритмов временной организации физиологических функций организма, реализовать возможность выявления индивидуальных и групповых хронобиоритмов, наблюдения в динамике, проведения сравнительного анализа и прогнозирования. Применение хронобиологического подхода, хронодиагностики и хронотерапии в реабилитационной медицине будет способствовать совершенствованию и повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Список литературы.

1. Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Баевский Р.М., Берсенева А.П.. - М.: Медицина, 1997. – 265 с.
2. Оганов Р.Г. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента/ Оганов Р.Г., Драпкина О.М.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - №4. - С. 4-9.
3. Приказ министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.09.2018 г. № 572н "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медицинской реабилитации". Режим доступа <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71954304/> (дата обращения 20.10.20).
4. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых". Режим доступа <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202009250036> (дата обращения 20.10.20).
5. Комаров Ф.И. Хронобиология и хрономедицина / Комаров Ф.И., Рапопорт С.И.. - М: «Триада – Х». – 2000. – 488 с.
6. Рапопорт С.И., Романова М.М., Бабкин А.П. Суточный ритм приема пищи и вкусовая чувствительность у больных с ожирением и диспепсией // Клиническая медицина. - 2013. - № 9. - С. 40-45.
7. Романова М.М., Алексенко А.С. Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в Центре здоровья // Профилактическая медицина. - 2012. - № 2. - С.122.

8. Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.

9. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.

10. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / Ширяев О.Ю. и [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СД НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рубаю М.С., Котова Ю.А., Краснорущкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Сахарный диабет представляет собой значимую проблему здравоохранения и является одним из четырех приоритетных неинфекционных заболеваний, влекущим за собой возрастающий ущерб экономическому развитию и создающим угрозу благополучию значительных групп населения. По данным ВОЗ распространенность и заболеваемость СД неуклонно растет в течение последних десятилетий. Так, в 1980 году в мире 108 миллионов человек страдали диабетом, в 2014 году эта цифра достигает уже 422 миллиона [1]. Высокая социальная значимость СД обусловлена большой частотой развития осложнений, которые в большинстве случаев приводят к ранней инвалидизации и смерти. Сахарный диабет повышает риск развития как соматических заболеваний, так и тревожно-депрессивных расстройств, что в совокупности ведет к выраженному ухудшению качества жизни людей. Из числа всех заболевших у более чем 80% отмечается СД 2 типа [2]. Одна из главных задач современной науки – поиск наиболее эффективных путей предупреждения и лечения диабета, а также улучшения качества жизни больных. Основная цель исследования – выявление и оценка влияния расстройств в эмоционально-волевой сфере у больных СД на течение самого заболевания, а также частоту развития осложнений. Установление и анализ причин, обуславливающих возникновение данных нарушений, а также способов их устранения и предупреждения. Важной задачей также является определение приверженности лечению, так как больные с тревожно-депрессивными расстройствами чаще не соблюдают рекомендации врача [3,4]. Исследование проводилось на базе поликлиники БУЗ ВО «Рамонская РБ». Для верификации расстройств в эмоционально-волевой сфере были использованы: 1) Шкала Цанга для самооценки депрессии, 2) Шкала тревоги Спилберга, 3) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), 4) Опросник SF-36 для оценки качества жизни, 5) Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для оценки боли. Выборку составили 25 больных СД 2 типа, из которых 14 чел.-женщины, 11 чел.-мужчины. Распределение по возрасту 30-40 лет -1 чел., 41-50 лет -2 чел., 51-60 лет -6 чел., 61-70 лет -16 чел. 4 пациентов были прооперированы по поводу СДС, из них 3 чел – проводилось вскрытие флегмоны, 2 чел – ампутация пальцев/резекция плюсневых костей. 2 пациента имели в анамнезе множество других заболеваний, помимо СД (хр. пиелонефрит, ЯБЖ, миеломная болезнь, хр. панкреатит и др.). У всех больных были специфические диабетические осложнения в органах мишенях, различной выраженности: нефропатия, полинейропатия, микро- и макроангиопатия, ретинопатия. ИБС в сопутствующих

заболеваниях – у 44% больных (11 чел.), ГБ – у 56% больных (14 чел.). Пациенты с нормальным состоянием – 4 чел., с легким депрессивным расстройством – 8 чел., депрессивным расстройством средней степени тяжести – 11 чел., депрессивным расстройством тяжелой степени тяжести – 2 чел. Ситуативная тревожность - пациенты с низкой с.т. - 13 чел., средней - 7 чел., высокой - 5 чел. Личностная тревожность - пациенты с низкой л.т. - 14 чел., средней - 7 чел., высокой - 4 чел. Уровень тревоги - пациенты с низким уровнем тревоги - 15 чел., средним - 4 чел., высоким 6 чел. Уровень депрессии - пациенты с низким у.д. - 11 чел., средним - 10 чел., высоким 4 чел. Физический компонент здоровья: повышенный показатель качества жизни – 7 чел., средний показатель качества жизни – 16 чел., пониженный показатель качества жизни – 2 чел. Психический компонент здоровья: повышенный показатель качества жизни – 6 чел., средний показатель качества жизни – 19 чел. По шкале ВАШ отсутствие боли установлено у 8 человек, слабая боль – у 3 человек, слабая боль/умеренная боль – у 6 человек, умеренная/сильная боль – у 2 человек, сильная боль – у 2 человек. Из 25 больных наиболее выраженные тревожно-депрессивные расстройства выявлены у двух пациентов, что обусловлено в первую очередь – проведенным оперативным вмешательством (ампутация пальцев и резекция плюсневых костей). По ВАШ самая высокая интенсивность боли отмечается также у данных двух пациентов (6/10). Тяжелые ТДР выявлены у 3 пациентов, которые тоже перенесли оперативное вмешательство (ОВ), но менее радикальное (вскрытие флегмон). По ВАШ - 5/10. У пациента, перенесшего минимальное ОВ (вскрытие абсцесса) диагностирована средняя степень нарушений эмоционально-волевой сферы. 5 пациентов, согласно полученным данным, имеют среднюю степень депрессивных расстройств. Это обусловлено, со слов больных, в первую очередь необходимостью постоянного приема препаратов, контроля гликемии, ограничения в питании, пониманием о невозможности современной медицины полностью излечить СД и в целом - снижением качества жизни [5]. Также стоит учитывать, что на полученные результаты могут оказывать влияние и психологические особенности личности.[6] Пациенты с клинически выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы чаще других намеренно пропускали приём препарата, отказывали от лечения в стационаре.[7] Статистически значимые различия между частотой встречаемости ТДР у женщин и мужчин не выявляются.

Таким образом, 1) Частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных СД 2 типа выше у пациентов с тяжелыми осложнениями СД, часто требующими оперативного вмешательства. 2) Основные причины ТДР у больных СД 2 типа – это необходимость в постоянном приеме препаратов, контроле гликемии, ограничении в питании, а также пониманием невозможности полного исцеления от заболевания на данном этапе развития медицины. Все это существенно снижает качество жизни пациентов. 3) Нарушения эмоционально-волевой сферы снижают приверженность терапии пациентов с СД 2 типа. 4) Для повышения эффективности лечения, увеличения комплаенса необходимо поддерживать комфортный психологический фон для пациентов, доступно разъяснять о необходимости терапии. Также следует рассмотреть возможность внедрения в штат ЛПУ клинических психологов и проведение обучения сотрудников базовым принципам оказания психологической помощи.

Список литературы.

1. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями 2012–2016 гг. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Доступен на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1 [Plan dejstvij po realizacii Evropejskoj strategii profilaktiki i bor'by s neinfekcionnymi zabojevanijami 2012–2016 gg. Vsemirnaja Organizacija zdravoohranenija. Evropejskoe regional'noe bjuro. Dostupen na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1 (in Russian)].

2. 2014 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. United States Renal Data System. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014:188–210
3. Кравченко А.Я., Сахненко В.В., Будневский А.В., Подвигин С.Н. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия // Клиническая медицина. 2016. Т. 94. № 2. С. 97–101.
4. Старостина Е.Г. Роль комплаентности в ведении больных диабетом // Русский медицинский журнал. 2015. № 8. С. 477–480.
5. Lloyd C.E., Sartorius N., Cimino L.C. et al. INTERPRET-DD study of diabetes and depression: a protocol. Diabetic Medicine // 2015. Vol. 32. P. 925–934.
6. Berge L.I., Riise T., Tell G.S. et al. Depression in persons with diabetes by age and antidiabetic treatment: a cross-sectional analysis with data from the Hordaland Health Study // PLoS One. 2015. Vol. 10(5). P. e0127161.
7. Axon R.N., Gebregziabher M., Hunt K.J. et al. Comorbid depression is differentially associated with longitudinal medication nonadherence by race/ethnicity in patients with type 2 diabetes. Medicine (Baltimore). 2016. Vol. 95(25). P. e3983.

**РАЗЛИЧИЕ ПЕРИОДА РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И
ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ**
Салихова К.Р., Шевченко П.П., Абисогомонян Е.В., Эскиндарова А.Х., Минаева О.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

В современном мире в связи с неуклонным развитием технологий и усилением процессов урбанизации и механизации производств, увеличивается процент спинальной травмы, среди прочих случаев травматизма [3]. Вне зависимости от механизма травмы, приведшей к тяжелому повреждению целостности спинного мозга, больным показано срочное хирургическое лечение. Даже при правильной, своевременно проведенной терапии летальность в стационаре в послеоперационном периоде составляет приблизительно от 15 до 70%, в зависимости от сопутствующих патологий. При этом первичная инвалидизация составляет приблизительно от 45 до 62% [4]. Все это обуславливает высокую актуальность проблемы реабилитации пациентов с тяжелой спинальной травмой в клинической практике.

Цель работы: установить закономерность между полом, возрастом пациентов с тяжелой спинальной травмой и продолжительностью их лечения и реабилитации в условиях стационара, выявить наиболее уязвимую категорию пациентов. В ходе работы была отобрана группа пациентов со схожими характеристиками спинальной травмы, были изучены их амбулаторные карты, выписки. После чего произведено разделение исследуемой группы по возрасту и полу. Всего в исследовании участвовали 78 человек, из них 39 женщин и 39 мужчин. В выборку были включены только клинические случаи пациентов, перенесших тяжелую спинальную травму и оперативное вмешательство по этому поводу. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью вычислительных мощностей аналитической программы SPSS Statistics. Достоверность результатов исследования проверялась с использованием t-критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0.05$.

По результатам проведенного исследования оказалось, что среднее время пребывания пациентов в условиях отделения ИТАР составляет: • для мужчин 21–35 лет составило $3,92 \pm 0,25$ суток, 35–60 лет - $5,08 \pm 0,24$ суток и 60–75 лет - $6,92 \pm 0,22$ суток; • для женщин 20–35 лет этот показатель составил $4,38 \pm 0,3$ суток, 35–55 лет - $5,54 \pm 0,28$ суток и 55–75 лет - $7,38 \pm 0,25$ суток. Средняя продолжительность пребывания в отделении НХО, по данным нашего

исследования: • для мужчин 21-35 лет - $20,38 \pm 0,59$ суток, 35-60 лет - $26,23 \pm 0,6$ суток и 60-75 лет - $34,33 \pm 0,59$ суток; • для женщин 20-35 лет этот показатель составил $21,38 \pm 0,59$ суток, 35-55 лет - $5,54 \pm 0,28$ суток и 55-75 лет - $7,38 \pm 0,25$ суток. При этом общая продолжительность пребывания на стационарном лечении составила: • для мужчин 21-35 лет - $24,31 \pm 0,55$ суток, 35-60 лет - $31,31 \pm 0,56$ суток и 60-75 лет - $41,3 \pm 0,55$ суток; • для женщин 20-35 лет этот показатель составил $25,77 \pm 0,57$ суток, 35-55 лет - $33,77 \pm 0,56$ суток и 55-75 лет - $51,3 \pm 0,56$ суток.

Выводы: согласно данным нашего исследования, продолжительность периода лечения и реабилитации была достоверно выше в более старших возрастных группах по сравнению с младшими. Также была выявлена корреляция между пола и возраста пациента с продолжительностью его лечения в условиях стационара. Среди мужчин и женщин пациенты старших возрастных групп нуждаются в более длительном периоде реабилитации. Это объясняется наличием сопутствующих заболеваний, сниженным иммунитетом и реактивностью организма, а также относительно сниженной способностью организма к регенерации, у женщин старшей возрастной группы также немалую роль играет влияние постклимактерического периода. При этом было обнаружено, что женщины находятся в стационаре, в палатах реабилитации дольше пациентов мужского пола. Сравнивая амбулаторные карты, мы не выявили существенных отличий характеристик спинальной травмы или же наличия общего заболевания, которое могло бы статистически значимо повлиять на полученный результат. Заключение: поскольку в старших возрастных группах продолжительность периода стационарного лечения возрастает, а время пребывания женщин в условиях отделения достоверно выше, нежели у мужчин, особенно важно уделять повышенное внимание пациентам женского пола, которые находятся в старших возрастных группах.

Список литературы.

1. Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение) / под редакцией чл.-кор. АМН Украины проф. Полищука Н.Е., проф. Коржа Н.А., проф. Фищенко В.Я. - Киев: КНИГА плюс, 2001.
2. Vernon W.L. Spinal Cord Medicine: Principles and Practice // J R Soc Med. - 2003. - №96. - С. 107-153.
3. Ершов Н.И., Куфтов В.С. Трофические нарушения у больных с позвоночно-спинномозговой травмой // Вестник смоленской медицинской академии. - 2001. - №3. - С. 24-27.
4. Robinson Y. Kyphoplasty in Osteoporotic Vertebral Compression Fractures - Guidelines and Technical // J. Orthop. Surg. Res. - 2011. - Vol. 6. - P. 43-50.
5. Hasler R.M., Exadaktylos A.K., Bouamra O., Benneker L.M. Epidemiology and Predictors of Spinal Injury in Adult and Major Trauma Patients: European Cohort Study // European Spine J. - 2011. - №20. - С. 2174-2180.
6. Сулейманова М.А., Карпов С.М., Вышлова И.А., Карпов А.С., Апагуни А.Э., Каракров К.Г. Травмы спинного мозга, синдромы поражения // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 2. 7. Weber J.T. Neurotrauma: new insights into pathology and treatment // Elsevier. - 2007. - Vol. 161. - P. 1-161, 217-234, 367-434.

ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ ФЕНОТИПЫ ХОБЛ И СТЕПЕНЬ БРОНХООБСТРУКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ И ИХ ПОЛА

Санян Э.В., Магомедов И.Н., Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Фенотип ХОБЛ – совокупность характеристик, которые по отдельности или в сочетании позволяют выделить различия между пациентами на основании клинически значимых параметров: симптомов, частоты обострений, ответа на терапию, скорости прогрессирования заболевания и прогноза [1-3]. Цель исследования: определить преобладающий клинический фенотип (эмфизематозный - ЭФ, бронхитический - БФ, смешанный – СФ и перекрытие ХОБЛ с бронхиальной астмой - СПАХ) в зависимости от пола и возраста больных.

Материал и методы: сплошная выборка карт пациентов в период с 2017 по 2019 г. в ГКБ СМП г. Ставрополя. Выделены группы мужчин и женщин, молодого и среднего возраста (СВ, до 59 лет включительно, СВ – $48,3 \pm 4,2$ г.), пожилого (от 60 до 74 лет СВ – $72,3 \pm 2,5$ г.), старческого (75 лет и старше, СВ – $79 \pm 2,1$ г.). Статистическая проверка гипотез проведена на основании распределения Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. При частоте признака менее 5 рассчитывали критерий Фишера. Связи между признаками оценивали по шкале Чеддока.

Результаты и обсуждение. Всего пациентов 312, СВ $62,5 \pm 11,2$ г. СВ женщин $61,9 \pm 10,9$ г., мужчин $62,6 \pm 11,5$ г. ($p = 0,62$, $p > 0,05$). Тяжелое течение ХОБЛ (ТТ) у 35,3 % мужчин, средне-тяжелое (СТ) у 64,7 %. У женщин ТТ в 44,8 % случаев, СТ у 55,2 %.

БФ был у 9,6 % пациентов, преобладал у женщин (93,3 %). СВ женщин с БФ $55,1 \pm 4,6$ г., мужчин – $67,5 \pm 14,9$ г. ($p < 0,05$). СТ у 70,6% женщин и ТТ у 29,4 %. ХОБЛ СТ у 100% мужчин. СВ женщин группы до 59 лет вкл. $45,8 \pm 3,6$ г. В группе 60-74 г. СВ $67,0 \pm 2,8$ г. Возраст женщины из группы 75 лет и старше равен 75,0 г.

Возраст мужчины группы до 59 лет вкл. 57,0 г., а у мужчины старше 75 лет возраст равен 78,0 г. Значительно снижена ЖЕЛ (69-50 %) и резко нарушена бронхиальная проходимость в 69,2 %. Проба с бронхолитиком в 43,5 % случаев отрицательная у женщин (средний прирост функции – СПФ - 5,32 %) и в 100 % случаев у мужчин (СПФ 9,6 %). Диапазон показателей ЖЕЛ у мужчин 31,7-77,1 % (средняя ЖЕЛ – 54,4 %), у женщин 32,1-77,8 % (средняя ЖЕЛ – 50,7 %).

ЭФ был у 9,6 % больных с ХОБЛ, в 100 % у мужчин, СВ равен $59,1 \pm 4,9$ г. У 25,0 % пациентов наблюдалось ТТ и одинаково часто СТ и КТ (по 37,5 % случаев). Среди мужчин возрастной группы до 59 лет вкл. СВ пациентов $49,8 \pm 6,2$ г., от 60 до 74 лет СВ $65,72 \pm 1,9$ г., а среди мужчин 75 лет и старше СВ равен $79,0 \pm 2,8$ г. У 37,5% пациентов значительно снижена ЖЕЛ (69-50 %) и в 62,5 % крайне резко (<50%) нарушена бронхиальная проходимость. Проба с бронхолитиком проведена в 75,0 %, отрицательная (СПФ 6,73 %) Диапазон ЖЕЛ у мужчин 28,2-73,7 % (средняя ЖЕЛ – 50,0 %)

СФ встречался в 82,4 % случаев, преобладает у мужчин (57,2 %), ($p < 0,05$). Среди женщин у 72,6 % наблюдалось СТ, у 23,5% ТТ. В 3,5 % было крайне тяжелое течение (КТ) и в 0,5 % легкое течение (ЛТ). Наиболее часто СФ встречался у пациентов в возрасте от 60 до 75 лет (36,2%). До 60 лет – 29,8 % ($p > 0,05$), 75 и старше – 16,3 % ($p < 0,05$). Пациенты-мужчины: у 70 % СТ, а 25,8 % имеют ТТ ($p < 0,05$). 3,4 % с КТ ($p < 0,05$) и 0,8 % с ЛТ ($p < 0,05$). СВ пациентов-женщин $63,1 \pm 10,7$ г., а мужчин $62,8 \pm 11,7$ г. ($p < 0,05$). У женщин до 59 лет СВ $52,2 \pm 7,3$ г., от 60 до 74 лет – $66,2 \pm 5,1$ г., в группе женщин старше 75 лет СВ равен $79,1 \pm 3,2$ г.. Среди мужчин группы до 59 лет СВ $50,5 \pm 8,4$ года, у больных в возрасте от 60 до 75 СВ равен $66,3 \pm 4,9$ г., а старше 75 - $78,6 \pm 3,6$ г. У 72,0 % пациентов наблюдалось резкое нарушение (<50 %) бронхиальной проходимости. Проба с бронхолитиком отрицательная, проведена у 57,9 % мужчин (СПФ 10,6 %) и у 42,1 % женщин (СПФ 8,3 %). Диапазон

показателей ЖЕЛ у женщин 19,8-79,5 % (средняя ЖЕЛ – 49,6 %), у мужчин 22,2 – 70,0 % (средняя ЖЕЛ – 46,1 %)

СПАХ наблюдался у 11,2 % больных с ХОБЛ. СВ женщин 54,7±3,1 г., мужчин 63,3±2,3 г. СПАХ преобладает у женщин - 57,1 % ($p<0,05$). Среди женщин чаще СТ ХОБЛ – 64,8 %, ТТ в 29,9% случаев ($p<0,05$) и ЛТ в 5,3 % случаев ($p<0,05$). Среди мужчин чаще СТ - в 53,5 %, ТТ в 40,2 % случаев ($p<0,05$), а КТ в 6,3 % ($p<0,05$).

СВ женщин группы до 59 лет вкл. 46,4±2,3 г., от 60 до 74 лет СВ 66,5±4,2 г., а среди женщин 75 лет и старше СВ 75,6±4,1 г. СВ мужчин группы до 59 лет вкл. 55,4±2,1 г., от 60 до 74 лет СВ 66,7±4,8 г., а у мужчины старше 75 лет возраст равен 77 годам.

У пациентов со СПАХ наблюдалось крайне резкое нарушение бронхиальной проходимости в 48,5% случаев. Проба с бронхолитиком отрицательная, проведена у 53,4% женщин (СПФ 9,9 %) и у 46,6 % мужчин (СПФ 0,6%). Диапазон показателей ЖЕЛ у женщин 28,5–77,5 % (средняя ЖЕЛ – 53 %), у мужчин – 22,6-65,2 % (средняя ЖЕЛ – 43,9 %)

Заключение. Чаще всего ХОБЛ встречалась среди пациентов-мужчин, с преобладающим смешанным фенотипом, в группе пациентов 60-75 лет. В варианте перекрытия ХОБЛ с БА преобладали женщины. Чаще тяжелое течение ХОБЛ наблюдали у мужчин. У женщин в большинстве случаев имела средняя степень тяжести ХОБЛ. Эмфизематозный тип ХОБЛ в подавляющем большинстве случаев встречался у мужчин, бронхитический - у женщин.

Список литературы.

1. Косторная, И.В. Хроническая форма хламидофилеза при каннабисной интоксикации (клинико-морфологическое наблюдение) / И.В. Косторная, Ф.Т. Малыхин, О.М. Ермакова, В.Н. Иванова, А.В. Кастарнов // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - Т. 8. - № 2. - С. 135-138.
2. Малыхин, Ф.Т. Состояние цитокинового баланса у больных с внебольничными пневмониями различной степени тяжести / Ф.Т. Малыхин, И.С. Шутко // Сб. научн. тр. / II Международный форум врачей общей практики/семейных врачей. - Киров, 2019. - С. 61-64
3. Холопова Н.В. Сопоставления показателей коморбидности при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме / Н.В. Холопова, Ф.Т. Малыхин // Сб. научн. тр. / Неделя науки – 2019. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2019. С. 211-212.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИБС ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Сафроненко В.А., Сафроненко А.В., Насытко А.Д., Кузнецов И.И., Осипова А.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Ишемическая болезнь сердца остается лидером среди основных причин смертности, снижения трудоспособности, инвалидизации населения во всем мире [5, 8, 9]. Одномоментно увеличивается продолжительность жизни, что ведет к увеличению доли пожилых людей в популяции, что требует улучшения качества их жизни, в том числе сохранение когнитивных функций (КФ) [6].

По результатам многочисленных исследований важнейшими факторами риска появления расстройств КФ являлись пожилой возраст, артериальная гипертензия, различные цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет, ИБС с вариантом перенесенного инфаркта миокарда, высокие степени хронической сердечной

недостаточности [7], а также различные нарушения ритма и проводимости [4]. Согласно современным рекомендациям, обязательным этапом в лечении пациентов с ИБС является коррекция дислипидемии [4]. Наиболее часто назначаемый препарат из группы статинов - аторвастатин [5]. В последние годы все больше внимания уделяется влиянию на когнитивные функции длительного приема аторвастатина с целью достижения и удержания целевых значений липидограммы [1-2]. Цель. Сравнить когнитивные функции на фоне длительной липидоснижающей терапии препаратом аторвастатин у пациентов с ИБС высокого сердечно-сосудистого риска, имеющих различные показатели липидограммы.

Исследование было проведено в кардиологическом отделении ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войн» г. Ростова-на-Дону среди 78 пациентов с ишемической болезнью сердца. Согласно этики научных публикаций, от всех пациентов, ставших объектами данного исследования, получено информированное согласие. С целью предотвращения распространения идентификационной информации, каждому пациенту был присвоен порядковый номер. Критериями включения пациентов в исследование были: длительный и регулярный прием гиполипидемических препаратов; длительность ИБС более 10 лет. Критерии исключения: органическое и/или функциональное поражение головного мозга, синдром старческой астении и другие. Средний возраст пациентов составил $64,56 \pm 5,57$ лет. Продолжительность ИБС – $10,42 \pm 2,36$ лет. На основании анализа липидограмм (уровня ОХС, ХС-ЛПНП), были сформированы 2 группы: 1 группа – пациенты, достигшие целевых значений липидограммы (уровня $\text{ОХС} \leq 4$ ммоль/л и $\text{ЛПНП} \leq 1,5$ ммоль/л) ($n=38$); 2 группа – пациенты, не достигшие целевых значений липидограммы ($n=40$). Для оценки когнитивных функций был использован метод анкетирования по краткой шкале оценки психического статуса в соответствии с клиническими рекомендациями комплексной гериатрической оценки от 2018 года [3].

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке в программе Statistics v.26. Для оценивания количественных показателей на предмет соответствия нормальному распределению использовали критерий Шапиро-Уилка. При сравнении средних величин в нормально распределенных совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента. При сравнении несвязанных групп в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Различия в сравниваемых группах считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При сравнении показателей шкалы оценки психического статуса в 1 и во 2 группе были выявлены статически значимые различия ($p=0.002$). В ходе разведочного анализа было установлено, что в 1 группе значение медианы соответствует деменции легкой степени выраженности, что возможно связано не только с дегенеративными процессами, характерными для пациентов этого возраста, но и с локальным нарушением обмена холестерина в тканях головного мозга из-за длительного и регулярного приема аторвастатина для достижения целевых значений липидограммы. Во 2 группе – предметным когнитивным нарушениям, что не является отклонением от нормы для пациентов данной возрастной группы. При дальнейшем анализе с помощью критерия Фишера интерпретации результатов анкетирования по краткой шкале оценки психического статуса среди пациентов 1 и 2 группы были получены также статически значимые различия ($p=0.013$). Согласно Post-hoc анализу деменция умеренной степени выраженности в три раза чаще встречалась среди пациентов, которые достигли целевых значений ОХС и ЛПНП в ходе липидоснижающей терапии ($p=0.07$). Противоположная ситуация сложилась в отношении отсутствия когнитивных нарушений: в три раза чаще нарушения КФ отсутствовали у пациентов, не достигших целевых значений липидограммы ($p=0.07$). Это позволяет сделать вывод о том, что коррекция гиперхолестеринемии липофильным препаратом может приводить к ухудшению когнитивных функций. Деменция легкой степени выраженности, а также предметные нарушения почти в одинаковом процентном соотношении встречались среди обеих групп, что связано с возрастными

особенностями данной когорты пациентов. При оценке силы связи была установлена средняя сила связи. В ходе корреляционного анализа между таким показателем липидограммы, как ЛПНП, а также баллами краткой шкалы оценки психического статуса была установлена статически достоверная ($p=0.003$) прямая корреляционная связь ($p=0.334$) умеренной силы по шкале Чеддока. Эта закономерность говорит о том, что у пациентов с повышением ЛПНП, например, из-за нерегулярного приема липидоснижающего препарата или особенностей метаболизма, происходит улучшение показателей когнитивных функций, согласно анкетированию по краткой шкале оценки психического статуса.

При достижении целевых значений ОХС и ЛПНП в ходе длительной липидоснижающей терапии препаратом аторвастатин из группы статинов у пациентов с ИБС очень высокого сердечно-сосудистого риска наблюдается статистически достоверное снижение показателей когнитивных функций по результатам краткой шкалы оценки психического статуса. Полученные данные могут быть связаны с липофильностью аторвастатина. Липидоснижающая терапия требует пожизненных прием препарата, что в свою очередь значительно влияет на качество жизни пациентов, поэтому препаратом выбора у таких пациентов должен быть гидрофильный статин.

Список литературы.

- 1.Блохина И.И., Влияние статинов на когнитивные функции / Блохина И.И., Серов И.С., Шагина В.Н. //Молодой ученый. — 2019. — №28. — С. 169-171.
- 2.Леонова М.В. Статины и когнитивные функции: имеются ли ассоциированные расстройства или защита от деменции? / Леонова М.В. //Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №10. – С. 67-73. – DOI: 10.26442/20751753.2019.10.190435.
- 3.Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров» Клинические рекомендации: Старческая астения. – 2018. – С.1-157.
- 4.Остроумова О.Д. Гиполипидемическая терапия статинами и когнитивные нарушения: польза или вред? / Остроумова О.Д., Ших Е.В., Реброва Е.В., Рязанова А.Ю. //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – Т. 14 – № 4. – С. 529-536. – DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-4-529-536.
- 5.Benjamin, E. J. Heart Disease and Stroke Statistics – 2018 / E.J. Benjamin, S.S. Virani, C.I.W. Callaway et al.//Update A Report From the American Heart Association Circulation. – 2018. – P. 137. – DOI: 10.1161/CIR.0000000000000558.
- 6.Dagres, N. European Heart Rhythm Association (EHRA)/Heart Rhythm Society (HRS)/Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS)/Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS) expert consensus on arrhythmias and cognitive function: what is the best practice? / N. Dagres, Tze-Fan Chao, G. Fenelon, L. Aguinaga et al.//Heart Rhythm. – 2018. – e1–e24.
- 7.Deckers, K. Coronary heart disease and risk for cognitive impairment or dementia: Systematic review and meta-analysis / K. Deckers, S.H.J. Schievink, M.M.F. Rodriguez, R.J. van Oostenbrugge et al.//PLoS ONE. – 2017. – Vol. 12. – № 9 – P. 184-244.
- 8.European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other 137 Societies on Cardiovascular Disease Prevention // in Clinical Practice. Atherosclerosis. – 2016. – Vol. 252. – P. 207-274.
- 9.Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators Lancet. – 2016. – Vol. 388. – P. 1459-1544.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ СОТРЯСЕНИЯ МОЗГА

Сергеева Ю.А., Потакина Н.Ю

Уральский государственный университет путей сообщения

Современный спорт, характеризуется высоким уровнем травматизма. Изучение проблемы травматических повреждений при занятиях спортом занимает значительное место так как они существенно влияют на работоспособность, результат и качество жизни спортсменов, представляют собой важную социально-экономическую проблему и являются одной из причин преждевременного прерывания спортивной деятельности, а иногда и инвалидизации атлетов.

Актуальность: Сотрясение головного мозга имеет много признаков и симптомов, но к сожалению большинство из них носит субъективный характер, а часть является неспецифическими и носит общий характер с другими заболеваниями. Для установления диагноза сотрясения головного мозга достаточно, как правило, жалоб на эпизод потери сознания, головокружения, потери памяти о событиях непосредственно до или после травмы и головной боли. Особое значение, при диагностике лёгкой ЧМТ и ее последствий, в условиях соревнований или тренировочного мероприятия, когда методы инструментальной диагностики недоступны, приобретают исследования: равновесия, вегетативных и психологических показателей, как наиболее полно отражающих состояние неспецифических систем головного мозга. Обязательным элементом диагностики СГМ и степени восстановления после него, а соответственно допуска к спортивной деятельности является нейрокогнитивное тестирование (НКТ) с помощью различных батарей нейропсихологических тестов, направленных на выявление снижения памяти, внимания, нарушения восприятия и скорости принятия решения.

Цель исследования- оценить степени восстановления спортсменов после легкой черепно-мозговой травмы путем неврологических и нейропсихологических тестирований

Задачи исследования 1. Изучить патофизиологические особенности черепно- мозговой травмы 2. Изучить статистические данные о ЧМТ у спортсменов 3. Рассмотреть реакцию организма спортсменов на ЛСГМ 4. Подготовить методику оценки восстановления спортсменов после ЛСГМ 5. Провести анализ полученных результатов.

В эксперименте принимали участие профессиональные спортсмены от 1-взрослого разряда, до Мастера спорта, 18-27 лет (представители, хоккея, бокса, футбола), в количестве 29 человек (с ЛЧМТ) и 20 спортсменов (не травмированные). Сроки исследования определялись в соответствии с восстановлением после ЛСГМ. Всем спортсменам проводилось исходное тестирование, включавшее в себя: Монреальская шкала оценки когнитивных функций, таблицы Шульце и кольца Ландольта, а также тестирование равновесия по тесту BESS. Предварительно все были осмотрены неврологом. Из них: 19 мужского пола и 10 женского. В группу обследуемых были включены атлеты, которые во время тренировок получили удары в голову, или ударялись головой при падении, а также при попадании шайбы в голову, предъявляющие типичные жалобы на головокружение, головную боль, «помутнение» в голове, снижение памяти и т.д. Всем спортсменам, проводился неврологический осмотр с акцентом на расстройства координации и статики с оценкой по шкале общей устойчивости. Первое тестирование проводилось каждому из 49 спортсменов (для сравнения результатов), дальнейшие проводились у 29 человек на 3-5-8-10-14-20 сутки после получения травмы при нейрокогнитивном тестировании (НКТ) на третий день после травмы у всех 29 спортсменов отмечалось отчётливое снижение уровня кратковременной памяти. Достоверно снижалась производительность в корректурной пробе с кольцами Ландольта, отмечалось лёгкое когнитивное снижение, связанное в основном со снижением внимания, не достигающее клинически значимого уровня, причём на пятые сутки у 16 человек когнитивных нарушений уже не выявлялось. Достоверно

снижались оперативная и зрительная память, причём снижение оперативной памяти сохранялось до восьмых суток, а 7 человек оставалось сниженным и на 10 день. Количество ошибок при непосредственном и отсроченном воспроизведении на третьи сутки превышало нормальные показатели у всех спортсменов, на 8-ые сохранялось у 15 человек, к 10-му дню исследования сохранялось у 7 человек, к 14 дню у всех участников вернулось к нормальным показателям (но данные показатели уступали показателям здоровых спортсменов). При тесте BESS на 3-ие сутки после травмы среднее количество ошибок составляло – 42, на 5-ые сутки снизилось до 35, на 10-е сутки – 27, на 14-е – 19, только к 20 дню после травмы у 13 человек количество ошибок при выполнении теста вернулось к исходному уровню – 7-8. Исходя из анализа результатов спортсменов по видам спорта, можно сделать вывод, о том, что спортсмены (представители футбола) восстанавливаются быстрее остальных спортсменов. Частота травм головы в футболе составляет 4,5%. Всех дольше идет восстановление спортсменов, занимающихся боксом. Это можно подтвердить по статистическим данным частоты травм головы в боксе; составляет 23,9 % из всех травм. Для сравнения использовалась статистика травм именно головы, поскольку, это наиболее частый вид травмы для каждого из указанных видов спорта, это наиболее наглядно демонстрирует различия в показателях.

Данные, полученные в ходе исследования подтверждают данную статистику.

1. Нейропсихологическое тестирование является чувствительным, но недостаточным исследованием для определения сроков и степени восстановления спортсменов с СГМ.

2. Проводить нейропсихологическое тестирование необходимо в комплексе с исследованием равновесия, в динамике, и при возможности ежегодно перед началом сезона для большей индивидуализации результатов и построения тренировочных планов с учётом личных особенностей спортсменов.

3. Нейропсихологическое тестирование совместно с тестами на равновесие необходимо использовать, как важный показатель физического, психологического и эмоционального благополучия спортсмена, после перенесенной ЧМТ

Список литературы.

1. Hootman J.M., Dick R., Agel J. Epidemiology of Collegiate Injuries for 15 Sports: Summary and Recommendations for Injury Prevention Initiatives J Athl Train. 2007, vol.42, N.2, pp.311–319

2. Габби Б.Дж. Частота серьезных травм и смерти во время занятий спортом и отдыха Activ я тiес in Виктория, Австралия / B.J. Габби, CF Finch, PA Cameron, OD. Уильямсон // Br. J. Sports Med. 2005. Vo l. 39. № 6. С. 573 - 577.

3. A. Gänsslen et al.: Chronisch-traumatische Enzephalopathie: Wie Sportverletzungen das Gehirn schädigen können, Perspektiven der Neurologie 2/2016.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Скрижалина Е.Е., Шевцова В. И., Зуйкова А.А., Есина Е.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Приверженность пациентов к лечению является одной из глобальных и актуальных проблем современной медицины, так как большинство нозологий сопряжено с пожизненным приемом препаратов. Для достижения эффекта лечения важно соблюдение режима приема препаратов. Поэтому каждому врачу очень важно учитывать причины

высокой или низкой приверженности пациента. Ведь прием препаратов не только стабилизирует состояние пациента и купирует симптомы, но и предупреждает возможные осложнения. Гипертоническая болезнь – одно из самых распространенных заболеваний, которое требует постоянной ежедневной терапии. Цель исследования заключалась в анализе уровня и гендерных особенностей приверженности больных гипертонической болезнью, которые обращались за помощью в скорую медицинскую помощь. А также в оценке общего состояния данных пациентов и наличия у них ассоциированных состояний с помощью физикального обследования, опроса, сбора анамнеза и дальнейшего учета данных.

В исследовании принимали участие 24 пациента (12 мужчин и 12 женщин) г. Воронежа, обратившиеся за скорой медицинской помощью в связи с неконтролируемым повышением артериального давления в течение лета 2020 года. Средний возраст составил $64 \pm 6,8$ года. Для определения степени приверженности был использован опросник «8-item Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8) По 1 баллу начислялось за каждый отрицательный ответ, за исключением вопроса о приеме всех препаратов за вчерашний день. В вопросе с ранжированными ответами 1 балл начисляется только за ответ «никогда». Интерпретация результатов происходила по следующей градации: Высокая приверженность (8 баллов), Средняя приверженность (6 – 7 баллов), Низкая приверженность (< 6 баллов). Также производилась оценка поражения органов-мишеней в ходе устного опроса, физикального и функционального обследования. С помощью Microsoft Excel была составлена база первичного материала и проводился анализ. Далее были проанализированы показатели приверженности у мужчин. В ходе анализа определено, что 50% мужчин имеют низкую приверженность к лечению. Средний уровень приверженности у 30% пациентов, но также есть те, кто полностью следуют плану лечения и относятся к этому весьма ответственно, в рассматриваемой группе их число составило 20%. Зачастую, если субъективно состояние стабильно, то мужчины полностью отказываются от антигипертензивной терапии. Определено, что пациенты с низкой приверженностью – и мужчины и женщины – имели 3 стадию гипертонической болезни, а пациенты со средней и высокой приверженностью – 2 стадию. Наличие ассоциированных клинических состояний показывают важность приема антигипертензивной терапии в профилактике прогрессирования основного состояния. При анализе приверженности всех пациентов было определено, что 42% имеют среднюю приверженность, 37% – низкую и 21% – высокую. При оценке влияния гендерного фактора на приверженность определено, что большинство женщин (50%) имеют средний показатель приверженности, так как зачастую больные забывают выпить препарат, либо самостоятельно снижают дозировку, прописанную им врачом, но в целом придерживаются схемы антигипертензивной терапии. Низкую приверженность имеют относительно меньшее число пациентов – 25%. Такие пациентки употребляют гипертензивные препараты от случая к случаю, либо употребляют препараты не по предписанной схеме, а на свой выбор и вкус. И 25% женщин имеют высокий уровень приверженности к терапии, то есть все предписания врача выполняются абсолютно точно. 1. Большинство пациентов имеет средний уровень приверженности к антигипертензивной терапии. 2. Большинство мужчин имеет низкую приверженность, а большинство женщин – среднюю. 3. Женщины изменяют схему приема препаратов, но не полностью отказываются от терапии, в отличие от мужчин 4. Низкая приверженность сопряжена с наличием ассоциированных клинических состояний.

Список литературы.

1. Дрёмова Н.Б. Проблемы приверженности лекарственной терапии у современных пациентов. / Н. Б. Дрёмова // Фармоэкономика. Теория и практика. – 2018. – Т. 6. - № 1. – с. 47

2.Конради А. О. Сам себе врач. Мифы и заблуждения. Как переубедить пациента? Общероссийская общественная организация «содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига»» / Кондради А. О. – с.2

3.Николаев Н. А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П.// Клиническая фармакология и терапия. – 2018. - №1. – с. 74- 78

4.Шевцова В.И. Влияние нарушения когнитивных функций на приверженность лечению у пациентов с метаболическим синдромом / Шевцова В.И., Иващенко Е.С., Тимошина Е.А.// В сборнике: Молодежь и медицинская наука. Материалы VII Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинин [и др.]. – 2019. – С. 682-685.

5.Шевцова В.И. Приверженность к лечению и модификации образа жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Шевцова В.И., Котова Ю.А., Филатова О.Н.// В сборнике: Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Сборник научных трудов IV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов, студентов. Под редакцией Л.В. Матвеевой. – 2019. – С. 68-71.

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПЕРИОДОМ

Спасенников В.В., Дмитриева Д.Е., Сахаров Р.А.,

Тюменский государственный медицинский университет

У части беременных при переформировании ганглионарной нервной системы происходит дезадаптация, которая ведет к вегетососудистой дистонии. По МКБ 10 определяется как соматоформная вегетативная дисфункция (далее СФД), подтверждаемая только исключением органических патологий. Жалобы пациентов не подтверждаются лабораторными и инструментальными методами исследования. Ныне отсутствует алгоритм ведения и прогнозирования исходов у беременных женщин с СФД, поскольку симптомы динамически изменяются, а при уменьшении компенсаторных адаптационных механизмов функциональная дисфункция переходит в органический дефект. Зачастую СФД является фактором риска формирования осложнений беременности, родов и послеродового периода [1-4]. Оценивались результаты двух женских консультации (далее ЖК) в г. Тюмень за 2018-2020 годы и истории родов женщин с диагнозом СФД посредством статистической обработки, анализа, синтеза. Больше половины беременных женщин (66,75% за 2020 год) на приеме в ЖК № 1 и №2 имеют диагноз СФД и этот показатель каждый год значительно не меняется. Хроническими болезнями страдает 70 % беременных женщин, у 85 % возникают острые заболевания, в частности, артериальная гипертензия. Распространенность среди числа беременных этого явления - 5,35 % [5]. Артериальная гипертензия повышает перинатальный риск, а также должна учитываться, так как является фактором риска преэклампсии [6].

Диагноз «вегетососудистая дистония/ нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу» приводит к ошибке в диагностике и терапии истинной АГ при беременности. В следствие развиваются осложнения беременности и родов с неблагоприятными последствиями как для матери, так и плода. Синдром СФД включает вегетативные и эмоциональные расстройства и встречается у 93% обследованных беременных женщин, в основе его лежит психовегетативный симптомокомплекс, проявляющийся высокой тревожностью и исходной нейроэндокринной перестройкой организма. У 77% исследованных присутствовали: компенсированное психовегетативное

расстройство (депрессия, нарушение психологической адаптации, эмоциональная нестабильность). Обнаруживаются симптомы астенического синдрома (36%) в ответ на изменения организма беременной. Дисфункция вегетативной нервной системы приводит к развитию хронической плацентарной недостаточности и гипоксии плода. Это состояние у беременных с СФД выявлено в 13 % случаев. По результатам кардиотахографии у 8% женщин выявились нарушения, соответствующие 7 баллам, у 4% – 6 баллам по шкале Фишера. По результатам доплерометрии маточноплацентарного кровотока в 6% - задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода, в 2% ЗВУР на фоне гестоза средней и тяжелой степени, в 1% на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода. 44,5% рожденных детей у исследуемых - недоношенные. Следовательно, необходима своевременная терапия СФД, которая бы включала соблюдение рационального режима дня, постепенное закаливание, успокаивающие средства, прогулки на свежем воздухе, массаж, занятия физическими упражнениями. Неблагоприятное влияние СФД на процесс гестации проявляется в следующем: вызывает осложнения в период беременности (угроза прерывания, гестоз), родов (несвоевременное излитие околоплодных вод 26,6%, кровотечения 14,1 %, внутриутробная гипоксия плода 13%, аномалии родовой деятельности 18,3 %), в послеродовом периоде (несостоятельность швов 7,53 %, лактостаз 4,9%). Необходимо детальное обследование, проведение дополнительных параклинических исследований и комплекса лечебных мероприятий для улучшения перинатальных исходов [2].

1. Большая часть исследователей обращают внимание на расстройство адаптивного тонуса вегетативной нервной системы. Чрезмерные вегетативные влияния могут стать причиной нарушения гестации и маркером ее нарушения.
2. СФД сочетан с эмоциональными нарушениями, поэтому необходима психологическая помощь пациенткам.
3. СФД приводит к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, к росту перинатальной смертности, негативно влияет на дальнейшее развитие психики ребенка.
4. Оценку вегетативной нервной системы параклинически можно применить в качестве объективного критерия состояния механизмов адаптации беременной, что приведет к разработке лечения СФД путем воздействия на звенья патогенеза данной патологии.

Список литературы.

1. Вальц И.А., Абукеримова А.К., Шевлюкова Т.П. Перинатальные исходы беременных женщин с вегетативной дисфункцией в анамнезе / Вальц И.А., Абукеримова А.К., Шевлюкова Т.П. // Университетская медицина Урала. – 2018. – №3. – С. 5-7.
2. Вальц И.А., Петров В.В., Абукеримова А.К. Перинатальные исходы у пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией в анамнезе / Вальц И.А., Петров В.В., Абукеримова А.К.// Университетская медицина Урала. – 2018. – №3. – С. 5-7.
3. Шевлюкова Т.П. Вегетососудистая дистония как коморбидная составляющая в период беременности / Шевлюкова Т.П., Вальц И.А., Набиева Л.В., Абукеримова А.К.// Альманах молодой науки. – 2018. - №3. – С.36-38.
4. Вальц И.А., Абукеримова А.К., Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б. Осложнения в гестационном периоде у пациенток с вегетососудистой дистонией / Вальц И.А., Абукеримова А.К., Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б.// Серия конференций ЗКГМУ имени Марата Оспанова. – 2018. – VI том. – С. 9-11.
5. Шелягин И.С., Сидоренко В.В., Шевлюкова Т.П., Братова О.В. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных / Шелягин И.С., Сидоренко В.В., Шевлюкова Т.П., Братова О.В.// Сб. научн. тр. / Молодежь, наука, медицина. — Тверь, 2017. — С. 611-614.
6. Падруль М.М., Галинова И.В., Олина А.А., Садыкова Г.К. Особенности стратификации риска преждевременных родов / Падруль М.М., Галинова И.В., Олина А.А., Садыкова Г.К. // Анализ риска здоровью. – 2020. – №1. – С. 165-176.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Страхова Н. В., Лагутина С. Н., Зуйкова А. А., Краснорущая О. Н.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Заболевания сердечно – сосудистой системы занимают ведущую роль в общей заболеваемости населения. Актуальными остаются вопросы своевременной диагностики, наличия сопутствующей патологии, а также лечения. Все больший интерес имеет изучение воздействия гормонального спектра на сосудистый тонус, в том числе и гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4) [1]. Данная патология значительно ухудшает общее состояние пациентов, снижая качество жизни [2]. У пациентов, имеющих сочетанную патологию с поражением щитовидной железы наблюдается ухудшение симптоматики, развитие тревожно - депрессивного синдрома [3, 4]. Цель работы - оценка качества жизни гериатрических пациентов с дисфункцией щитовидной железы и патологией сердечно – сосудистой системы.

Материалом для исследования стало обследование 38 человек, в том числе 28 женщин (73,7%) и 10 мужчин (26,3%), средний возраст составил $65,9 \pm 5,1$ лет. Среди них наблюдались 32 (84,2%) человека с гипертиреозом (19 – субклиническая стадия, 13 – манифестная стадия), 6 (15,8%) – гипотиреозом (у 3 – х человек – субклиническая стадия, 3 – х манифестная стадия развития), в анамнезе которых были нарушения ритма и проводимости сердца (ИБС, формы фибрилляции предсердий, ХСН 3 и 4 ФК, АВ – блокада 1- 3 степени), а также АГ 1 – 3 степени. Всем пациентам было проведено определение ТТГ, Т3, Т4, АТ – ТПО, АТ – рТТГ, уровень креатинина, показатель альбуминурии, СКФ и наличие ХБП в анамнезе, заключения УЗ – исследования щитовидной железы. Для оценки качества жизни использовались опросники: SF – 36 (Health Status Survey), тиреоднологическая анкета (Thyroid Symptom Questionnaire), опросник по симптомам гипотиреоза, гериатрическая шкала депрессии с целью оценки тревожно – депрессивных расстройств (HadS). Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП №4. Пациенты данной группы имели длительный анамнез заболевания щитовидной железы (более 10 лет). Данные считали достоверными при $p < 0,05$. Среди пациентов с установленным гипертиреозом (32 человека) нарушение ритма выявлены у 7 человек (5 человек – с аритмией, 2 – с аритмией + фибрилляция предсердий). Среди пациентов с установленным тиреотидным статусом и фибрилляцией предсердий было выявлено следующее: у 4 пациентов с гипертиреозом наблюдалась фибрилляция предсердий (у 2 – персистирующая форма, 1 – длительно персистирующая, 1 – постоянная), у 2 пациентов с гипотиреозом (1 – персистирующая форма, 1 – длительно персистирующая). Среди пациентов с тиреотидным статусом и нарушением проводимости сердечно – сосудистой системы было выявлено: у пациентов с гипертиреозом – замедление внутрисердечной проводимости у 3 пациентов, с гипотиреозом – у 1 пациента. Среди пациентов с тиреотидным статусом АВ – блокада – у 4 пациентов с гипертиреозом, 1 – с гипотиреозом. Средний возраст пациентов с гипертиреозом составил – $65,6 \pm 5,1$ лет, с гипотиреозом – $67,3 \pm 5,3$ лет. Объем щитовидной железы у пациентов с гипертиреозом – $29,3 \pm 5,3$, у пациентов с гипотиреозом – $6,3 \pm 1,1$. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с гипертиреозом составил – $9,5 \pm 0,7$ баллов, у пациентов с гипотиреозом – $7,5 \pm 0,9$. Интенсивность болевого синдрома у пациентов с гипотиреозом составила – $25,8 \pm 2,1$, с гипертиреозом – $22,3 \pm 0,9$; показатель социального функционирования у больных с гипертиреозом – $76,2 \pm 0,9$, с гипотиреозом – $77,3 \pm 2,1$; показатель психического здоровья при гипертиреозе – $76,7 \pm 0,8$, при гипотиреозе $75,8 \pm 1,5$. При анализе тиреоднологической анкеты при гипертиреозе – $12,2 \pm 0,3$ баллов, что соответствует резко выраженной симптоматике, при гипотиреозе – $1,8 \pm 0,3$, что соответствует слабо выраженной симптоматике. У пациентов с отсутствием тревоги

уровень ТТГ сыворотки крови составил $3,33 \pm 0,46$, с отсутствием депрессии - $2,63 \pm 0,43$, с субклинической тревогой - $4,95 \pm 0,67$, с субклинической депрессией - $4,52 \pm 0,44$, с клинически выраженной тревогой - $4,71 \pm 0,67$, с клинически выраженной депрессией - $12,64 \pm 0,57$ ($p=0,042$ и $p=0,016$ по критерию Краскела-Уоллиса). Уровень АТ РТТГ также был выше у пациентов с выраженной тревогой - $7,55 \pm 4,03$, чем у пациентов с меньшим проявлением симптомов - $4,99 \pm 2,8$ ($p = 0,049$ по критерию Краскела – Уоллиса), но при этом отмечалось значительное увеличение показателя в группе с клинически выраженным депрессивным синдромом - $13,6 \pm 5,95$ ($p=0,021$ по критерию Краскела-Уоллиса). Уровень АТ ТПО сыворотки крови у пациентов с выраженным клинически депрессивным синдромом оказался выше других форм проявления - $21,81 \pm 3,84$ ($p=0,049$ по критерию Краскела-Уоллиса). Был проведен анализ групп пациентов по уровню кардиоваскулярного риска. Уровень физического развития (РФ) у таких пациентов - $77,23 \pm 1,89$, в группе с очень высоким кардиоваскулярным риском - $72,12 \pm 1,62$ ($p=0,029$ по критерию Краскела-Уоллиса). Была выявлена положительная корреляционная связь между уровнем ТТГ сыворотки крови и уровнем тревоги у пациентов с гипертиреозом ($r = 0,323$, $p = 0,048$), а также уровнем ТТГ и уровнем депрессии ($r = 0,479$, $p = 0,002$), при этом выраженность клинических проявлений была значительно сильнее у пациентов второй группы. Также положительная корреляционная связь отмечалась между увеличенным уровнем Т3 и наличием нарушения проводимости сердца (БПНПГ) - ($r = 0,361$, $p = 0,026$). У пациентов данной группы отмечалась положительная корреляция с уровнем тревоги и депрессии ($r = 0,419$, $p = 0,009$), ($r = 0,346$, $p = 0,033$). У пациентов с сочетанной патологией активность депрессивного синдрома была в несколько раз выше, чем развитие тревоги. Пациенты с гипертиреозом имели более выраженную симптоматику. Сопутствующая патология значительно снижала толерантность к физическим нагрузкам, ограничивая способность к самообслуживанию. Депрессивный синдром преобладал в группе пациентов с гипертиреозом, тревожный синдром – у пациентов с гипотиреозом.

Список литературы.

1. Колупаева Е. И. Тревожно-депрессивные расстройства у больных гипертонической болезнью / Колупаева Е. И., Котова Ю. А., Красноруцкая О. Н., Страхова Н. В. // Колупаева Е.И., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В. // Актуальные вопросы современной медицины. – Иркутск, 2019. - С. 57-58.
2. Котова Ю. А. Оценка распространенности тревожно-депрессивных расстройств у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Котова Ю. А., Красноруцкая О. Н., Страхова Н. В. // Неделя науки – 2019: сб. научн. тр. – Ставрополь, 2019. – С. 150 – 151.
3. Лагутина С. Н. Зависимость нарушения фильтрационной функции почек и тиреоидного статуса у больных артериальной гипертензией / Лагутина С. Н., Чижков П. А., Феськова А. А., Кравченко А. Я., Дробышева Е. С., Перцев А. В.// Молодежный инновационный вестник: сб. научн. тр. – Воронеж, 2019. – Т. 8. № 2. – С. 85 – 86.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Страхова Н. В., Чижков П. А., Зуйкова А. А., Котова Ю. А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Патология опорно-двигательной системы наносит существенный ущерб здоровью населения [1]. Ревматоидный артрит является хроническим системным иммуновоспалительным заболеванием человека, которое приводит к серьезной деструкции

суставных структур [2]. Прогрессирование данного заболевания наблюдается у лиц с сопутствующей патологией, особенно с заболеваниями с сердечно – сосудистой системы [3]. У данных групп пациентов наиболее часто отмечается выраженный тревожно – депрессивный синдром, снижение качества жизни [4]. Цель исследования - оценить качество жизни и расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных ревматоидным артритом (РА) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

В исследовании приняли участие 54 пациента (22 мужчины и 23 женщины) БУЗ ВО ВГКП №7, средний возраст которых составил $66,4 \pm 14,6$ лет. Все пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили пациенты с РА – 24 человека (44,4%), в том числе мужчин - 6 (25%) и женщин - 18 (75%) среди которых 13 пожилых пациентов. Средний возраст пациентов первой группы составил $63 \pm 16,97$ лет. Вторая группа включала больных с ССЗ – 10 человек (18,5%), в том числе мужчин – 8 (80%) и женщин – 2 (20%), среди которых 10 – пациенты пожилого возраста, средний возраст которых составил $74 \pm 8,37$ лет. Третья группа – пациенты с РА и ССЗ – 20 человек (37%), среди которых 15 пожилых пациентов. Средний возраст этой группы – $66,7 \pm 12,96$ лет. В этой группе женщин – 12 (60%), мужчин – 8 (40%). Лабораторное обследование включало определение ревматоидного фактора, СРБ, общего белка, антистрептолизина – О, а также ЛПНП, ЛПВП, ТГ, холестерина, глюкозы, рентгенография пораженных суставов, оценка индекса массы тела, опросники, определяющие: качество жизни – НАQ, наличие тревожно-депрессивного синдрома – госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), оценку болевого синдрома с использованием шкал ЦОШ и ВАШ. Все пациенты имели длительный анамнез заболеваний, средняя продолжительность ССЗ и РА - $12 \pm 2,5$ лет. Наблюдались следующие ССЗ: нарушения ритма – у 6 пациентов (11,1%) (различные формы фибрилляции предсердий), проводимости (АВ – блокада, блокада правой/ левой ножки пучка Гиса), ИБС – у 7 (12,9%), ГБ (I – III стадии) – у 18 (33,3%), ХСН (I – 4 ФК) Среди пациентов первой группы трудности с одеванием отмечались у 1 человека (4,2%). В группе с ССЗ – никто не отмечал проблем с одеванием (100%). Среди пациентов с ССЗ + РА затруднения отмечали – 18 человек (90%). Также в первой группе 2 пациента (8,3%) испытывали трудности при вставании с постели по утрам. Во второй группе 10 пациентов (100%) не отмечали проблем. В третьей группе трудности отмечали 15 человек (75%), ($df=2$, $\phi=0$, 722 $p=7,84E-07$, $\chi^2=28,116$). Среди пациентов с РА сложности с принятием пищи испытывали 4 человека (16,7%), в группе пациентов с ССЗ – 1 человек (10%), в группе с ССЗ + РА – 7 человек (35%) ($df=2$, $\phi=0,243$, $p=0,204$, $\chi^2=3,182$). Было выявлено, что сила кистей снижена в первой группе – у 16 человек (66,7%), во второй – 0%, в третьей – у 20 человек снижена (100%), скованность движений у пациентов из первой группы отмечали 19 человек (79,2%), из второй группы – жалоб по данному симптому предъявлено не было (100%), из третьей группы – 13 человек (65%), что также определяло тяжесть состояния ($df=2$, $\phi=0,745$, $p=3,060E-07$, $\chi^2=30,0$), ($df=4$, $\phi=0,629$, $p=0,0002$, $\chi^2=21,364$) соответственно. В результате оценки качества жизни было выявлено, что в первой группе удовлетворенность испытывают только 6 пациентов (25%), во второй – 7 пациентов (70%), в третьей – 3 пациента (15%), ($df=4$, $\phi=1,061$, $p=1,976E-12$, $\chi^2=60,793$). При оценке лабораторных данных было получено следующее. Общий холестерин сыворотки крови в первой группе пациентов оказался равным $6,14 \pm 0,34$ ммоль/л, во второй группе $7,26 \pm 0,46$ ммоль/л, в третьей группе $6,21 \pm 0,26$ ммоль/л ($p=0,042$ по критерию Краскела-Уоллиса). При попарном сравнении групп различия оказались достоверны только между группами 1 и 2 ($p=0,031$ по критерию Манна-Уитни), а также 2 и 3 ($p=0,047$ по критерию Манна-Уитни). ЛПНП в первой группе – $4,24 \pm 0,21$ ммоль/л, во второй – $5,33 \pm 0,28$ ммоль/л, в третьей группе – $4,59 \pm 0,19$ ммоль/л ($p=0,011$ по критерию Краскела-Уоллиса). Ревматоидный фактор в первой группе – $27,45 \pm 1,94$ МЕ, во второй группе – $33,50 \pm 2,07$ МЕ, в третьей группе – $34,00 \pm 2,12$ МЕ ($p=0,050$ по критерию Краскела – Уоллиса). СРБ в первой группе пациентов – $5,56 \pm 0,31$ мг/л, во второй группе – $6,93 \pm 0,46$ мг/л, в третьей группе – $7,00 \pm 0,51$ мг/л, среди которых

достоверными различия были у 1 и 3 группы, между 1 и 2 группами ($p = 0,021$ по критерию Краскела – Уоллиса), ($p = 0,02$ по критерию Манна-Уитни). Балл по шкале тревоги у больных ревматоидным артритом в группе с сочетанной патологией был максимальным – $6,3 \pm 0,64$ баллов ($p = 0,0004$ по критерию Краскела-Уоллиса). Максимальный балл по шкале депрессии наблюдался у пациентов первой группы и составил $3,96 \pm 0,67$ баллов. Балл по шкале ЦОШ был более выражен в третьей группе – $3,90 \pm 0,39$ баллов ($p = 0,004$ по критерию Краскела – Уоллиса). Наибольший балл по шкале ВАШ был в третьей группе – $3,65 \pm 0,40$ баллов ($p = 0,0001$ по критерию Краскела – Уоллиса). Балл по шкале НАQ максимально высокий у ССЗ+РА – $9,70 \pm 0,45$ баллов ($p = 0,004$ по критерию Краскела – Уоллиса). Была выявлена положительная корреляционная связь между наличием в анамнезе РА и уровнем тревоги ($r = 0,458$, $p = 0,002$), но выраженность данного синдрома была выше у третьей группы), способностью к самостоятельному одеванию, приему пищи и выраженностью болевого синдрома ($r = 0,434$, $p = 0,001$), ($r = 0,434$, $p = 0,001$), что связано с ограничением движений в пораженных суставах. У пациентов с сочетанной патологией наибольшая выраженность тревоги. Пациенты с ССЗ испытывали депрессивный синдром чаще остальных групп. Болевой синдром являлся основным в первой и третьей группах. У пациентов, имеющих в анамнезе РА и ССЗ, значительно преобладали формы с поражением множества суставов, что способствовало утрате навыков самообслуживания.

Список литературы.

1. Кузичкина М. Ю. Динамика провоспалительной цитокинемии у больных ревматоидным артритом на фоне терапии ритуксимабом / Кузичкина М. Ю., Белоус Н. Н., Мещерина Н. С. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований: сб. научн. тр. – Курск, 2012. - № 1 – 1. – С. 30.
2. Котова Ю. А. Оценка распространенности тревожно-депрессивных расстройств у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Котова Ю. А., Красноручкая О. Н., Страхова Н. В. // Неделя науки – 2019: сб. научн. тр. – Ставрополь, 2019. – С. 150 – 151.
3. Калиева М. А. Влияние ожирения как коморбидной патологии на качество жизни, тревожно-депрессивные расстройства и приверженность к лечению у больных с сердечно-сосудистой патологией / Калиева М. А., Страхова Н. В., Котова Ю. А. // Неделя науки – 2018: сб. научн. тр. – Ставрополь, 2018. – С. 111 – 112.
4. Кундер Е. В. Полиморфизм ревматоидного артрита как основа персонализированной терапии заболевания / Кундер Е. В., Волкова М. В. // Лечебное дело: научно – практический терапевтический журнал: сб. научн. тр. – Минск, 2017. - №1 (53). – С. 57 – 64.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И АНЕМИЕЙ

Талыкова М.И., Крючкова А.В., Ульянова Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в России, как и во всем мире, является одной из самых актуальных медико- социальных проблем в силу большой распространенности и неблагоприятного прогноза заболевания [1,3,7]. В настоящее время в фокусе медицинских проблем стала гендерная медицина в связи с клиническими наблюдениями, свидетельствующими о различной реакции на фармакологические воздействия у мужчин и женщин. Особое внимание привлекает проблема гендерной медицины при ХОБЛ. По данным многоцентровых научных исследований количество женщин, умирающих от ХОБЛ, в настоящее время превосходит количество мужчин. На

сегодняшний день, несмотря на достижения современных методов лечения, эффективность терапии системных проявлений ХОБЛ остается невысокой. Одной из причин, препятствующей достижению убедительных результатов лечения, является отсутствие индивидуального подхода в терапии с учетом гендерного диморфизма клинических проявлений заболевания [6]. Анемия у больных ХОБЛ представляет одно из важных системных проявлений заболевания. Было доказано, что анемия связана с длительным сроком госпитализации, снижением способности к физической нагрузке и служила неблагоприятным прогностическим фактором смертности [2,4,5]. Однако, сведения о распространенности анемии при ХОБЛ носят противоречивый характер. Сообщения о результатах терапии анемического синдрома при ХОБЛ единичны. Тактика лечения анемии с учетом гендерных особенностей ее эффективности при хронической обструктивной болезни легких практически не разработаны. Цель исследования: изучить клиническую эффективность препаратов эритропоэтина и препаратов энтерального железа в терапии ХОБЛ с синдромом анемии с учетом гендерных различий пациентов.

Проведен анализ 277 историй болезни пациентов с диагнозом ХОБЛ II и III стадии в периоде обострения, из них 130 женщин, и 147 мужчин, в возрасте от 40 до 80 лет, для выявления сопутствующего анемического синдрома и дальнейшего формирования групп наблюдения. Выявлено 74 больных ХОБЛ II и III стадии с анемией - 44 женщины и 30 мужчин. В дальнейшем проведено обследование 129 больных: 74 пациентов основной группы, состоявшей из 11 человек с анемией хронического заболевания и 63 - с железодефицитной анемией. Группа контроля представлена 55 больными ХОБЛ II и III стадии без анемии, из них 26 мужчин и 29 женщин. Обследование больных состояло из комплекса клинических, инструментальных и лабораторных методов. Оценка КЖ проводилась по опроснику SF-36, рассчитывали сводное заключение по физическому и психическому компоненту здоровья.

Статистическая обработка результатов с использованием программ Excel 2010, Statistica 6.1 и Stat Graphics. При использовании критерия Стьюдента для достоверности различий уровень критической значимости (p) был принят равным 0,05, применяли корреляционный анализ (по Пирсону) для определения степени статистической связи между показателями. Критерии включения в основную группу ХОБЛ II и III стадии с анемией: наличие достоверных клинических и инструментальных признаков ХОБЛ II и III стадии, согласно критериям GOLD последней редакции; гематологические критерии анемии (ВОЗ, 2001 г.): уровень гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин; наличие абсолютного железодефицита, при этом уровень снижения ферритина менее 10 мкг/л у женщин и менее 20 мкг/л у мужчин, повышение трансферрина более 3,8 г/л; добровольное письменное согласие пациента на участие в исследовании. У

больных ХОБЛ с анемией железодефицитный ее вариант (ЖДА) встречался статистически достоверно чаще у 63 (85,1%): у 39 (61,9%) женщин и 24 (38,1%) мужчин. У 11 (14,9%) больных верифицирована нормохромная нормоцитарная анемия, имеющая параметры, характерные для анемий хронических заболеваний (АХЗ). Частота ЖДА у больных обоего пола коррелировала с возрастом, была преимущественно среднетяжелой; при этом средняя степень тяжести статистически чаще подтверждалась у женщин 24 (61,5%) из 39 пациенток, у мужчин преобладал легкий вариант железо дефицита 14 (58,3%) из 24 больных. Пациентам с ЖДА и АХЗ в стадию коррекции назначали антианемическую терапию эритропоэтином (ЭПО) доза 50 МЕ/кг 3 раза в неделю до достижения целевых показателей гемоглобина и гематокрита. Целевыми значениями гематокрита были 35% у женщин и 39% у мужчин, гемоглобина 120 г/л у женщин и 130 г/л у мужчин. В ходе лечения еженедельно контролировали темпы прироста гематокрита и гемоглобина. В комплексной терапии больных ЖДА использовали комбинированный препарат железа – сорбифер дурулес в дозе 1 т. (100 мг элементарного железа) 1-2 раза в сутки. Курс лечения сорбифером осуществлялся 3 месяца в дополнении к терапии ЭПО. Поддерживающая терапия

сорбифером продолжалась до 4-6 месяцев в половинной дозе от дозы коррекции. В периоде стабилизации эритропоэтин назначали 1 раз в неделю в течение 3 месяцев, в индивидуальной дозе для поддержания целевых параметров гематокрита и гемоглобина. Поддерживающая доза была более низкой дозы по сравнению с той, которая была необходима на стадии коррекции. Использовали рассчитанные математические модели зависимости дозы эритропоэтина от уровня гемоглобина и могли прогнозировать дозу ЭПО. При этом удавалось надежно поддерживать стабильные параметры гемоглобина и гематокрита. Гемоглобин, гематокрит, среднее количество эритроцитов, ферритин, сывороточное железо достигали достоверно более высоких значений через 3 месяца терапии. Оценка результатов исследования одышки по шкале Борга после завершения антианемической терапии позволила выявить достоверное уменьшение этого параметра, как у мужчин, так и у женщин. При этом у женщин этот параметр позитивно достоверно отличался от динамики изменений у мужчин. Через 12 месяцев наблюдения отмеченная закономерность положительной динамики подтверждалась, и показатели одышки оставались на уровне более низком, чем исходные, как у женщин, так и мужчин основной группы, с лучшими показателями у лиц женского пола. Исследование теста шестиминутной ходьбы через 12 месяцев установило, что по сравнению с исходными данными у пациентов основной группы толерантность к физической нагрузке увеличилась на 6,7%, без регистрации гендерных отличий, в контрольной группе достоверных отличий от исходных значений не получено. На момент завершения исследования в основной группе была больше доля пациентов без обострений по сравнению с группой контроля, различия уровня статистической значимости. При этом длительность госпитализаций в основной группе была меньше в среднем на 3 суток. По данным исследования качества жизни, по сравнению с мужчинами, женщины имели достоверно более низкую категорию психического здоровья, связанную с угнетенным эмоциональным фоном и тревожностью. В результате проведения комплексной терапии произошли положительные статистически значимые изменения следующих доменов: повысилась физическая активность, снизилось влияние физических факторов на ограничение жизнедеятельности, уменьшились эмоциональные проблемы, отмечали статистически достоверное уменьшение тревожности, депрессии у женщин. В целом по группе улучшилось психическое здоровье и общее здоровье на 25%. Известны отдельные зарубежные исследования, в которых анализируются лабораторные параметры анемического синдрома у больных ХОБЛ, которые показали, что анемия у пациентов с ХОБЛ встречается чаще, чем ожидалось в диапазоне от 10% до 33% и является независимым предиктором смертности [2]. Анемия является более частым изменением со стороны эритроидного ростка у больных ХОБЛ, по сравнению с эритроцитозом, [4,5,6]. Представлены доказательства отрицательной ассоциации между качеством жизни и уровнями гемоглобина у больных ХОБЛ. Эти данные противоречивы и не являются достаточными для установления распространенности анемии при ХОБЛ, при этом гендерные аспекты анемического синдрома и его персонифицированная коррекция практически не изучались. Тем не менее феномен анемии при ХОБЛ практически мало изучен. В нашей работе уточнена распространенность анемии у больных ХОБЛ, исследованы гендерные его особенности и предложен эффективный способ лечения.

Разработанный способ лечения больных хронической обструктивной болезнью легких и анемией: дифференцированная терапия сорбифером и низкими дозами эритропоэтина, с учетом пола и степени тяжести анемии, нормализуя клинические, функциональные и лабораторные показатели, повышает толерантность к физической нагрузке, сокращает длительность и частоту обострений заболевания и позволяет повысить качество жизни, данной категории пациентов. Эффективность предложенного варианта терапии анемического синдрома у больных ХОБЛ доказана сокращением длительности периодов обострения заболевания, что позволило сократить и сроки госпитализации, при отсутствии побочных эффектов антианемической терапии. Внедрение в практику

результатов исследования позволяет реализовать персонализированный гендерный подход к терапии больных ХОБЛ и анемией.

Список литературы.

1. Абросимов В. Н. Реабилитация больных ХОБЛ / В. Н. Абросимов. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2016. - 112 с.

2. Дворецкий Л.И. Анемия у больных хронической обструктивной болезнью легких: коморбидность или системное проявление? / Дворецкий Л. И. // Пульмонология. - 2012. - №2. - 5-11.

3. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких: алгоритм принятия клинических решений / Айсанов З. Р., Авдеев С. Н., Архипов В. В. и др. // Пульмонология. - 2017. - № 1. - С. 13-20.

4. Патент №2576837 Российская Федерация. Способ улучшения качества жизни и увеличение периода ремиссии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Патент на изобретение /М.И. Ульянова, В.М. Провоторов; правообладатель ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. Заявл. 13.11.2014; опубл.10.03.2016// Бюл. - №7.

5. Ульянова М.И. Синдром анемии у больных хронической обструктивной болезнью легких/ М.И. Ульянова // Врач-аспирант. -2011.-№4.1(47).-С.200-204.

6. Хроническая обструктивная болезнь легких / науч. ред. С. И. Овчаренко. - 2-е изд., стереотипное. - М.: Атмосфера, 2011. - 568 с.

7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised. 2017 // www.goldcopd.com. (<http://www.goldcopd.com>).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Таранина О.Н., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Качество жизни является междисциплинарным термином и интегративным показателем удовлетворенности жизнью человеком [1, 4, 10]. Повышение качества жизни населения входит в числе приоритетных направлений социально-экономического развития страны, медицинских мероприятий [3, 7, 8]. Оценка состояния пациента с помощью опросников качества жизни до начала лечения, в ходе проведения терапии и в отдаленном периоде позволяет получать многовекторную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию [2, 5, 6, 9]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), болезни системы кровообращения (БСК) и их осложнения являются основной причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации в большинстве экономически развитых стран мира. Реабилитация и повышение качества жизни больных после перенесенного инфаркта миокарда представляет важную медико-социальную задачу.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов, проходившие курс реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда в условиях санаторно-курортной медицинской организации. Средний возраст составил 64,8±6,7 года. Участники исследования были ознакомлены с целями, положениями исследования, подписали согласие на участие. Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты 1-й группы получали стандартное лечение. В комплекс реабилитационных мероприятий 2-й группы больных была включена скандинавская ходьба. Группы были сопоставимы по

возрасту, полу, клиническим данным. Исследование качества жизни до и после реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий в условиях санаторно-курортной медицинской организации проводили при помощи опросника SF-36. Статистическую обработку проводили с помощью «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Статистическая обработка полученных результатов исследования показала, что у обследованных пациентов двух групп выявлены сопоставимые результаты оценки качества жизни. Как в 1-й, так и во 2-й группах были снижены показатели качества жизни по шкалам «ограничения» или «невыполнимости» и по «биполярным» шкалам. Наиболее значительные отклонения наблюдались по шкалам физическое функционирование (PF), физически-ролевое функционирование (RP), общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT) и ментальное здоровье (MH). При статистическом сравнительном анализе результатов оценки качества жизни после проведения реабилитационных мероприятий у пациентов 2-й группы отмечалось достоверно более выраженная положительная динамика качества жизни по шкалам общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT) и физическое функционирование (PF) ($p < 0,05$). Различия по другим шкалам достоверно не отличались. При проведении гендерного анализа показателей качества жизни следует отметить, что позитивные изменения в динамике реабилитации у лиц женского пола были более выражены; а возрастной анализ не выявил статистически значимых отличий в динамике показателей опросника SF-36 у лиц пожилого и старческого возраста.

Заключение. Проведенное исследование с применением изучения качества жизни при помощи тестирования по опроснику SF-36 позволяет резюмировать, что включение скандинавской ходьбы способствует улучшению качества жизни при проведении реабилитации больным после перенесенного инфаркта, особенно у лиц женского пола. Исследование качества жизни может служить одним из методов объективизации эффективности реабилитационных мероприятий, в том числе при сравнительном анализе программ реабилитации, применяться на всех этапах медицинской реабилитации.

Список литературы.

1. Андреева Т. В. Кардиореабилитация больных с острым коронарным синдромом в условиях санатория-курорта «Усть-Качка». Значение лечебной физкультуры / Андреева Т.В. // Пермский медицинский журнал. - 2015. - № 5. - С. 112-119.
2. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Афанасьева Е. В. // Качественная клиническая практика. — 2010. — № 1. — С. 36-38.
3. Звягина Н. М. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечебных и реабилитационных программ / Звягина Н. М., Кудренко С.С.// Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. - №6.
4. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / Евсина О.В.//Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. - № 1. - С.119-128.
5. Романова М.М. Особенности аффективных расстройств и качества жизни у больных гастроэнтерологического профиля с избыточной массой тела и ожирением / Романова М. М., Бабкин А.П., Ширяев О.Ю.// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2010. - № 41. - С. 63-66.
6. Романова М.М. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии / Романова М.М., Бабкин А.П.// Российский кардиологический журнал. - 2012. - № 4. - С. 30-36.
7. Солонец И.Л., Ефремов В.В. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12-1. – С. 76-80

8. Чуян А.О. Оптимизация оценки качества жизни онкологических больных в первичном звене здравоохранения / Чуян А. О., Романова М.М.// Молодежный инновационный вестник. – 2018. - № S1. - С.84-85. 9. Шестаков В.Н. Медицинский аспект реабилитации больных ишемической болезнью сердца на санаторном этапе / В.Н. Шестаков [и др.] // CardioСоматика. – 2011. - № 1. - С. 5-8.

10. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю.[и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Таранина О.Н., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Оперативное вмешательство в некоторых случаях служит единственной возможностью помочь человеку сохранить здоровье и даже спасти жизнь. При любой операции необходимым условием восстановления организма является реабилитация [3, 7]. В зависимости от масштабов и сложности хирургической патологии, период восстановления может существенно отличаться по срокам, методам, методикам [8, 10]. Однако в реабилитации всегда необходим индивидуальный подход к пациенту с учетом всего спектра его физиологических, психологических особенностей, сопутствующей патологии, реабилитационного диагноза по международной классификации функционирования, реабилитационного прогноза и других факторов, и условий. Важнейшими целями реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств являются восстановление трудоспособности и повышение качества жизни пациентов [1, 2, 4]. Для развития медицинской науки и практического здравоохранения изучение и анализ качества жизни актуальны в современной медицине [5, 6, 9], в том числе у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в условиях санатория находились 26 пациентов. Средний возраст $52,6 \pm 7,2$ года. Были сформированы 2 группы: 1-ю группу составили 14 пациентов, проходивших реабилитацию после холецистэктомии, 2-ю – 12 пациентов после оперативных вмешательств на суставах. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали письменно оформленное согласие на участие. Для оценки качества жизни пациентов был использован неспецифический опросник SF-36. Исследование качества жизни проводили до и после реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий в условиях санаторно-курортной медицинской организации. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программы «Statistica 10» ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Согласно полученным результатам, их статистической обработке и анализу качество жизни в обследованной выборке и в 1-й, и во 2-й группах пациентов было достоверно ($p < 0,05$) хуже по всем шкалам опросника SF-36, чем у лиц контрольной группы. В 1-й группе отмечено наибольшее снижение показателей по шкалам общего уровня жизнедеятельности, жизненной активности, социального функционирования. Во 2-й группе наибольшие изменения отмечались по шкалам физического функционирования, физического состояния, общего уровня жизнедеятельности, общего уровня здоровья, а также отмечались гендерные различия: у

женщин качество жизни снижено в целом в большей мере, и в большей степени страдает психологический компонент, у мужчин – физический компонент здоровья. После реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий в 1-й группе достоверные ($p < 0,05$) изменения отмечались по показателям шкал общего уровня жизнедеятельности, жизненной активности; во второй группе – по шкалам физического функционирования, физического состояния, общего уровня здоровья.

Заключение. Изучение качества жизни является эффективным методом динамического объективного контроля за состоянием здоровья пациентов после оперативных вмешательств, позволяет оценивать физические и психологические компоненты здоровья, своевременно вносить коррекцию в индивидуальные планы реабилитации. Применение оценки качества жизни на всех этапах реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств должно применяться в практическом здравоохранении, что будет способствовать оптимизации и повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Список литературы.

1. Звягина Н. М. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечебных и реабилитационных программ / Звягина Н. М., Кудренко С.С. // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2015. - №6.
2. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / Евсина О.В. // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. – 2013. - № 1. - С.119-128.
3. Катанов Е.С. Билиарные осложнения после холецистэктомии / Катанов Е.С.[и др.] // *Acta Medica Eurasica*. – 2016. - № 1. - С.14 – 21.
4. Куликов А. Г. Эффективность раннего восстановительного лечения пациентов, перенесших холецистэктомию / Куликов А.Г., Ардатская М.Д., Сарапулова Н. Ю. // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2010. - № 9. - С.97-102
5. Романова М.М. Особенности аффективных расстройств и качества жизни у больных гастроэнтерологического профиля с избыточной массой тела и ожирением / Романова М. М., Бабкин А.П., Ширяев О.Ю. // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. - 2010. - № 41. - С. 63-66.
6. Романова М.М. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии / Романова М.М., Бабкин А.П. // *Российский кардиологический журнал*. - 2012. - № 4. - С. 30-36.
7. Хело М.Д. Эндопротезирование коленного сустава у пациентов с ожирением / Хело М.Д. и др. // *Практическая медицина*. - 2018. - № 7. - С. 94-97.
8. Хело Мохаммад Дхжихад Функциональное состояние пациента с повышенным индексом массы тела на ранних сроках реабилитации после тотального эндопротезирования коленного сустава (предварительное сообщение) / Хело М.Д. и др. // *Гений ортопедии*. - 2019. - №1. - С. 27-31.
9. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю. и др.] // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2012. - № 2. - С. 197-199.
10. Timm A. P. et al. Knee replacement and quality of life of patients after surgery / A. P. Timm et al. // *BMJ*. – 2017. - 356:i6635.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРИИ

Таранина О.Н., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Качество жизни является междисциплинарным термином и интегративным показателем удовлетворенности жизнью человеком [1, 4, 10]. Повышение качества жизни населения входит в числе приоритетных направлений социально-экономического развития страны, медицинских мероприятий [3, 7, 8]. Оценка состояния пациента с помощью опросников качества жизни до начала лечения, в ходе проведения терапии и в отдаленном периоде позволяет получать многовекторную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию [2, 5, 6, 9]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), болезни системы кровообращения (БСК) и их осложнения являются основной причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации в большинстве экономически развитых стран мира. Реабилитация и повышение качества жизни больных после перенесенного инфаркта миокарда представляет важную медико-социальную задачу.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов, проходившие курс реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда в условиях санаторно-курортной медицинской организации. Средний возраст составил $64,8 \pm 6,7$ года. Участники исследования были ознакомлены с целями, положениями исследования, подписали согласие на участие. Все пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты 1-й группы получали стандартное лечение. В комплекс реабилитационных мероприятий 2-й группы больных была включена скандинавская ходьба. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, клиническим данным. Исследование качества жизни до и после реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий в условиях санаторно-курортной медицинской организации проводили при помощи опросника SF-36. Статистическую обработку проводили с помощью «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Статистическая обработка полученных результатов исследования показала, что у обследованных пациентов двух групп выявлены сопоставимые результаты оценки качества жизни. Как в 1-й, так и во 2-й группах были снижены показатели качества жизни по шкалам «ограничения» или «невыполнимости» и по «биполярным» шкалам. Наиболее значительные отклонения наблюдались по шкалам физическое функционирование (PF), физически-ролевое функционирование (RP), общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT) и ментальное здоровье (MH). При статистическом сравнительном анализе результатов оценки качества жизни после проведения реабилитационных мероприятий у пациентов 2-й группы отмечалось достоверно более выраженная положительная динамика качества жизни по шкалам общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT) и физическое функционирование (PF) ($p < 0,05$). Различия по другим шкалам достоверно не отличались. При проведении гендерного анализа показателей качества жизни следует отметить, что позитивные изменения в динамике реабилитации у лиц женского пола были более выражены; а возрастной анализ не выявил статистически значимых отличий в динамике показателей опросника SF-36 у лиц пожилого и старческого возраста.

Заключение. Проведенное исследование с применением изучения качества жизни при помощи тестирования по опроснику SF-36 позволяет резюмировать, что включение скандинавской ходьбы способствует улучшению качества жизни при проведении реабилитации больным после перенесенного инфаркта, особенно у лиц женского пола. Исследование качества жизни может служить одним из методов объективизации эффективности реабилитационных мероприятий, в том числе при сравнительном анализе программ реабилитации, применяться на всех этапах медицинской реабилитации.

Список литературы.

1. Андреева Т. В. Кардиореабилитация больных с острым коронарным синдромом в условиях санатория-курорта «Усть-Качка». Значение лечебной физкультуры / Андреева Т.В.// Пермский медицинский журнал. - 2015. - № 5. - С. 112-119.
2. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Афанасьева Е. В.// Качественная клиническая практика. - 2010. - № 1. - С. 36-38.
3. Звягина Н. М. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечебных и реабилитационных программ / Звягина Н. М., Кудренко С.С. // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. - №6.
4. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / Евсина О.В.//Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. - № 1. - С.119-128.
5. Романова М.М. Особенности аффективных расстройств и качества жизни у больных гастроэнтерологического профиля с избыточной массой тела и ожирением / Романова М. М., Бабкин А.П., Ширяев О.Ю. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2010. - № 41. - С. 63-66.
6. Романова М.М. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии / Романова М.М., Бабкин А.П. // Российский кардиологический журнал. - 2012. - № 4. - С. 30-36.
7. Солонец И.Л., Ефремов В.В. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12-1. – С. 76-80
8. Чуян А.О. Оптимизация оценки качества жизни онкологических больных в первичном звене здравоохранения / Чуян А. О., Романова М.М.// Молодежный инновационный вестник. – 2018. - № S1. - С.84-85.
9. Шестаков В.Н. Медицинский аспект реабилитации больных ишемической болезнью сердца на санаторном этапе / Шестаков В.Н.[и др.] // CardioСоматика. – 2011. - № 1. - С. 5-8.
10. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / О.Ю. Ширяев [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ ПРИ
РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРИИ**

Таранина О.Н., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Эксперты Всемирной организации здравоохранения определяют качество жизни как «индивидуальное соотношение положения в обществе в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства», как физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе [1, 4, 10]. Области применения исследования качества жизни в практике здравоохранения достаточно разнообразны [5, 6, 8, 9]. В физической и реабилитационной медицине исследование качества жизни имеет особое значение, так как непосредственно является

одной из целей реабилитационных мероприятий [2, 3, 7]. Исследование по изучению и анализу динамики качества жизни пациентов разных профилей при реабилитации в санаторных условиях является актуальным.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента, проходившие курс реабилитации в условиях санатория, подписавшие информированное согласие. Средний возраст составил $57,6 \pm 5,2$ лет. 1-ю группу составили 18 пациентов гастроэнтерологического профиля; 2-ю - 36 пациентов кардиологического профиля. Исследование качества жизни до и после реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий в условиях санатория проводили при помощи опросника SF-36. Статистическую обработку проводили с помощью «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. После статистического анализа полученных данных установлено, что пациенты гастроэнтерологического профиля в сравнении с пациентами кардиологического профиля исходно имели более высокие показатели как по шкалам «ограничения» или «невыполнимости» - физическое функционирование (PF), физически-ролевое функционирование (RP), физическая боль (BP), так и по «биполярным» - общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT) и ментальное здоровье (MH). В то же время в группе пациентов кардиологического профиля выявлены более высокие показатели по шкалам социальное функционирование (SF) и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE). После курса реабилитационных мероприятий в условиях санатория у больных гастроэнтерологического профиля отмечались позитивные изменения по показателям всех шкал, при этом достоверные ($p < 0,05$) по шкалам физически-ролевое функционирование (RP), жизнеспособность (VT) и социальное функционирование (SF). Динамика показателей качества жизни в группе пациентов кардиологического профиля наблюдалась также по всем шкалам, но была менее выражена; при этом достоверные изменения ($p < 0,05$) зафиксированы по шкалам физическое функционирование PF, физическая боль (BP), жизнеспособность (VT). Заключение. Сравнительный анализ динамики качества жизни пациентов гастроэнтерологического и кардиологического профиля при реабилитации в санатории выявил положительную динамику по всем шкалам в двух группах пациентов, что может служить косвенным показателем эффективности индивидуальных и групповых реабилитационных программ, применяемых в санатории. Полученные данные следует учитывать при разработке плана реабилитационных мероприятий пациентам кардиологического и гастроэнтерологического профиля. Применение оценки и сравнительного анализа качества жизни в реабилитации является одним из инструментов, позволяющих оценить эффективность реабилитационных мероприятий, оптимизировать программы реабилитации на разных этапах проведения реабилитационных мероприятий.

Список литературы.

1. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е. В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. - 2010. - № 1. - С. 36-38.
2. Григорьева И. Н. Качество жизни у больных с желчнокаменной болезнью в отдаленный период после холецистэктомии / Григорьева И. Н., Романова Т. И. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - №9. - С. 38-43.
3. Звягина Н. М. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечебных и реабилитационных программ / Звягина Н. М., Кудренко С.С. // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. - №6.
4. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / Евсина О.В. // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. - № 1. - С.119-128.
5. Романова М.М. Особенности аффективных расстройств и качества жизни у больных гастроэнтерологического профиля с избыточной массой тела и ожирением / Романова М. М., Бабкин А.П., Ширяев О.Ю. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2010. - № 41. - С. 63-66.

6. Романова М.М. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного баланса у больных метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии / Романова М.М., Бабкин А.П. // Российский кардиологический журнал. - 2012. - № 4. - С. 30-36.
7. Солонец И.Л., Ефремов В.В. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12-1. – С. 76-80
8. Чуян А.О. Оптимизация оценки качества жизни онкологических больных в первичном звене здравоохранения / Чуян А. О., Романова М.М.//Молодежный инновационный вестник. – 2018. - № S1. - С.84-85.
9. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Ширяев О.Ю. [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.
10. Lin X. J., Lin I. M., Fan S. Y. Methodological issues in measuring health-related quality of life // Tzu Chi Medical Journal. – 2013. – Т. 25. – №. 1. – С. 8-12.

ОРТЕЗЫ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД БЕЗОПЕРАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Тимурзиева З.Б.

Ингушский Государственный Университет

Деформации грудной клетки из-за неполноценности реберных хрящей – это врожденные и приобретенные состояния, влияющие на функциональную деятельность сердечно - сосудистой и дыхательной систем, а также отражаются на психоэмоциональном состоянии взрослых и детей. Деформациям грудной клетки уделяют большое внимание многие специалисты. Оно объясняется тем, что на данном этапе нет комплексного и малотравматичного единого лечения воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК). ВДГК - «грудь сапожника» – это самая распространенная патология, характеризующаяся нарушениями в развитии грудины и мечевидного отростка. Консервативное лечение возможно лишь при воронкообразной грудной клетке I степени, деформации II и III степени требуют хирургического подхода. К деформациям грудной клетки могут приводить различные причины, в том числе и неудовлетворительные попытки торакопластики, которые выполнялись по поводу искривлений грудин и ребер. В большинстве случаев больные с такой патологией поступают на лечение уже с запущенными формами заболевания. Создание наиболее эффективного и малоинвазивного метода лечения ВДГК без отрицательных последствий оперативного воздействия, а также оказания медико- социальной помощи. Ключевые слова: деформация, грудная клетка, ортез, воронка, операция, коррекция, грудина. Различают врожденные и приобретенные деформации грудной клетки. Встречаются у 4 % населения. Грудная клетка приобретает расширенную форму, усиливается изгиб позвоночника преимущественно грудного отдела. Из-за нарушений в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем наблюдаются значительные изменения, негативно влияющие на качество жизни. Так как грудина приобретает форму воронки, она сдавливает сердце и крупные магистральные кровеносные сосуды. Следствием этого является нарушение нормальной циркуляции крови. Воронкообразную деформацию грудной клетки принято классифицировать на степени: I степень – глубина воронки до 2 см, сердце смещено в сторону незначительно; II степень – глубина воронки до 4 см, сердце смещено в сторону на

расстоянии до 3 см; III степень – глубина воронки более 4 см, сердце смещено в сторону на расстоянии более 3 см. По данным различных источников, на сегодняшний день консервативное лечение эффективно лишь при I степени. При II и III степени Этиологическим фактором является врожденная неполноценность реберных хрящей. ВДГК характеризуются углублением средней и нижней частей грудной клетки в виде воронки. Наблюдаются изменения, которые требуют оперативного лечения. Недостатками оперативных вмешательств является сообщение загрудинного пространства с внешней средой, высокий риск инфицирования органов средостения, развития гнойных осложнений, а также высокий риск травматизации органов грудной клетки. Поэтому необходим альтернативный способ эффективного лечения ВДГК без отрицательных последствий после хирургического воздействия. Существует более 100 различных способов хирургического лечения данной патологии. Наиболее распространенным методом является способ, в котором выполняют латеральную хондротомию и Т-образную стернотомию. Фиксацию грудины осуществляется при помощи шины, предложенной И. А. Маршевым. В качестве наружных фиксаторов используют аппараты для стабилизации грудины в корригированном положении по методу Г. А. Илизарова. Все хирургические вмешательства по коррекции воронкообразной грудной клетки высоко травматичны, болезненны, требуют высокого профессионализма, новейшей аппаратуры и инструментария. Сопровождаются развитием осложнениями внутри и снаружи грудной клетки, а также требуют послеоперационного ухода. Послеоперационный уход затруднен из-за сложного доступа к операционной ране. Длительность лечения от нескольких месяцев до нескольких лет. Возможен летальный исход в 21 % случаев по данным статистики ВОЗ. По предложенному способу коррекции деформации грудной клетки проводится нехирургическим способом. Для этого используются ортезы. Ортез (греч. – прямой, равный) – это внешнее приспособление, предназначенное для изменения структурных и функциональных характеристик нервно – мышечной и скелетной систем. Ортез состоит из полимерного материала. Целесообразно использование силикона в создании данной конструкции. Силиконовые крышки будут фиксироваться на грудную клетку в области деформации своим большим размером, и на позвоночнике малым размером. Соединением двух пластинок будет служить регулирующий пояс из полимерного материала. Результат выпрямления деформации достигается за счет создания механической силы разности между давлением внутригрудной полости и пониженным давлением на груди под силиконовой крышкой. Это позволит смоделировать наиболее подходящую для каждого индивидуально, грудную клетку, не отличающуюся от нормальной по форме и размерам. Показанием к применению неоперативного способа является врожденные и приобретенные воронкообразной деформации грудной клетки преимущественно I степени у детей младшей и средней возрастных групп. Лечение не требует общей и местной анестезии.

Предлагаемый способ неоперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки достаточно прост и доступен широкой аудитории. Не требует сложной аппаратуры, инструментария, что наблюдается при хирургическом лечении. В отличие от хирургического вмешательства данный способ позволяет: - нетравматично смоделировать индивидуально для каждого больного грудную клетку, не отличающуюся от нормальной по форме и размерам; - отсутствие болей, которые отмечаются при хирургическом вмешательстве; - исключить возможность инфицирования в местах костных опор устройства и появления осложнений в местах хирургических разрезов с развитием гнойных осложнений в послеоперационном периоде; - исключить необходимость многократных манипуляций по обработке наружных швов, а также применение сильнодействующих наркотических препаратов общей и местной анестезии; - экономическая доступность; - получить хороший косметический эффект от применяемого неоперативного лечения.

Список литературы.

1. Пат. 2156113 Российская Федерация. Способ хирургического лечения воронок разной деформации грудной клетки / Виноградов А. В. Опубл. 20.09.2000, Бюл. о 26. -2000.
2. Пат. 2468768 Российская Федерация. Способ лечения воронкообразной деформации грудной клетки Бочкарев В. С. Бочкарева И. В. Опубл. 10.12.2012 Бюл. № 34. -2012.
3. Магнитохирургическая коррекция ВДГК / Гераськин В. И., Рудаков С. С., Васильев Г. С., Герберг А. Н. -М. : Медицина, 1986.-144 с.
4. Маршев, И. А. Врожденные деформации грудной клетки / Маршев И. А., Баиров Г. А. // Хирургия пороков развития у детей. -Л. : Медицина, 1968. - С. 16-135.
5. Плаксейчук, А. Ю. Коррекция ВДГК на основе метода Илизарова Г.А.: автореф. дис. канд. мед. наук / Плаксейчук А. Ю. - Казань, 1992. - 15 с.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Токмачев Р.Е., Черник Т.А. Лыжина А.Е.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

По современным представлениям, процессы воспаления играют существенную роль в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1,4]. Компоненты этих процессов являются предикторами высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений и неблагоприятного прогноза. Степень повышения концентрации цитокинов, в частности α -фактора некроза опухоли (α -ФНО), интерлейкинов (ИЛ) 6, 1 β , С-реактивного белка (СРБ) напрямую взаимосвязана с клинической выраженностью ХСН и коррелирует с концентрацией N-концевого фрагмента предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP) [3]. Другим распространенным в популяции состоянием, ассоциированным с высокой активностью провоспалительных цитокинов, является метаболический синдром (МС) [2]. При этом цитокиновая активность у пациентов с ХСН, имеющих также проявления МС, остается малоизученной. Цель исследования: оценить влияние МС на клиническое состояние больных с ХСН, изучить взаимосвязь уровня NT-proBNP и биомаркера воспаления ИЛ-6 со структурно-функциональными характеристиками сердца у пациентов с ХСН и МС. Исследование включало 93 человека с ХСН в возрасте от 40 до 75 лет (45 мужчин и 48 женщин, средний возраст 64,1 $\pm$ 10,9 года), подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз ХСН был установлен на основании клинических рекомендаций по ведению пациентов с ХСН [4]. Определение функционального класса ХСН проводилось согласно классификации New York Heart Association (NYHA), по результатам теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Выраженность симптомов у пациентов оценивалась с помощью шкалы оценки клинического состояния Ю.Н. Беленкова и В.Ю. Мареева (ШОКС) в баллах [4]. Пациентов разделили на две группы: 1 группа - больные ХСН без МС (44 человека) и 2 группа - больные ХСН с МС (49 человек). МС диагностировался в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с МС Министерства здравоохранения Российской Федерации (2013). Производилась оценка: антропометрических показателей, артериального давления, липидограммы, глюкозы крови натощак, концентрации NT-proBNP и ИЛ-6, параметров эхокардиография (Эхо-КГ), выраженности одышки (по шкале Борга). Для изучения корреляционных связей применялся корреляционный анализ с помощью непараметрического коэффициента Спирмена. Коэффициенты корреляции и различия считали достоверными при $p < 0,05$. Все количественные данные представлены в виде $M \pm m$, где M – выборочное среднее, m - стандартная ошибка средней. Пациенты распределились по функциональным классам (ФК) ХСН следующим образом: 3,2% имели

I ФК, 29% - II ФК, 57% - III ФК, 10,8% - IV ФК. По данным Эхо-КГ, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в среднем составила $41,9 \pm 8,4\%$. Среднее расстояние, пройденное в тесте шестиминутной ходьбы (ТШХ), составило $249,3 \pm 86,3$ м. У пациентов без МС уровень NT-proBNP в среднем составил $1201,0 \pm 359,5$ пг/мл; ИЛ-6 $16,06 \pm 0,41$ пг/мл. У пациентов 2 группы уровень NT-proBNP в сыворотке крови в среднем составил $2108,0 \pm 1211,5$ пг/мл. Концентрация ИЛ-6 у этих больных составила в среднем $6,7 \pm 0,44$ пг/мл. Среднее расстояние, пройденное в ТШХ, у больных с МС составило $243,5 \pm 91,8$ м, против $255,8 \pm 80,2$ м у пациентов без МС. Степень одышки по Borg у больных 1 группы составила $4,49 \pm 1,23$ баллов, у больных 2 группы оказалась несколько ниже — $2,48 \pm 1,25$ баллов. Количество баллов по ШОКС как у пациентов с МС, так и без МС в среднем было практически одинаковым и составило $6,8 \pm 1,8$ и $6,6 \pm 2,2$ баллов. По данным ЭхоКГ, среднее значение ФВ ЛЖ у больных 1 группы составило $39,9 \pm 10,0\%$, конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ $5,1 \pm 0,5$ см, конечный систолический размер (КСР) ЛЖ $3,9 \pm 0,4$ см. У больных 2 группы ФВ ЛЖ составила $44,0 \pm 5,4\%$, КДР и КСР $5,0 \pm 0,3$ см и $3,8 \pm 0,5$ см соответственно. Размеры правого желудочка (ПЖ) у пациентов обеих групп были идентичны и составили $2,4 \pm 0,4$ см, не отличались и размеры левого предсердия (ЛП): $4,3 \pm 0,8$ см у больных с МС и $4,5 \pm 0,9$ см у пациентов с ХСН без МС. Диастолическая дисфункция была выявлена у 34,7% больных 1 группы и 27,2% больных 2 группы. В обеих группах обнаружены корреляционные связи между уровнями NT-proBNP и ИЛ-6, а также NT-proBNP с ФК ХСН, результатами ТШХ, теста по Borg, количеством баллов по ШОКС и параметрами ЭхоКГ ($p < 0,05$). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что наличие МС у больных ХСН соответствует достоверно повышенные значения NT-proBNP и ИЛ-6. Пациенты с МС имеют несколько худшие показатели по результатам ТШХ, теста по Боргу, ШОКС. Как среди пациентов с МС, так и среди пациентов только с ХСН обнаружены выраженные корреляции между уровнями NT-proBNP и ИЛ-6, а также NT-proBNP с ФК ХСН, результатами ТШХ, количеством баллов по ШОКС, ФВ ЛЖ и ИЛ-6 с данными показателями ($p < 0,05$).

Список литературы.

1. Будневский А. В. Клиническая эффективность профилактики острых респираторных вирусных инфекций у больных хронической сердечной недостаточностью / Будневский А. В., Шурупова А. Д., Кравченко А. Я. //Терапевтический архив. - 2019. - Т.91. №3. - С. 36-41.
2. Булатова И. А. Провоспалительные цитокины и функциональные печеночные тесты при метаболическом синдроме в сочетании с жировым поражением печени / Булатова И. А., Щёктова А. П., Карлышева К. Н. //Пермский медицинский журнал. - 2014. - Т.31. №2. - С. 86-91.
3. Дробышева, Е. С. Прогностическое значение биомаркеров сердечной кахексии при хронической сердечной недостаточности / Дробышева Е. С., Токмачев Р. Е., Будневский А. В. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2016. - Т.15. №4. - С. 80-83.
4. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение//Кардиология. —2018. — Т.58 (S6). — 164 с.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Токмачев Р.Е., Черник Т.А., Бородина В.Р.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из актуальных проблем современной медицины [3,4]. Клинические руководства по ХСН рекомендуют использовать дозированные тренирующие нагрузки для улучшения течения и прогноза заболевания. Известно, что результатом применения тренировочных программ является уменьшение длительности и необходимости повторных госпитализаций, увеличение продолжительности жизни пациентов с ХСН [1,2,4]. Однако в современной литературе практически отсутствуют исследования эффективности программ реабилитации у больных ХСН в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Цель оценить эффективность комплексной программы реабилитации (КПР) для пациентов с ХСН и ХОБЛ. В исследование было включено 86 пациентов с ХСН и ХОБЛ (54 мужчины, 32 женщины, средний возраст – $67,32 \pm 4,17$ лет). В зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий было сформировано 2 группы. Первая группа – 45 пациентов (37 мужчин, 18 женщин, средний возраст – $64,06 \pm 3,68$ лет), которые в течение 6 месяцев проходили КПР на фоне стандартного лечения ХСН и ХОБЛ. Вторая группа – 41 пациент (27 мужчин, 14 женщин, средний возраст – $64,19 \pm 4,02$ лет), которые в течение 6 месяцев получали только стандартное лечение. С учетом сопутствующей ХОБЛ была разработана КПР, которая включала обучение пациентов и физические тренировки. Клинико-лабораторное обследование пациентов проводилось при включении в исследование и через 6 месяцев наблюдения и включало в себя: оценку тяжести клинических проявлений ХСН с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева (2000 г.); оценку толерантности к физической нагрузке (ФН) с определением степени выраженности одышки с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и шкалы Борга; определение концентрации натриуретического гормона В-типа (NT-proBNP) и провоспалительных цитокинов-ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α в плазме крови. Количественные данные (при нормальном распределении признака) представлены в виде $M \pm CO$, где M – выборочное среднее, CO – стандартное отклонение. Качественные переменные сравнивали с помощью критерия χ^2 или точного метода Fisher. Сравнение количественных показателей проводили с помощью t-критерия Student или рангового метода Wilcoxon (для зависимых переменных) и U-теста Mann-Whitney (для независимых групп). Для сравнения нескольких независимых групп использовали ранговый критерий Friedman. Для проведения анализа зависимостей между показателями, характеризующими ХСН и компонентами ХОБЛ, показателями клинико-инструментального, лабораторного статуса больных применяли непараметрический метод Spearman. На фоне КПР была получена положительная динамика показателей. Было зарегистрировано снижение: уровня ТГ на 0,13 ммоль/л ($p=0,053$), уровня ХС ЛПНП на 0,12 ммоль/л ($p=0,0600$), среднего балла по ШОКС в 1,4 раза ($p<0,001$), выраженности одышки по шкале Борга в 1,3 раза ($p<0,001$), активности системного воспалительного ответа (ИЛ-1 β на 7,3% ($p<0,001$), ИЛ-6 – на 3,4% ($p<0,001$), ФНО- α – на 3,3% ($p=0,0382$)). Было зарегистрировано повышение: уровня ХС ЛПВП на 0,07 ммоль/л ($p=0,058$) и дистанции ходьбы увеличилась на 41,06 м ($p=0,0090$). Статистически значимых различий в уровнях NT-proBNP (1991 ± 56 и 2046 ± 41 пг/мл, соответственно ($p=0,1507$)) и результатах Эхо-КГ (средние значения ФВ ЛЖ составили исходно $40,03 \pm 0,69\%$ и через 6 месяцев – $40,74 \pm 0,56\%$ ($p=0,6927$)) получено не было. В группе больных ХСН и ХОБЛ, которые получали только стандартное лечение сердечно-сосудистой патологии, динамика показателей, напротив, была отрицательной. Так, было

зафиксировано повышение уровня ТГ на 0,3 ммоль/л ($p<0,001$), уровня ХС ЛПНП на 0,35 ммоль/л ($p<0,001$), среднего балла по ШОКС в 1,2 раза ($p<0,001$), выраженности одышки по шкале Борга в 1,2 раза ($p<0,001$), активности системного воспалительного ответа (ИЛ-1 β – на 16,3 % ($p<0,001$), ИЛ-6 – на 4,6 % ($p<0,001$), ФНО- α – на 4,2 % ($p=0,0014$)). При этом уровень ХС ЛПВП снизился на 0,21 ммоль/л ($p<0,001$), а дистанция ходьбы на 19,97 м ($p=0,0118$). Кроме того была зарегистрирована отрицательная динамика значений NT-proBNP (с 1995 ± 69 до 2173 ± 32 пг/мл, т.е. на 8,9 % ($p=0,0542$)) и результатов Эхо-КГ с тенденцией к статистически значимой ($p\geq 0,05$). Полученные результаты применения КПР продемонстрировали клиническую эффективность. Отрицательная динамика показателей у пациентов с ХСН и ХОБЛ, которые получали только стандартное лечение, говорит о целесообразности включения адаптированных с учетом коморбидной патологии КПР.

Повышенная активность системного воспалительного ответа при ХОБЛ обуславливает более тяжелое течение ХСН с выраженными клиническими проявлениями. КПР для больных ХСН и ХОБЛ способствует достоверному улучшению клинического течения ХСН, замедлению прогрессирования сердечно-сосудистого ремоделирования, снижению активности системного воспалительного ответа, достоверному повышению переносимости ФН.

Список литературы.

1. Токмачев Р. Е. Активация провоспалительных цитокинов у больных хронической сердечной недостаточностью в сочетании с метаболическим синдромом / Токмачев Р. Е., Кравченко А. Я., Будневский А. В. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - Т.14. №2. С. 116-117.
2. Токмачев Р. Е. Роль воспаления в патогенезе хронической сердечной недостаточности / Токмачев Р. Е., Будневский А. В., Кравченко А. Я. // Терапевтический архив. - 2016. - Т.88. №9. С. 106-110.
3. Фомин, И.В. Эпидемиология ХСН в РФ. В кн.: Хроническая сердечная недостаточность / И.В. Фомин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 7-77.
4. Токмачев, Р.Е. Хроническая сердечная недостаточность в сочетании с метаболическим синдромом: оптимизация лечебно-профилактических мероприятий / Токмачев Р. Е., Кравченко А. Я., Будневский А. В. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. — 2017. — Т.16. №3. С. 493-502.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Хаджилаева Ф.Д., Боташев Р.Н.

Северо-Кавказская государственная академия, медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – патологическое состояние, проявляющееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда в результате поражения коронарных артерий сердца (ВОЗ, 1965 г.) [1]. Заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклерозом, и их осложнения – основная причина инвалидизации и смертности среди взрослых лиц в развитых странах мира, в том числе в Российской Федерации [1]. Заболеваемость ишемической болезнью сердца возрастает с возрастом в связи с наследственно детерминированными процессами старения и развитием атеросклероза, поэтому ишемическая болезнь сердца считается возраст-ассоциированным заболеванием [2,3]. Клиническое течение ишемической болезни сердца в возрастном аспекте имеет особенности, что обусловлено степенью стенозирования коронарных артерий сердца, факторами сердечно-сосудистого риска и сопутствующей патологией [3].

Особый интерес представляет собой изучение ишемической болезни сердца в молодом возрасте [6,8]. Пациенты, у которых впервые диагностировали ишемическую болезнь сердца в молодом возрасте, отличаются от пожилых больных по течению заболевания, клиническим проявлениям, наличию факторов риска, исходам заболевания [4]. В 90% случаев пациенты с ишемической болезнью сердца в молодом возрасте уже имеют хотя бы один фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [4]. Наличие данных факторов уже в молодом возрасте способно привести к развитию инфаркта миокарда [1]. Остается малоисследованной роль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у категории пациентов старше 65 лет, которые составляют большую долю больных с ишемической болезнью сердца [2]. В ряде исследований говорится, что паспортный возраст не всегда может быть использован в качестве оценочного фактора сердечно-сосудистого риска у пожилых лиц [2], потому что старение организма само по себе не всегда становится фактором, провоцирующим развитие патогенетических процессов, приводящих к возникновению заболеваний [3]. С возрастом увеличивается встречаемость сопутствующих болезней, маскирующих клиническую картину ишемической болезни сердца, что вызывает необходимость своевременной диагностики ишемической болезни сердца и назначения наиболее подходящей терапии [1]. Диагностика ишемической болезни сердца зачастую затрудняется вследствие того, что далеко не всегда пожилые больные способны выполнить требуемую нагрузку при проведении нагрузочных проб ввиду наличия ряда заболеваний, таких как хроническая обструктивная болезнь легких, болезни периферических артерий [1]. Перечисленные обстоятельства определили актуальность и явились основанием для проведения настоящего исследования.

Метод, материал. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ишемической болезнью сердца, за период 2019 года, в отделении кардиологии, на базе РГБУЗ г. Черкесска «Черкесская городская клиническая больница». Проанализировано 260 историй болезни, пациентов разделили на 3 группы (табл. 1), согласно классификации возраста 2018 г. ВОЗ: группа 1 - лица молодого возраста (25–44 года); группа 2 - лица среднего возраста (45–59 лет); группа 3 лица пожилого и старческого (60–90 лет) возрастов.

Результаты исследования. Лица мужского пола реже встречались в 3 группе 65(47.1%) – пациенты пожилого и старческого возрастов, что говорит о снижении кардиопротективного действия женских половых гормонов, в связи с чем в пожилом и старческом возрастах становятся больше лиц женского пола, страдающих ишемической болезнью сердца, что соответствует и подтверждается научным литературным источником [2]. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 42 года, пациентов 2-й группы - 57 лет, пациентов 3-группы – 68 лет. Пациенты 3 группы чаще других имели в анамнезе аортокоронарное шунтирование, коронарное стентирование – 28 (20,29%). Частота стабильной стенокардии II ФК не имела значимых различий в 1 и 3 исследуемых группах – 16 (51,61%) и 69 (50%) соответственно. Стабильная стенокардия III ФК преобладала в группе номер 3 – 64 (46,38%). Частота встречаемости инфаркта миокарда не имела значимых различий в исследуемых группах, варьировала в пределах 15,94%. Гипертоническая болезнь статистически значимо чаще встречалась у пациентов старческого и пожилого возрастов, относительно молодых больных (98,55% против 83,87%), и частота ее обнаружения вовсе не различалась у пациентов групп 1 и 2, а также 2 и 3 (группа 1 – 83,87%, группа 2 – 92,3%; группа 3- 98,55%). Пациенты молодого и среднего возрастов курят намного чаще – 22 (70,96%) и 48 (52,75%) соответственно, чем пациенты пожилого и старческого возрастов 38 (27,54%). У пациентов третьей группы реже выявилась отягощенная наследственность в виде раннего дебюта ишемической болезни сердца – 34 (24,64%). У пациентов пожилого возраста абдоминальное ожирение встречалось реже 15(10,87%), чем у лиц молодого возраста 19 (61,29%). Больные 2 группы, (лица среднего возраста), чаще других групп предъявляли жалобы на одышку и боль за

грудиной – 82 (90,11%) и 77 (84,62%) соответственно. Наблюдается значительная разница между пациентами молодой возрастной группы и пациентами средней и пожилой возрастных групп по наличию жалоб на сердцебиение: 1 группа – 3 (9,68%); 2 группа – 41 (45,05%) и 3 группа – 56 (40,58%) соответственно. Анализ общего холестерина в крови показал наличие повышенного его содержания (гиперхолестеринемия) во всех исследуемых трех группах: 1 группа – 5,3 ммоль/л; 2 группа – 5,6 ммоль/л; 3 группа – 5,7 ммоль/л соответственно, о чем свидетельствует и научно подтверждается то, что повышение содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемия) повышают риск утолщения и уплотнения стенки артерий с последующими нарушениями местного кровообращения и является одним из составляющих биохимических компонентов ишемической болезни сердца [1]. Атеросклеротическое поражение сосудов, по статистике, увеличивает вероятность инфаркта миокарда, инсульта [1]. Анализ липидного спектра крови показал наличие дислипидемии у пациентов всех исследуемых групп; более значимые изменения содержания атерогенных липопротеидов отмечены у больных ИБС старшей возрастной категории – 3 группы: ЛПОНП (1,9 ммоль/л), ЛПНП (3,6 ммоль/л), повышение ЛПНП и ЛПОНП свидетельствуют о склонности к развитию атеросклероза плазмы крови, и является составляющей биохимического критерия ИБС [1]. Во всех исследуемых группах наблюдалось повышение уровня триглицеридов в крови: 1 группа – 2,6 ммоль/л; 2 группа – 2,8 ммоль/л; 3 группа – 3,0 ммоль/л, свидетельствует и подтверждается научной литературой о том, что повышенный уровень триглицеридов в крови ассоциирован с развитием атеросклероза, ишемической болезни сердца, цереброваскулярной болезни [2]. Во всех исследуемых группах наблюдается снижение уровня липопротеидов высокой плотности: 1 группа – 1,1 ммоль/л., 2 группа – 0,9 ммоль/л., 3 группа – 0,8 ммоль/л., что также свидетельствует и подтверждается научной литературой о том, что пониженный ЛПВП говорит о возможности развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, цереброваскулярной болезни [2].

Выводы. Социологический портрет пациентов с ишемической болезнью сердца, представляют пациенты преимущественно в возрастах: в 1 группе – в возрасте 42-х лет, во второй группе – 57 лет, в 3-ей группе – 68 лет. 1)Повышение частоты встречаемости аортокоронарного шунтирования, коронарного стентирования, стабильной стенокардии III ФК, перенесенного инфаркта миокарда и артериальной гипертензии связано с увеличением возраста, которое сопровождается повышением частоты данного заболевания и соответствует данным научных литературных источников [1]. 2)Увеличение количества пациентов женского пола, страдающих ишемической болезнью сердца, в пожилом и старческом возрастах, указывает на возникновение менопаузы, а значит, на снижение кардиопротективного действия женских половых гормонов, в связи с чем в пожилом и старческом возрастах становятся больше лиц женского пола, страдающих ишемической болезнью сердца, что соответствует и подтверждается литературными источниками [2], а также подобная тенденция возможна вследствие высокой смертности у мужчин [3]. 3) Повышение частоты встречаемости предъявляемых жалоб: одышка, боль за грудиной, сердцебиение связано с увеличением возраста, которое сопровождается повышением частоты данного заболевания [1]. 4) С увеличением возраста у пациентов с ишемической болезнью сердца, концентрации общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) в сыворотке крови повышаются: ОХС (общий холестерин): 1 группа – 5,3 ммоль/л; 2 группа – 5,6 ммоль/л; 3 группа – 5,7 ммоль/л. ЛПНП (липопротеиды низкой плотности): 1 группа – 3,5 ммоль/л; 2 группа – 3,4 ммоль/л; 3 группа – 3,6 ммоль/л. ЛПОНП (липопротеиды очень низкой плотности): 1 группа – 1,66 ммоль/л; 2 группа – 1,74 ммоль/л; 3 группа – 1,9 ммоль/л., что соответствует и подтверждается литературными источниками [2]. 5)Содержание ТГ (триглицеридов) у пациентов ишемической болезнью сердца не претерпевает существенных изменений: ТГ (триглицериды): 1 группа – 2,6 ммоль/л; 2 группа –

2,8ммоль/л; 3 группа – 3,0 ммоль/л., что соответствует и подтверждается источниками [2].
б) Уровень ЛПВП у пациентов с ишемической болезнью сердца имеет тенденцию к снижению, с увеличением возраста: ЛПВП (липопротеиды высокой плотности): 1 группа – 1,1 ммоль/л; 2 группа – 0,9 ммоль/л., 3 группа – 0,8 ммоль/л., что также соответствует и подтверждается литературой [4].

Список литературы.

1. Андреев Е.Ю., Явелов И.С., Лукьянов М.М., Вернохаева А.Н., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: распространенность и сердечно-сосудистые факторы риска. Кардиология 2018; 58(10): 53 - 58.
2. Бондарева З.Г., Федорова Е.А., Кунгурцева О.А., Цыганкова О.В., Рудкин Д.С. Основные факторы риска и особенности клинического течения ишемической болезни сердца у женщин. Сердце: журнал для практикующих врачей 2017; 16(2): 110 - 115.
3. Верткин А.Л., Скотников А.С., Тихоновская Е.Ю., Оралбекова Ж.М., Губжкова О.М. Коморбидность при ХОБЛ: роль хронического системного воспаления. Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение 2014; 22(11): 811–816.

ДЛИТЕЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОГО РАКА ПЕЧЕНИ С КАРЦИНОИДНЫМ СИНДРОМОМ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Хачатурян С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) — гетерогенная группа новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток эмбриональной кишки, обладающих биологически активными свойствами. Нейроэндокринные клетки секретируют регуляторные пептиды, вызывая развитие определенных синдромов, например, карциноидного [1]. Заболеваемость НЭО относительно невелика – 2-3 случая на 100 000 населения в год. Опухоли подразделяют: по месту их возникновения; по степени дифференцировки; по функциональности; по биологическим особенностям митотический индекс и индекс пролиферации (Ki67); по злокачественному потенциалу – размер опухоли, особенности инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды [2, 3]. Наиболее частая локализация – НЭО органов желудочно-кишечного тракта включая поджелудочную железу – более 60%, бронхопульмональные НЭО – 25%. НЭО редких локализаций – 15% (эндокринные и другие органы). гастроэнтеропанкреатических НЭО различно: длительные периоды относительно медленного роста, периоды спонтанной остановки и даже опухолевой регрессии, взрывоподобный рост. Проанализирована история болезни пациентки с 20-летним течением метастатических очагов в печени нейроэндокринного рака с проявлением карциноидного синдрома на фоне хронического вирусного гепатита С.

Больная Б., 1964 г.р. В 2000 г. впервые начала отмечать «приливы» (чувство жара и покраснение лица) 1 раз в день. К врачу не обращалась. В 2004 г. симптомы участились, краснели лицо и руки, симптомы появлялись после сна, стрессов. 2005 г. – операция по удалению фолликулярной кисты яичника. Приливы были расценены как проявление климактерического синдрома (при сохраненной менструальной функции). При предоперационном обследовании был диагностирован хронический вирусный гепатит С (ХВГС), генотип 1b, минимальная биохимическая активность. При УЗИ обнаружено 3 очаговых образования в печени до 13,5 мм, расцененные как гемангиомы. Май 2005 г. – обратилась в гастроэнтерологическое отделение Ставропольской краевой клинической

больницы по поводу ХВГС. Так как биохимическая активность была минимальная (АлАТ – до 1,5 норм) противовирусная терапия (ПВТ) не проводилась. «Приливы» были расценены как карциноидный синдром. Прицельная пункционная тонкоигольная биопсия печени – получена вязко-слизистая жидкость, при микроскопии – кровь, обрывки капилляров среди неизмененных гепатоцитов. АФП – норма. 2006 г. – повторное обращение. На КТ – множественные очаговые образования в печени, других очагов выявлено не было. 2007 г. – на КТ множественные округлой формы гипоэхогенные образования в печени с четкими ровными контурами, неоднородной структуры от 8 до 24 мм в диаметре. Начата ПВТ ПегИнтроном и рибавирином. Через 12 и через 48 недель ПВТ HCV-РНК не обнаружена, через 12 недель после окончания ПВТ – рецидив виремии. На фоне ПВТ исчезли приливы, которые возвратились с рецидивом виремии. 2008-2012 гг. – стабильность клинической картины, данных УЗИ печени, нормальные уровни трансаминаз. В 2012 г. обратилась в Ростовский НИИ онкологии. Выполнена лапароскопия с биопсией. Диагноз: Нейроэндокринный рак печени T3NxM0, ст. II, кл.гр. 2 В 2013 г – направлена в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Иммуногистохимическое исследование биоптата печени: В клетках опухоли выявлена экспрессия синаптофизина, хромогранина А, CD56, Ki67. Индекс мечения по Ki67 в отдельных участках опухоли – 5%. Заключение. Нейроэндокринная опухоль (NET G2). При исключении первичной опухоли другой локализации следует расценивать опухоль как первичную. Сцинтиграфия с ¹¹¹In-октреотидом: наличие специфической ткани с гиперэкспрессией рецепторов соматостатина (нейроэндокринной природы) в обеих долях печени и брюшной полости (умбиликальная область – лимфоузел в брыжейке тонкой кишки? первичная опухоль?). Клинический диагноз: Нейроэндокринная опухоль G2 (Ki67 = 5%), с поражением печени, лимфоузла брыжейки тонкой кишки из неуточненной первичной опухоли. Карциноидный синдром. Рекомендовано: октреотид 30 мг 1 раз в 28 дней, эверолимус. Все последующие годы клинический эффект отмечает только от октреотида 30 мг/месяц – купирование карциноидного синдрома, стабильная КТ-картина очаговых образований печени [4]. В 2019 г. появляется активность ХВГС – повышение АлАТ до 200 Ед/л. С января 2020 г. была проведена ПВТ препаратом Викеира Пак (омбитасвир/паритапревир/ритонавир и дасабувир) в течение 8 недель. Через 6 месяцев от окончания ПВТ зафиксирован устойчивый вирусологический ответ. КТ-картина очаговых образований печени – без отрицательной динамики. Особенности данного клинического случая заключаются в длительном течение НЭО с сохраняющимся стабильным общим относительно удовлетворительным состоянием. Важной особенностью является сочетание НЭО с хроническим гепатитом С. Интересно улучшение клинических проявлений опухоли (карциноидный синдром) на фоне ПВТ интерфероном-α. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Список литературы.

1. Modlin I. M., Oberg K., Chung D.C., et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours //The lancet oncology. – 2008. – Т. 9. – №. 1. – С. 61-72.
2. Rindi G., Arnold R., Bosman F.T., et al. Nomenclature and classification of neuroendocrine neoplasms of the digestive system. In: Bosman F.T, Carneiro F., Hruban R.H., et al. eds. WHO classification of tumors of the digestive system. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IRAC), 2010, 13-145.
3. Коломейцева А. А., Горбунова В. А., Орел Н.Ф., и соавт. Высокодифференцированные гастроэнтеропанкреатические нейроэндокринные новообразования. Современная классификация, диагностика и лечение // Злокачественные опухоли. 2018;8(3):13-20.
4. Орел Н.Ф., Артамонова Е.В., Горбунова В.А., и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта,

поджелудочной железы и других локализаций. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO, 2019 (том 9). С. 486–497.

5. Ливзан М.А., Лялюкова Е.А., Костенко М.Б. Нестероидные противовоспалительные препараты: оценка рисков и пути повышения безопасности терапии. Лечащий врач. 2016;5:78. 71-145

ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ НА ИММУНИТЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Ходаченко И.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет

Гипергидроз — это повышенное потоотделение, вызванное сторонними заболеваниями или же являющееся самостоятельным заболеванием. Данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональный статус, работоспособность и качество жизни. Согласно данным International Hyperhidrosis Society на 2019 год от этого заболевания страдают 365 миллионов человек в мире, то есть целых 5% населения планеты с равной вероятностью мужчины и женщины. Одно из исследований (2), посвященное влиянию гипергидроза на повседневную жизнь пациентов: 61% опрошенных тщательно выбирали одежду; 13% - пересмотрели рацион и отказались от пищи, вызывающей усиление потоотделения. 41% - повседневная активность приносит значительные неудобства. 25% - имели проблемы с управлением сенсорных устройств; 69% участников испытывали психологические трудности (смущение, стыд) и эмоциональные последствия (гнев, депрессия); 64% - сталкивались с негативными реакциями окружающих людей из-за гипергидроза. В настоящий момент существуют методы коррекции гипергидроза: физические, механические, химические. Самый простой из них: применение антиперспирантов, дезодорантов, местных вяжущих препаратов, физиотерапевтическое лечение (ионофорез), использование растворов формалина, медекаментозная терапия (препарат Гликопирролат), процедура MiraDay и эндоскопическая грудная симпатэктомия. Но консервативные методы лечения гипергидроза малоэффективны: лечебный эффект непродолжительный, возможно развитие контактного дерматита, побочных эффектов в виде сухости во рту, учащения сердечного ритма. При хирургическом лечении гипергидроза иссекается железистая ткань, продуцирующая пот. Однако может возникнуть ряд таких осложнений как рубцевание, вторичное инфицирование, кровотечение, компенсаторное потоотделение на других участках тела, длительно непроходящая невралгия. Альтернативой хирургическому вмешательству является лазерная деструкция потовых желез. Но и здесь есть ряд побочных эффектов. В этой связи с актуальным является поиск терапевтических воздействий, приводящих к высоким результатам, обладающими длительным эффектом с минимальными побочными действиями. В этой связи интерес представляют работы, связанные с эффектом ботулотоксина типа А (БТА), который является сильнейшим природным ядом и незаменимым лекарственным средством с уникальным механизмом действия (Орлова О.Р.). Однако БТА- чужеродный белок, поэтому помимо непосредственного биологического эффекта, связанного со свойствами токсина вызывать стойкую хемоденервацию, он неизбежно выступает в роли внешнего чужеродного агента, то есть, антигена. Его воздействие на иммунную систему в данном контексте практически не изучено. Между тем интерес представляет изучение иммунокомпетентных клеток, участвующих в формировании иммунного ответа, анализ особенностей как адаптивного, так и врожденного иммунитета в условиях однократного использования ботулотоксина. С целью выявления особенностей адаптивного и

врожденного иммунитета при введении препаратов ботулинического токсина типа А при коррекции локального гипергидроза у женщин без эндокринной и соматической патологии. Была сформирована группа пациентов (24 человека), страдающих локальным гипергидрозом. Возраст пациентов колебался от 35 до 50 лет, из них в возрасте от 35 до 40 лет – 24%, от 41 до 45 лет – 44%, от 46 до 50 лет – 32%. Данные пациенты получали лечение препаратом абоботулотоксин в дозе 500 ЕД. В динамике исследовали показатели адаптивного и врожденного иммунитета после лечения, через 2 недели и через 3 месяца. Для наблюдения за результатами использовали метод мультипараметрической 2х- или 3хцветной цитофлюометрии с учетом результатов на проточном лазерном цитофлюометре с применением соответствующих моноклональных антител для определения количества Т-лимфоцитов, их субпопуляций, НК-клеток, В-лимфоцитов. Уровень цитокинов сыворотки крови (ИФН- γ , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-17) определяли методом иммуноферментного анализа в тест-системах ЗАО «Вектор-Бест». Анализ характера изменений параметров иммунного ответа при коррекции локального гипергидроза свидетельствует об активирующем влиянии введенного абоботулотоксина в дозе 500 ЕД на процессы созревания Т-лимфоцитов и изменении направленности дифференцировки Т-клеток в сторону увеличения CD3⁺ CD4⁺ хелперно-индукторной субпопуляции (43,8 $\pm$ 4,1% – до терапии, 53,2 $\pm$ 3,0% - через 2 недели, 56,8 $\pm$ 4,69% - через 3 месяца) и уменьшения числа эффекторных цитотоксических CD3⁺ CD8⁺ - лимфоцитов (до терапии - 28,8 $\pm$ 3,2%, через 2 недели - 21,2 $\pm$ 1,4%, через 3 месяца - 23,3 $\pm$ 2,6%). Следует отметить, что данный эффект стабилен через 2 недели и 3 месяца наблюдения. Число CD20⁺-лимфоцитов статистически увеличивается через 2 недели (0,44 $\pm$ 0,03 $\times$ 10⁹/л) и продолжает расти к 3-ему месяцу (0,74 $\pm$ 0,04 $\times$ 10⁹/л). В системе врожденного иммунитета отсутствуют принципиально значимые изменения. Лишь через 2 недели отмечено незначительное снижение адаптационных свойств нейтрофилов, сопряженное с некоторым увеличением уровня ЦИК. В то же время количество НК не изменялось в течение всех сроков наблюдения.

Лечение локального гипергидроза препаратами БТА приводит к активации процессов созревания Т-лимфоцитов при одновременном снижении цитотоксических свойств Т-эффекторов и увеличении активности Т-лимфоцитов-хелперов. Данные изменения сохраняются на протяжении трех месяцев. Клиническая эффективность ботулинотерапии в лечении гипергидроза сохраняется до 10 месяцев. После проведенной процедуры у пациентов увеличился уровень качества жизни. Таким образом мы можем говорить и о том, что сформировался положительный эффект на психоэмоциональную составляющую пациентов.

Список литературы.

1. Иммунопатогенетические аспекты эффектов ботулинотерапии при инволюционных изменениях кожи лица и локальном гипергидрозе /Ходаченко В.В./2015 г.
2. P. Kamudoni, B. Mueller, J. Halford, et al. /The impact of hyperhidrosis on patients' daily life and quality of life: a qualitative investigation. /Health Qual Life Outcomes. 2017 г; 15: 121.

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шацева П.Д., Беридзе Р.М., Кононова О.Н.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Внезапная сердечная смерть (ВСС) составляет 90% и более всех случаев внезапной смерти. По данным ВОЗ, частота ВСС составляет 30 случаев в неделю на 1 млн населения

[1]. Ретроспективно проанализированы истории болезни и данные инструментальных методов исследования 131 пациента со стенокардией напряжения I–III функционального класса (ФК) в возрасте от 44 до 65 лет (в среднем $(58,2 \pm 0,7)$ года). 1 группа ($n=78$): ЖЭ – 3,8%; SDNN – $55 \pm 3,5$ мс; LF/HF – $2,9 \pm 0,4$; QT – $39,2 \pm 2,2$ мс; дисперсия dQT – $51,1 \pm 3,4$ мс. 2 группа ($n=46$): ЖЭ – 39,1%; SDNN – $34 \pm 2,3$ мс; LF/HF – $3,2 \pm 0,1$; QT – $48,3 \pm 1,2$ мс; дисперсия dQT – $57,2 \pm 3,4$ мс. Примечание: $P < 0,05-0,001$ по отношению к пациентам 1-й группы. 3 группа ($n=7$): ЖЭ – 42,8%; SDNN – $23 \pm 2,5$ мс; LF/HF – $5,1 \pm 0,2$; QT – $49,1 \pm 3,2$ мс; дисперсия dQT – $61,5 \pm 4,2$ мс. Примечание: $P < 0,05-0,001$ по отношению к пациентам 1-й группы. У пациентов 1-й группы с сохраненной ФВ ($> 50\%$), отмечена достоверно более низкая частота встречаемости желудочковых аритмий высоких градаций, нормальные вариабельность ритма сердца и показатели интервала QT. У пациентов 2-й и 3-й групп количество желудочковых аритмий, в том числе 3-5 классов по Lown было достоверно больше по сравнению с пациентами с сохраненной ФВ (1 группа). При анализе количественных значений показателей ВСР во 2-й и 3-й группах пациентов отметили достоверное снижение SDNN по сравнению с пациентами с сохраненной ФВ. Увеличение показателя LF/HF во 2-й и 3-й группах свидетельствует о значительном преобладании симпатических влияний на миокард.

Выводы.

1. Проведенное исследование показало, что ведение пациентов с ИБС, должно сопровождаться определением показателей электрической нестабильности миокарда, в том числе определением суточного количества желудочковых аритмий, вариабельности ритма сердца, скорректированного интервала и дисперсии интервала QT.

2. Есть основания утверждать, что прогрессирование систолической дисфункции и снижение ФВ ЛЖ у пациентов с ИБС способствуют электрической альтернации клеток и их мембран и развитию ЭНМ с появлением желудочковых аритмий высоких градаций.

Список литературы.

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СНИЖЕНИЯ СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Шевцова В.И., Котова Ю.А., Тимошина Е.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Гипертоническая болезнь (ГБ) является ведущим звеном в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, приводящие в ряде случаев к инвалидизации населения и снижению их трудоспособного возраста. Целью исследования явилась оценка значимости проведения диспансеризации как основного показателя профилактики и выявления факторов риска при гипертонической болезни. Определялись наиболее значимые факторы риска, выявляемые в ходе диспансеризации, возможность их коррекции, а также проанализирована частота случаев временной нетрудоспособности по причине ГБ среди лиц, регулярно проходивших диспансерное наблюдение и не проходивших его более 2-х лет. Исследование выполнено на базе поликлиники ОГБУЗ «Волоконовская ЦРБ». Изучены 98 контрольных карт диспансерного наблюдения (форма №030/у). Средний возраст пациентов $45 \pm 4,7$ лет. Исследуемые были разделены на две группы: 1 – лица, регулярно проходящие диспансеризацию; 2 – лица, не проходившие диспансеризацию более 2-х лет. В каждой группе определено наличие факторов риска (ИМТ, уровень

глюкозы крови, уровень общего холестерина (ОХС)), уровня артериального давления (АД), количество дней нетрудоспособности за год. Также пациенты в обеих группах были разделены на возрастные подгруппы: 20-40 лет – 33,3 %, 40-60 лет – 33,3 %, 60-80 – 33,3%.

На первом этапе исследования оценивалось наличие факторов риска для развития осложнений гипертонической болезни среди пациентов 1 группы. Прежде всего было определено процентное соотношение людей с повышенной массой тела: среди обследуемых с нормальной массой тела преобладали пациенты 20-40 лет (31,25%); избыточная масса тела чаще определяется у лиц 40-60 лет (37,5%); ожирение 1 степени с одинаковой частотой встречается у лиц 40-60 и 60-80 лет (43,75%); ожирение 2 степени с одинаковой частотой встречается у лиц 40-60 и 60-80 лет (12,5%); имеются единичные случаи ожирения 3 степени. Определено среднее значение гликемии среди мужчин и женщин: чаще всего подвержены увеличению уровня глюкозы лица 60-80 лет ($5,8 \pm 0,5$ ммоль/л), реже – 20-40 ($5,4 \pm 0,5$ ммоль/л). В различных возрастных группах нет четкой гендерной предрасположенности к увеличению уровня глюкозы: в возрасте 20-40 и 40-60 лет преобладают женщины, а в возрасте 60-80 лет – мужчины. Был произведен расчет среднего значения уровня ОХС среди мужчин и женщин. Выявлено, что чаще всего подвержены увеличению уровня ОХС лица 60-80 лет ($6,4 \pm 0,64$ ммоль/л), наименьше всего 20-40 ($4,8 \pm 0,64$ ммоль/л). Наиболее подвержены дислипидемии лица мужского пола. Максимальное увеличение уровня среднего значения систолического АД было выявлено у лиц 60-80 лет и составляет 171 ± 5 мм.рт.ст. В группе лиц 40-60 лет средний уровень АД составил 147 ± 5 мм.рт.ст. В возрастной группе 20-40 лет – 138 ± 5 мм.рт.ст. Произведена оценка среднегодового количества дней временной нетрудоспособности, связанной с гипертонической болезнью, за прошедший год: на лиц 20-40 лет приходится 26% дней нетрудоспособности, 40-60 лет – 29%, 60-80 – 45%. На втором этапе оценивалось наличие факторов риска для развития осложнений гипертонической болезни среди пациентов 2 группы. Определялось процентное соотношение людей с повышенной массой тела: лиц с нормальной массой тела больше всего выявлено в группе 20-40 лет (19%); избыточная масса тела определяется с одинаковой частотой у лиц 40-60 и 60-80 лет (43,75%); ожирение 1 степени чаще всего в группе 40-60 (43,75%); ожирение 2 степени преобладает у лиц 60-80 лет (18,75%); единичные случаи ожирения 3 степени в группе 20-40 лет (6,25%) Гипергликемия чаще встречается у лиц 60-80 лет ($6,2 \pm 0,5$ ммоль/л), реже – 20-40 ($5,9 \pm 0,5$ ммоль/л). Чаще всего подвержены увеличению уровня ОХС лица 60-80 лет ($7,8 \pm 0,64$ ммоль/л), наименьше всего 20-40 ($6,2 \pm 0,64$ ммоль/л). Максимальное увеличение уровня среднего значения систолического АД было выявлено у лиц от 60-80 лет и составляет 179 ± 5 мм.рт.ст. В группе лиц 40-60 лет средний уровень АД составил 171 ± 5 мм.рт.ст., 20-40 лет – 157 ± 5 мм.рт.ст. Для сравнения двух групп был так же произведена оценка среднегодового количества дней временной нетрудоспособности, связанной с гипертонической болезнью, за прошедший год: на лиц 20-40 лет приходится 26% дней нетрудоспособности, 40-60 лет – 29%, 60-80 – 45%. Заключительным этапом исследования является сравнение показателей исследуемых групп. Средний уровень глюкозы крови в группе лиц, не проходивших диспансерное наблюдение выше в 2 раза, уровень ОХС выше в 1,5 раза; среднее значение систолического АД выше в 1,5 раза, что объясняет увеличение частоты дней нетрудоспособности в 3 раза, по сравнению с группой лиц, регулярно проходивших диспансерное наблюдение. 1. Наиболее значимыми факторами риска для развития осложнений гипертонической болезни являются увеличение уровня глюкозы крови, уровня общего холестерина и среднего уровня систолического артериального давления. 2. В связи с более высокими цифрами систолического АД, уровня глюкозы и общего холестерина у лиц, не проходивших диспансерное наблюдение более 2-х лет, число и длительность случаев временной нетрудоспособности

Список литературы.

1. Корчагин В. В. Характеристика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в отдельных возрастных категориях на поликлиническом этапе / Корчагин В. В., Страхова Н. В., Шевцова В. И. // Профилактическая медицина. – 2018. – № 2-2. – С. 102-103.

2. Шевцова В. И. Проблема комплаентности у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца / Шевцова В. И., Мелихова С. П., Зуйкова А. А. // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. – 2019. – С. 109-111.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Шевцова В.И., Тимошина Е.А., Есина Е.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Около 50% взрослого населения хотя бы раз в жизни перенесли внезапную кратковременную потерю сознания. Разнообразие механизмов и причин возникновения внезапной кратковременной потери сознания часто вызывает у врачей амбулаторного звена диагностические трудности, а также необходимость в консультации узких специалистов. Цель исследования: выяснить частоту встречаемости различных типов обмороков у амбулаторных больных. Под наблюдением находилось 13 пациенток поликлиники в возрасте от 18 до 75 лет с обмороками в анамнезе. Средний возраст $51,0 \pm 4,9$ лет. Пациентки были разделены на 3 группы согласно возрастной периодизации по ВОЗ: 18-44 года (6 пациенток, средний возраст $35,1 \pm 3,0$ лет), 45-60 лет (2 пациентки, средний возраст $51,5 \pm 1,5$ лет), 61-75 лет (5 пациенток, средний возраст $70,8 \pm 3,7$ лет). Был проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни, общий клинический осмотр, анализ амбулаторных карт пациентов с изучением данных лабораторных и инструментальных исследований

У женщин, участвовавших в исследовании, кардиогенный обморок встречался в 30% случаев. У пациенток I группы преобладали нейрогенные обмороки, реже встречались ортостатические, у 3 (50%) и 2 (33%) больных, соответственно. Среди II группы в равной мере были диагностированы кардиогенный и нейрогенный обмороки. У пациенток III группы были выявлены кардиогенные и ортостатические обмороки, у 3 (60%) и 2 (40%) больных, соответственно. У трех женщин I группы диагностированы нейрогенный вазовагальный, ситуационный (вследствие стимуляции рецепторов желудочно-кишечного тракта) и ортостатический обмороки. У одной пациентки III группы выявили нейрогенный, ситуационный обморок в результате нагрузки, а у второй – кардиогенный, причиной которого была пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. В III группе было 5 пациенток: 3 – с кардиогенным обмороком в анамнезе: АВ-блокада III степени и наджелудочковая тахикардия; 2 – с ортостатическим, вследствие потери жидкости – 1 и у больной сахарным диабетом 2 типа и вторичной вегетативной недостаточностью – 1.

У женщин пожилого возраста преобладали обмороки кардиогенного и ортостатического типа. У пожилых женщин причиной кардиогенного обморока были брадиаритмии и тахикардии.

Список литературы.

1. Есина, Е.Ю. Оценка факторов риска внезапной сердечной смерти в общей врачебной практике / Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Скиба О.С., Никитин А.О. // Вестник новых медицинских технологий. – 2010 – Т. XVII, – № 2 – С. 119–122.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Шевцова В.И., Тимошина Е.А., Есина Е.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является гипертоническая болезнь (ГБ). Бремя ГБ связано в том числе со значительным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что успех терапии зависит от многих факторов, в том числе от приверженности к лечению. Поэтому изучение вопроса приверженности к лечению больных, страдающих ГБ, имеет важное значение для практической медицины и требует дальнейшего изучения. Цель исследования: проанализировать приверженность к гипотензивной терапии у больных ГБ.

В исследовании участвовали 20 пациентов амбулаторно-поликлинического звена, страдающих гипертонической болезнью. Все пациенты имели ГБ 2 стадии, достигнутую степень - 2, с длительностью течения заболевания около 10 лет. Для анализа приверженности пациентов к лечению использовали валидизированный опросник Мориски-Грина. Для статистической обработки данных использовался пакет программ STATISTICA 6.0. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Средний возраст обследованных пациентов составил $57,4 \pm 5,5$ лет. Длительность ГБ у обследованных больных была – $10,8 \pm 6,1$ лет. Средние показатели АД, зарегистрированного во время приема: 160 ± 15 мм.рт.ст. и $100 \pm 1,4$ мм.рт.ст. для систолического и диастолического АД, соответственно. Все пациенты принимали препараты из основных пяти гипотензивных групп. Большинство больных ГБ мужчин и женщин принимали гипотензивные препараты из группы ингибиторов АПФ. Анализ ответов пациентов по шкале Мориски-Грина, выявил, что в группе женщин приверженность к лечению была выше и составила 59%, в то время как в группе мужчин – 45%. Недостаточная приверженность к лечению была у 2(29%) женщин и 3(30%) мужчин, больных ГБ. Приверженность к лечению ГБ отсутствовала у 1(12%) женщины и 2(25%) мужчин. Среди причин недостаточной комплаентности к лечению ГБ лидировали невнимательность, забывчивость и пропуск приема препарата при хорошем самочувствии. Невнимательность и забывчивость чаще встречались у больных гипертонической болезнью мужчин, пропуск приема препарата при плохом самочувствии после приёма препарата – у больных женщин. 1. Женщины более привержены к лечению ГБ. 2. Причины недостаточной приверженности к лечению среди больных гипертонической болезнью мужчин и женщин были различны, что следует учитывать при разработке индивидуальной тактики ведения пациентов.

Список литературы.

Никищенкова, Ю.В. Влияние приверженности терапии на дисфункцию миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью / Никищенкова Ю.В., Никифоров В.С. // Архив внутренней медицины. – 2018 – Т.8, – № 1(39). – С. 59-65.

ОЦЕНКА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шевцова В.И., Тимошина Е.А., Есина Е.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Сахарный диабет (СД) связан с увеличением распространенности гериатрических синдромов: старческая астения (СА), депрессия, падения, функциональные нарушения, недержание мочи, недоедание и когнитивные нарушения, делирий. Гериатрические синдромы не только приводят к слабости, потере независимости и низкому качеству жизни, но также становятся основным препятствием в лечении людей, болеющих СД. [3, 4]. Поскольку развитие диабетических микро- и макроваскулярных заболеваний зависит от продолжительности диабета, симптомы осложнений могут быть сконцентрированы в пожилом возрасте [1, 2]. Цель: изучить гериатрические синдромы у пожилых пациентов с СД и особенности коморбидной патологии у таких пациентов.

Исследование выполнялось на базе БУЗ ВО "Воронежская городская клиническая больница №3". В нем приняли участие 23 пациента с установленным диагнозом СД 2 типа (средний возраст 74,08 лет), из них 12 женщин и 11 мужчин. Для оценки гериатрических синдромов использовались индекс Бартел, тест Mini-Cog, краткая батарея тестов физического функционирования (КБТФФ) и скрининговый опросник "Возраст не помеха". Для расчета индексов коморбидности были применены системы CIRS-G, Kaplan-Feinstein, Charlson. Статистическая обработка данных была произведена при помощи программы Microsoft Excel 2007. Снижение когнитивных функций наблюдалось у 65% пациентов. При оценке индекса Бартел 26% пациентов являются полностью независимыми от окружающих в повседневной жизни, 4,3% имеют легкую зависимость в повседневной жизни, 56% пациентов умеренно зависимы от посторонней помощи в повседневной жизни и 8,69% пациентов имеют выраженную зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни. При анализе ответов на опросник "Возраст не помеха" было установлено, что 39,14% пациентов имеют СА (21,7% женщин и 17,3% мужчин), 60,86% пациентов – преастению (30,4% женщин и 30,4% мужчин). Следующим этапом стала интерпретация КБТФФ. Общий балл краткой батареи тестов физического функционирования составил 9,53. Определено, что у 21% обследуемых нет СА, у 25% выявлена преастения и 54% пациентов – СА. Далее у выбранных пациентов были рассчитаны средние индексы коморбидности (ИК) по системам CIRS-G, Kaplan-Feinstein, Charlson и были спрогнозированы показатели 10-летней выживаемости данных пациентов. В ходе исследования, было установлено, что средние показатели индексов коморбидности с возрастом увеличиваются, как у мужчин, так и у женщин. Самые большие средние показатели индексов коморбидности были выявлены в группе женщин старше 70 лет. Большой процент больных (69,5%) имеют низкую (21% и ниже) 10-летнюю выживаемость. Было выявлено увеличение времени выполнения КБТФФ, что является закономерным снижением двигательных функций с увеличением индекса коморбидности по системе CIRS-G. Также была обнаружена значимая положительная корреляционная связь между повышением индекса коморбидности по системе CIRS-G и снижением когнитивных функций ($r=0,66$, $p<0,05$). Преклонный возраст пациентов, стаж заболевания повышают вероятность снижения когнитивных функций. Роль гликемического контроля в когнитивной функции изучена недостаточно. Развитие когнитивной дисфункции может быть индикатором неверной терапии СД. Профилактика деменции, в частности сосудистой, должна рассматриваться как важная часть профилактики диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в среднем возрасте, в то время как гликемический контроль, вероятно, остается важным даже в пожилом возрасте для оптимальной когнитивной функции.

1. Диабет связан с увеличением числа наиболее важных гериатрических синдромов – старческой астении, когнитивной и функциональной дисфункции.
2. Снижение физического функционирования у пациентов пожилого и старческого возраста связано, среди прочего, со снижением у них когнитивных функций. Ограничение мобильности у таких пациентов сопряжено с большим риском падений и травматизации.
3. Было установлено влияние уровня коморбидности на степень выраженности гериатрических симптомов. Была установлена связь между снижением двигательной и когнитивной функции и ростом индекса коморбидности по системе CIRS-G.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации "Старческая астения" // Российская ассоциация геронтологов и гериатров. М., 2018.
2. Ткачева О.Н. Особенности клинических подходов к ведению пациентов со старческой астенией / Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Остапенко В. С. // РМЖ. – 2017. – №25. – С. 1823-1825.
3. Клинические рекомендации "Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения" // Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний, Профессиональный фонд содействия развитию медицины "ПРОФМЕДФОРУМ". М., 2018
4. Шевцова, В. И. Особенности когнитивных нарушений у пациентов со старческой астенией / В. И. Шевцова, С. П. Мелихова, А. А. Зуйкова // Материалы конференции студентов и молодых ученых ИвГМА "Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека" – 2019. – С. 105-107

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТ СТАДИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА

Шевцова В.И., Тимошина Е.А., Есина Е.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко

Успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, а также снижение риска смерти в молодом возрасте сопряжены с увеличением частоты встречаемости хронической сердечной недостаточности. ХСН является итогом заболеваний сердечно-сосудистой системы и оказывает влияние на качество жизни пациентов. Увеличение продолжительности жизни населения определяет увеличение продолжительности ХСН у пациентов. Современное состояние системы здравоохранения требует не просто увеличения количества лет жизни, но и повышения их качества. Изучение вопроса зависимости качества жизни от течения ХСН, а именно фракции выброса и стадии, является актуальной проблемой терапевтов и гериатров.

Цель исследования: определить зависимость качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью от фракции выброса и стадии ХСН.

Исследование выполнено на базе кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России и БУЗ ВО Воронежской городской поликлиники №3. В исследовании приняли участие 23 пациента (7 женщин и 16 мужчин) с хронической сердечной недостаточностью, в возрасте от 43 до 86 лет. Все обследуемые подписали информированное согласие на участие в исследовании. В исследовании использовались стратифицированные опросники SF-36 (оценивался физический и психологический компонент здоровья) и миннесотский. Ретроспективно анализировались медицинские карты амбулаторных больных. Оценка полученных результатов проводилась в 2 этапа: на первом оценивались показатели в зависимости от стадии ХСН, на втором – в

зависимости от фракции выброса. В ходе интерпретации результатов опросника SF-36 у пациентов с разными стадиями ХСН было определено, что баллы физического компонента здоровья уменьшались с увеличением стадии ХСН. Баллы психологического компонента здоровья имели обратную динамику. Возможно, это связано с контингентом опрашиваемых. В основном это были люди пожилого возраста с нарушением когнитивных функций и сниженной критикой к состоянию здоровья. При проведении корреляционного анализа была выявлена умеренная прямая зависимость между возрастом пациентов и средним показателем психологического компонента здоровья ($r=0,541$, $p<0,001$). Результаты интерпретации миннесотского опросника: у пациентов с ХСН 2Б средний показатель качества жизни был значимо выше, что свидетельствует о более низком качестве жизни. Далее была произведена оценка качества жизни пациентов с ХСН в зависимости от фракции выброса. При интерпретации результатов опросника SF-36 не было выявлено статистически значимой разницы в уровне качества жизни у пациентов с разной фракцией выброса. Однако баллы миннесотского опросника отличались статистически значимо. У пациентов с низкой фракцией выброса был самый низкий средний показатель, что свидетельствует о более низком качестве жизни. Полученные результаты показывают большую чувствительность миннесотского опросника при определении качества жизни у пациентов с ХСН по сравнению с универсальным опросником SF-36. Снижение показателей качества жизни у пациентов с низкой фракцией выброса свидетельствует о необходимости внимания врачей к таким пациентам. ХСН с низкой фракцией выброса – наиболее изученная категория пациентов. Тактика ведения таких пациентов описана в клинических рекомендациях и имеет большую доказательную базу, что делает возможным повысить качество жизни купируя симптомы ХСН. В ходе исследования было обнаружено, что психологическое состояние пациентов зависит от возраста, тяжести ХСН и влияет на качество жизни. В силах врача – не только назначить правильное лечение, но и повлиять на психологическое состояние пациента доброжелательным отношением, сочувствием и искренним желанием помочь.

1. Качество жизни пациентов с ХСН снижается с увеличением стадии и уменьшением показателя фракции выброса
2. Миннесотский опросник более чувствителен и рекомендуем к применению у пациентов с ХСН.

Список литературы.

1. Фомин И. В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать/ И. В. Фомин // Российский кардиологический журнал. – 2016. – №8. – С. 7–13.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И ДИСБИОЗЕ КИШЕЧНИКА

Эгамбердиева Д.А., Нурутдинова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Недавние клинические данные продемонстрировали нарушение секреции инсулина при хронической болезни почек (ХБП). Несколько исследований подчеркнули прямую роль некоторых уремических токсинов (мочевина, N-оксид триметиламин (ТМАО), п-крезилсульфат, 4-метил-5-пропил-2-фуран пропионовая кислота) в нарушениях гомеостаза глюкозы и заболеваемости сахарным диабетом. Дисбактериоз кишечника был определен как потенциальный фактор развития диабета и выработки уремических токсинов. Сложное взаимодействие между кишечной микробиотой, почками, β -клетками поджелудочной железы и периферическими тканями-мишенями инсулина выявило новые гипотезы патогенеза ХБП и диабетической болезни почек (ДБП). Характеристика кишечной

микробиоты и связанных с ней метаболитов, вероятно, заполнит пробелы в фундаментальных знаниях, что приведет к инновационным исследованиям, клиническим испытаниям и новым методам лечения ХБП. Хроническая болезнь почек (ХБП) характеризуется накоплением уремических токсинов и связана с нарушением гомеостаза глюкозы даже при отсутствии диабета. Однако основные механизмы инсулинорезистентности, β -клеточной недостаточности и увеличения риска диабета при ХБП остаются неясными. Метаболические исследования показали, что некоторые метаболиты сходны при ХБП и ДБП и способствуют прогрессированию терминальной стадии почечной недостаточности. Мы попытались обсудить механизмы, участвующие в нарушении углеводного обмена при ХБП, сосредоточив внимание на специфической роли уремических токсинов. Целью исследования является изучение влияния уремических токсинов на развитие и прогрессирование ХБП, сахарного диабета и дисбиоза.

Обследовано 80 больных с ХБП (С2-С4) и сахарным диабетом, из них 40 мужчин и 40 женщин. Контрольную группу составили 20 здоровых людей. Общие сывороточные уровни индоксилсульфата, п-крезилсульфата, мочевой кислоты были повышены у больных сахарным диабетом и ХБП. Данные положительно коррелируют с параметрами инсулинорезистентности. Статистическая обработка проводилась с помощью методов вариационной статистики. Результаты обработаны с помощью программ Microsoft Excel 2002 & Statistica 6.0. Уровень индоксилсульфата, п-крезилсульфата, мочевой кислоты были повышены в исследуемой группе. Оказалось, что концентрация общего п-крезилсульфата у больных с нормальной функцией почек составляла $6,8 \pm 3,4$ мкмоль/л. При терминальной стадии почечной недостаточности она увеличилась до $48 \pm 8,7$ мкмоль/л. В ходе исследования выявлено, что средний уровень мочевой кислоты больных ХБП у мужчин превышает норму на 16% ($486,5$ мкмоль/л), а у женщин на 12% ($392,3$ мкмоль/л). В разных возрастных группах пациентов удалось проследить взаимосвязь между уровнем мочевой кислоты, сыворотки крови и стадией ХБП. В этих же группах прослеживается наиболее высокий средний уровень мочевой кислоты. В крови больных хронической болезнью почек определяются высокие концентрации уремических токсинов п-крезилсульфата и мочевой кислоты. В будущих исследованиях следует изучить, могут ли более высокие уровни уремических токсинов, особенно мочевой кислоты, п-крезилсульфата и индоксилсульфата быть связаны с худшим контролем диабета и осложнениями. Учитывая доказательные продукты уремических токсинов кишечника при ХБП и метаболических заболеваниях необходимы дальнейшие исследования для оценки потенциального воздействия терапевтических средств, направленных на микробы кишечника и на гомеостаз глюкозы в целом.

Список литературы.

1. Нефрология. Национальное руководство / Под ред. Н. А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 720 с.
2. Циммерман Я. С. Эубиоз и дисбиоз желудочно-кишечного тракта: мифы и реалии: обзор: научное издание /Я. С. Циммерман//Клиническая медицина - М.- 2013. - Том 91 N1. - С. 4-11. - Библиогр.: 77 назв.
3. Шамхалова, М.Ш. Факторы развития тубулоинтерстициального повреждения почек у больных сахарным диабетом / Шамхалова М.Ш., Курумова К.О., Клефтортова И.И., Ситкин И.И., Ильин А.В., Арбузова М. И., Гончаров Н.П., Кация Г.В., Александров А.А., Кухаренко С.С., Шестакова М.В., Дедов И.И. // Сахарный диабет. - 2010. - № 3. - С. 134-141.
4. Association of uric acid with change in kidney function in healthy normotensive individuals / G. Bellomo [et al.] // Am. J. Kidney Dis. — 2010. — Vol. 56. — 264 p.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ярасханов Р. Р.

Чеченский государственный университет Медицинский институт

Ни для кого не является новостью, что сахарный диабет, как типовая патология эндокринной системы, стал глобальной катастрофой, уносящей миллионы человеческих жизней ежегодно [1]. Ранняя инвалидизация и потеря возможности вести прежний образ жизни стали существенными проблемами современного здравоохранения нашей страны и мира в целом [2]. Вследствие осложнений, развившихся на фоне сахарного диабета, каждый год умирает более 1,5 миллионов человек. Помимо этого, также около 2 миллионов человек погибает от патологических состояний, сопровождающихся повышенным уровнем глюкозы крови [3]. В наши дни качественное лечение и ранняя диагностика данного заболевания стали также актуальными и вследствие того, что новая коронавирусная инфекция, заполонившая весь мир, осложняет течение сахарного диабета, приводя к неконтролируемому подъёму уровня гликемии. Поэтому исследования, проводимые в данной клинической области, ещё долгое время останутся актуальными. Целью данной научной работы стало выявление характерных особенностей изменения гематологического профиля у больных с сахарным диабетом 2 типа посредством исследования показателей общего анализа крови и морфологической характеристики кровяных телец.

Материалами проведённого анализа являлись сведения и данные анамнеза пациентов, результаты скрининга гематологических показателей (общий анализ крови, микроскопическое исследование кровяных элементов), уровень гликемического профиля. По установленным в клинической гематологии нормам проводилось автоматизированное определение следующих показателей компонентов крови на аппарате ID2-9653: содержание эритроцитов, количественное содержание гемоглобина, содержание гемоглобина в одном эритроците, показатель гематокрита. Проводилось определение морфологической характеристики эритроцитов посредством микроскопирования с выявлением следующих показателей: средний объём эритроцита и индекс сферичности эритроцита. Также проводилось определение уровня гликемического профиля пациентов. В работе были использованы аналитический и санитарно-статистический методы исследования общественного здоровья. По итогам проделанной работы были получены следующие результаты. В проводимом исследовании приняли участие 25 человек с сахарным диабетом 2 типа, которые были включены в основную группу исследования, и 25 человек с относительно здоровым морфо-функциональным фоном, объединённые в группу сравнения. По половой принадлежности контингент лиц обеих групп составлял 13 мужчин и 12 женщин. Средний возраст исследуемых больных основной группы составил - 49 лет: самым молодым участником скрининга стал – мужчина 40 лет, а самой возрастной участницей – 88-летняя женщина. Средний возраст людей из группы сравнения достиг отметки 45 лет. Средняя продолжительность течения сахарного диабета у лиц основной группы составила 8,5 лет. Уровень гликемического профиля у лиц основной группы достигал диапазона значений – 8,5-13,5 ммоль/л. А у лиц группы сравнения диапазон показателей соответствовал абсолютной норме – 4,7-5,5 ммоль/л. В связи с известным фактом половой специфичности гематологической картины у мужчин и женщин, полученные результаты у группы сравнения не вызвали удивления. Как и предполагалось, в крови мужчин из группы сравнения было больше содержание эритроцитов (на 12,3%), содержание гемоглобина (на 11,8%) и показатель гематокрита (на 11,7%). Относительно содержания гемоглобина в одном эритроците принципиальных расхождений выявлено не было, но более высокие значения фиксировались у мужчин. Оценивая морфологические характеристики эритроцитов у здоровых людей, было установлено, что у мужчин больше, чем у женщин средний объём эритроцита (на 4,8%). По индексу сферичности достоверных

различий установлено не было. Что же касается представителей основной группы, то показатели крови у них также находились в рамках практической нормы. Однако были выявлены следующие изменения: снижение содержания гемоглобина у мужчин основной группы по сравнению с группой сравнения на 12,25%, а у женщин – на 8%. Принципиальных расхождений в значениях содержания эритроцитов и показателя гематокрита, а также содержания гемоглобина в одном эритроците выявлено не было. Морфологическое исследование также выявило изменения. У больных с сахарным диабетом 2 типа уменьшился средний объём эритроцита по сравнению с представителями группы сравнения: у мужчин – на 10,6%, а у женщин – на 7,5%. Выявлено было также увеличение индекса сферичности. Примечательным стало то, что при изменениях гематологического профиля на фоне сахарного диабета 2 типа показатели крови сохранили свою половую специфичность. Гематологический фон группы здоровых людей характеризуется присутствием половой специфичности: у мужчин выше показатели содержания эритроцитов и гемоглобина, показатель гематокрита, а также средний объём эритроцита, чем у женщин. У больных сахарным диабетом отмечается снижение содержания гемоглобина и среднего объёма эритроцитов, а также увеличение индекса сферичности эритроцитов. Однако даже при таких изменениях половая специфичность крови сохраняется. Изменение морфологического плана и количественного содержания элементов крови неизбежно приводит к снижению нормального течения процессов гомеостаза организма. Отклонения, происходящие в структуре гематологических показателей легко объяснить с точки зрения изменения реологии крови на фоне сахарного диабета, при котором перед организмом ставится первостепенная задача улучшить кровоток и снизить гипоксию тканей.

Список литературы.

1. Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа: Проблемы и решения. / А. С. Аметов. – Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – С. 6.
2. Ефимов А. С. Морфофункциональные изменения эритроцитов при сахарном диабете / А. С. Ефимов // Проблемы эндокринологии. – 2018. – № 2. – С. 13-15.
3. Терещенко, И. В. Оценка метаболических и гормональных сдвигов у больных в группах риска по сахарному диабету / Терещенко И. В. // Проблемы эндокринологии. – 2007. – №4. – С. 11.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛАБОВИДЯЩИХ

Ярошевич Е.А., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В связи с увеличением ожидаемой продолжительности жизни, как в России, так и во всем мире, приоритетной задачей в организации офтальмологической помощи населению становится реабилитация слабовидящих. Современная офтальморезабилитация основана на традиционных подходах в клинической офтальмологии, оптометрии, трудотерапии и социологии [1, 2, 3, 4]. Однако при рассмотрении индивидуальных вариантов реабилитации и лечения следует учитывать возраст пациента, диагноз, уровень образования и социокультурный статус, что позволит достичь оптимальных результатов для пациента. Изучение особенностей организации реабилитации в офтальмологии и поиск путей оптимизации организации реабилитационных мероприятий для слабовидящих представляется актуальным.

Материалы и методы. В работе применялись методы системного анализа, синтеза, имитационного моделирования систем, их алгоритмизации, статистические методы обработки данных с помощью «Statistica» 10.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Цель реабилитации слабовидящих состоит в том, чтобы пациенты использовали свое остаточное зрение настолько эффективно, насколько это возможно, чтобы они могли жить как самостоятельные, независимые и продуктивные люди, чтобы облегчить себе жизнь и повысить ее качество. Реабилитация слабовидящих не ограничивается простыми рекомендациями таких вспомогательных средств, как телескопические очки или лупы. Более важны обучение использованию этих устройств и процесс реабилитации. Реабилитация - это совместная работа многих профессиональных групп, таких как профессиональные терапевты, психологи и социальные работники, под руководством офтальмолога. Офтальмореабилитация должна быть многоэтапной и сопровождать пациента с ограниченными зрительными функциями на протяжении всей продолжительности жизни. Мы разработали и предлагаем следующую этапность при организации реабилитации для слабовидящих. Первым этапом реабилитации, по нашему мнению, должно стать собеседование - для оценки функциональных возможностей, т.е. остаточных зрительных функций, а также оценки важнейших когнитивных навыков пациента. Подход к пациенту с центральной скотомой из-за возрастной макулярной дегенерацией сильно отличается от подхода к пациенту с туннельным зрением из-за пигментного ретинита. Второй этап - это интерпретация полученных результатов. Результатом оценки остаточных зрительных функций является обнаружение зрительных функций, которые можно улучшить с помощью оптических устройств: призмы расширения поля для периферической потери поля зрения, микропериметрия, телескопические интраокулярные линзы, телескопические контактные линзы, эпиретинальный протез Argus II (бионический глаз), BrainPort, терапия стволовыми клетками, плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP) и электростимуляция, генная терапия [5, 6, 7, 8, 9]. Третий этап – составление персонализированного/индивидуального плана реабилитационных мероприятий с условием скоординированного участия в рамках междисциплинарного подхода и, что наиболее важно, с реалистичными ожиданиями.

Закключение. Таким образом, разработанная нами поэтапная модель организации офтальмореабилитации слабовидящих будет способствовать оптимизации организации реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов. Полученные нами данные имеют реальную перспективу для применения в практическом здравоохранении при организации медицинской помощи населению по реабилитации и офтальмологии, что и будет предметом наших дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Бойко Э.В. Сравнение зрительной реабилитации с применением трифокальных и бифокальных интраокулярных линз (обзор литературы) / Бойко Э.В. // Офтальмохирургия. – 2018. - № 2. – С.12-15.
2. Разумовская А. М. Социально-трудовая реабилитация больных с сосудистой офтальмопатологией / Разумовская А.М., Узин С.Н., Разумовский М. И.// Ремедиум Приволжье. – 2018. – №. 4-5. - С164.
3. Агапитов А. Е. Методическое и технологическое обеспечение разделов профилактической офтальмологии / Агаитов А.Е.//Актуальные вопросы совершенствования методологии социальной и профилактической медицины. – 2019. –№ 1.– С. 13-24.
4. Gall C, Sabel BA. Reading performance after vision rehabilitation of subjects with homonymous visual field defects. PM R. 2012;4:928-935
5. Peli E, Bowers AR, Keeney K, Jung JH. High-Power Prismatic Devices for Oblique Peripheral Prisms. Optom Vis Sci. 2016;93:521-533

6. Calabrèse A, Bernard JB, Faure G, Hoffart L, Castet E. Clustering of Eye Fixations: A New Oculomotor Determinant of Reading Speed in Maculopathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2016;57:3192-3202
7. Agarwal A, Lipshitz I, Jacob S, Lamba M, Tiwari R, Kumar DA, Agarwal A. Mirror telescopic intraocular lens for age-related macular degeneration: design and preliminary clinical results of the Lipshitz macular implant. *J Cataract Refract Surg*. 2008;34:87-94
8. Ashwin Fale, Ajinkya Naik, Krishna Asegaonkar, Abhijeet Landge, Gaurav Atkare. Brainport Vision Technology. *International Research Journal of Engineering and Technology (IRJET)*. 2016;3:475-483.
9. Ho AC, Humayun MS, Dorn JD, da Cruz L, Dagnelie G, Handa J, Barale PO, Sahel JA, Stanga PE, Hafezi F, Safran AB, Salzmann J, Santos A, Birch D, Spencer R, Cideciyan AV, de Juan E, Duncan JL, Elliott D, Fawzi A, Olmos de Koo LC, Brown GC, Haller JA, Regillo CD, Del Priore LV, Arditi A, Geraschat DR, Greenberg RJ; Argus II Study Group. Long-term results from an epiretinal prosthesis to restore sight to the blind. *Ophthalmology*. 2015;122:1547-1554.



РАЗДЕЛ 3.

Профилактическая медицина и здоровьесбережение молодёжи

ВЗАИМОСВЯЗЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

Анфилова М.Г., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Первые свидетельства появления лекарственно устойчивых форм возбудителя туберкулеза появились вскоре после начала применения в лечении больных противотуберкулезных препаратов и эта тенденция постепенно нарастает. В последние годы отмечен рост числа больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам среди бактериовыделителей. Устойчивость формируется в организме больного человека, так как микобактерии вегетируют только в живом организме, за пределами которого они могут только некоторое время сохранять жизнеспособность. Следовательно, ключом к пониманию множественной лекарственной устойчивости являются особенности лечения туберкулеза. Исследование таких больных актуально и может помочь в реализации мер по профилактике этого микробиологического феномена [1, 2, 3]. Россия относится к странам с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, но с 2003 г. отмечается тенденция к стабилизации эпидемической ситуации. Прогрессирующий рост заболеваемости туберкулезом является весомой опасностью для социума. Более того, серьезной проблемой для фтизиатрии является лекарственная устойчивость (ЛУ) МБТ, т.к. это фактор, влияющий на эффективность и безопасность антибактериальной терапии [4, 5]. Таким образом, нам была поставлена цель – изучить частоту МЛУ МБТ к противотуберкулезным лекарственным препаратам среди впервые выявленных больных туберкулезом легких в зависимости от клинической формы туберкулеза легких и распространенности процесса.

Проведён анализ данных историй болезни 141 больного туберкулезом легких в возрасте от 16 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении в Курском областном противотуберкулезном диспансере в 2012-2016 гг. Все больные были впервые выявлены и являлись бактериовыделителями. Бактериовыделение установлено посевом мокроты на питательную среду Левенштейна – Йенсена. Исследование лекарственной чувствительности штаммов МБТ проводилось стандартным непрямым методом абсолютных концентраций к изониазиду (H), рифампицину (R), стрептомицину (S), этамбутолу (E), протионамиду (Pt), канамицину (K) и офлоксацину (OfI). Оценка результатов проводилась методами современной статистики. По результатам определения лекарственной чувствительности были отобраны 97 историй болезни пациентов, выделяющих МБТ с МЛУ. Проводился анализ структуры клинических форм и характеристика специфического процесса, его распространенности. В структуре клинических форм преобладали инфильтративный (44,3%), диссеминированный (39,2%) туберкулез легких. Казеозная пневмония, туберкулема, милиарный и фиброзно-кавернозный туберкулез составили соответственно: 7,2%, 6,2%, 2,1%, 1,0%. У большинства больных наблюдались распространенные поражения: долевые – 19,6% и более доли – 55,7%, в том числе с тотальным поражением легких – 27,8%. Распад легочной ткани констатирован у 72,2% больных. В структуре клинических форм преобладали инфильтративный (44,3%) и диссеминированный (39,2%) впервые выявленный туберкулез легких. У большинства больных наблюдались поражения более доли легкого – 55,7%, распад легочной ткани констатирован у 72,2% больных.

Список литературы.

1. Карачунский М. А. Туберкулез сегодня / М. А. Карачунский. М.: Карон-Пресс., 2018. С. 10-23.

2. Комиссарова О.Г., Абдулаев Р.Ю., Ерохин В.В. Эффективность комплексного лечения больных туберкулезом легких при разном спектре лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза // XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Уфа, 2016. С. 237

3. Кулик В.В. Анализ состояния лекарственной помощи больным туберкулёзом // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. трудов. Пятигорск: Пятигорская ГФА, 2015. Вып.68. С. 410-411

4. Маркелов Ю.М. Затраты на лечение больных лекарственно-устойчивым туберкулезом // XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания. М., 2019. С. 335-336

5. Матинян Н.С., Скачкова Е.И. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза как глобальная проблема общественного здоровья // Бюллетень Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации. 2019. Вып. 8. С. 13-21

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Бронских Н.А, Попова О.С.

Уральский государственный медицинский университет

Активное развитие цифровых технологий ставит вопросы о том, как их использование меняет повседневную жизнь людей, и важнейшим среди них является вопрос о влиянии технологий на благополучие населения. Речь идет, с одной стороны, о безграничных возможностях для общения, обучения, самовыражения, а с другой — о вопросах безопасности для здоровья и угрозе сложившемуся образу жизни [1]. Ведь именно сейчас, в сложившейся эпидемиологической обстановке, студенты, находясь на дистанционном обучении, чаще пользуются современными технологиями для освоения программы высшего образования. Применение новых технологий положительно сказывается на производительности труда, они намного упрощают процесс обучения в самых различных по уровню образовательных учреждениях.[2] С другой стороны, кто регулярно сталкивается с современными технологиями, отмечают заметное ухудшение физического состояния, появление головных болей, снижение зрения и слуха. Не нужно забывать о том, что гаджет является источником электромагнитного излучения, которое оказывает влияние на: головной мозг, нервную систему, сердечно-сосудистую, эндокринную, иммунную систему и репродуктивную систему человека. [3] Цель исследования: изучение выявления цифровых технологий на качество жизни студентов Уральского государственного университета. Материал и методы исследования: было проведено добровольное анонимное анкетирование в Google forms, опрошено 112 студентов с трёх факультетов: медико-профилактического (27,7%) , лечебно-профилактического (48,2%) и педиатрического факультета (24,1%) в возрасте от 18-23 лет. Использовался оригинальный опросник «Цифровая среда» НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России.

Результаты и обсуждения: анализ и интерпретация результатов показали, что студенты чаще всего пользуются гаджетами для выполнения домашнего задания (98,2%), поиска информации (98,2%), общения с другими пользователями социальных сетей (90,4%), просмотров видео (82,5%) и прослушивание музыки (78,1%). Согласно рекомендациям ВОЗ, для взрослого человека время работы с цифровыми устройствами составляет не более 4 часов в день. Однако только (13,5%) пользуются гаджетами в допустимом значении, (33,3%) студентов проводят в интернете более 7 часов в сутки,

остальные опрошенные 5-7 часов (46,8%) . Так же было выявлено количество часов, которые опрошиваемые тратят на работу в интернете с целью подготовки домашних заданий, участия в онлайн-практических занятиях и лекциях: в среднем это около 2-7 часов в сутки. Студенты медицинского университета чаще всего пользуются: компьютером/ноутбуком (90,4%) и смартфоном/айфоном (98%) испытуемых, реже пользуются планшетом (14,9%) и ридером (1,8%). На следующем этапе мы выявили взаимосвязь между «зависимостью» и желанием студента «преодолеть её». (46,4%) опрошенных отмечают, что все больше и больше времени проводят в сети, (45,5%) респондентов остаются в сети в течение более длительного периода времени, чем планировали. У (58,5%) студентов возникает мысль зайти в сеть первой после пробуждения. В связи с дистанционным форматом обучения выявлена смена утренних видов деятельности молодых людей. Если раньше последовательность действий была следующая: выполнение гигиенических процедур, завтрак, сборы в университет, то сейчас у студентов добавляется обязательное использование смартфона/айфона с утра. Так же опрос показал, что у большинства опрошенных, получается преодолеть желание войти в сеть (70,2%) и только (29,8%) не могут справиться с этой зависимостью. В одном из вопросов (82%) респонденты отметили, что всегда на первом месте будет стоять «живое общение», а не виртуальный мир. В следующем блоке мы оценили влияние цифровых технологий на физическое здоровье. (36,9%) опрошенных отмечают негативное влияние длительного пребывания в интернете на свое здоровье. Респонденты чаще всего отметили при постоянной работе с компьютером и другими гаджетами: ухудшение зрения (72,6%), двоения (8%) и покраснения глаз (29,2%), боли в области шеи (40,7%), головные боли (41,6%).

Выводы:

1. По данным исследования было выявлено, что большинство студентов не соблюдают рекомендации ВОЗ и бесконтрольно проводят время в интернете. При этом они осознают всю нагрузку на организм.

2. Большинство опрошенных проводят в сети больше времени, чем планировали. С пробуждением первая мысль: «взять гаджет в руки и зайти в социальные сети».

3. Большая часть испытуемых считают, что не страдают интернет-зависимостью. Многие предпочитают «живое общение» взамен виртуальному миру.

4. Респонденты, несмотря на молодой возраст, уже испытывают регулярные головные боли, ухудшение зрения, усталость, двоения и покраснения в глазах, боли в области шеи.

Список литературы.

1. Гасумова, С.Е. Информационные технологии в социальной сфере: Учебное пособие / С.Е. Гасумова. - М.: Дашков и К, 2015. - 312 с.

2. Гусев А. В., Романов Ф. А., Дуданов И. П., Воронин А. В. Информационные системы в здравоохранении. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2002. - 120 с.

3. Михеева, Е.В. Информационные технологии в профессиональной деятельности: Учебное пособие / Е.В. Михеева. - М.: Academia, 2018. - 61 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ганцгорн Е.В., Берулава М.З., Даниелян Э.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Под медицинским термином «астенические расстройства» (АР) принято подразумевать состояния, характеризующиеся сниженной активностью, повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, раздражительностью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна [3]. Весь вышеописанный симптомокомплекс – это универсальный психофизиологический механизм сохранения жизнедеятельности системы при любой угрожающей ситуации, действующий по принципу: «меньше активности – меньше потребности в энергии». Медико-социальная актуальность АР, в частности, определяется прогнозами Всемирной организации здравоохранения, в соответствии с которыми к 2025 г. АР и депрессия по частоте встречаемости выйдут на 2-е место после заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Заболеваемость АР является междисциплинарной проблемой, и в общемедицинской практике этот показатель колеблется от 15 до 57% [2]. Столь значительный диапазон частоты встречаемости объясняется полиморфностью АР, которая, в свою очередь, обуславливает отсутствие общепринятой классификации, концепции патогенеза и единых подходов к лечению. Основа терапии АР – соблюдение мер психогигиены, при этом вопрос целесообразности приема лекарственных средств (ЛС) остается дискуссионным. Одной из форм АР – реактивной - наиболее подвержены люди со сниженными адаптивными возможностями, например, студенты медицинских ВУЗов [1]. Однако, следует заметить, что данная форма АР является обратимой, и для нее характерна четкая связь с провоцирующими факторами, такими как дефицит сна и гиподинамия. Целью настоящего исследования явилось изучение общей предрасположенности к проявлению реактивной формы АР в зависимости от влияния факторов образа жизни (характер сна и физической активности), а также курсового применения ЛС у студентов-медиков г. Ростов-на-Дону. Материалы и методы: Исследование проводилось в период январь-май 2020 г. Выборочная совокупность составила $n=237$ студентов. Стратификация по критерию включения: студенты Ростовского государственного медицинского университета. Стратификация по критерию исключения: студенты немедицинских ВУЗов г. Ростов-на-Дону. Дизайн исследования: 1-ый этап - вторичный анализ материалов по данной проблематике; 2-ой этап – прикладной: социологический опрос и анализ полученных данных. Респонденты были разделены на 2 когорты: юноши ($n=94$) и девушки ($n=143$). «Инструментом» исследования являлась анкета, включающая 3 блока: 1 - паспортная часть, 2- субъективная шкала оценки астении – MFI-20 [4], состоящая из пяти субшкал (оценка общей астении, пониженной активности, пониженной мотивации, физической активности и психической формы астении), и 3 блок – данные фармакологического анамнеза и сведения о наличии хронических заболеваний для исключения влияния эндогенных факторов. Статистический анализ проводился в Microsoft Excel при помощи критерия хи-квадрат (χ^2 Пирсона), так как распределение не соответствовало нормальному. Данные интерпретировались по шкале Чедокка. В исследование включены данные с количественной характеристикой умеренной и высокой сил связи ($r>0,4$). Результаты и обсуждение: При оценке по шкале MFI-20 признаки АР были зарегистрированы у 88% опрошенных (74% девушек, 26% юношей). При анализе качества и продолжительности сна было выявлено, что глубокий сон без пробуждений наблюдался у 36% девушек ($n=52$) и у 43% юношей ($n=47$). Оптимальное количество сна отмечалось у 23% девушек ($n=33$) и 11,5 % юношей ($n=11$). При этом, как у девушек ($r=0,5$), так и у юношей ($r=0,7$) выявлена сильная корреляция между качеством, продолжительностью сна и склонностью к проявлениям АР. По

показателю связи уровня физической активности и проявлениями физической астении статистически достоверные отличия были зафиксированы в случае 4 и более занятий в неделю ($r=0,5$). Такая физическая активность наблюдалась у 0,4% и 0,5% девушек и юношей, соответственно. У девушек была выявлена отрицательная корреляция ($r=-0,4$) между понижением мотивации и готовностью к занятиям, однако, у юношей такой тенденции не было. В аспекте анализа фармакологического анамнеза было отмечено, что 23,4% респондентов принимали ЛС различных групп, фармакодинамические свойства которых потенциально связаны с проявлениями психической формы АР, например, феназепам и валерьяна. 8,6% респондентов самостоятельно принимали ноотропы, но признаки АР у них наблюдались в абсолютном числе случаев ($r=0,6$). Выводы: 1. Студенты медицинского ВУЗа, независимо от гендерной принадлежности, входят в группу риска к проявлению АР: признаки наблюдались у 88% опрошенных. 2. Как неоптимальное количество сна (менее 8 часов), так и его качество являются факторами риска развития АР у девушек ($r=0,5$) и юношей ($r=0,7$). 3. Целесообразно заниматься спортом 4 и более раз в неделю, так как наблюдается значимая корреляция ($r=0,5$) между физической астенией и уровнем физической активности. 4. Бесконтрольное применение ЛС, стимулирующих умственную деятельность, не снижает проявлений АР ($r=0,6$).

Список литературы.

1. Воробьева О.В. Многогранность феномена астении // Русский медицинский журнал. - 2016. - №13. - С. 248.
2. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача // Русский медицинский журнал. - 2016. - №13. - С. 824-829.
3. Новикова В.П., Хавкин А.И., Цех О.М. Особенности астенического синдрома у подростков с Нр-ассоциированным хроническим гастродуоденитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2018. - №12(160). - С. 87-90.
4. Smets E.M, Garssen B., Bonke B. et al. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // J Psychosom Res. - 1995. - №39. - С. 315–325.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Гачкова И.Н., Сергеева О.В., Прохоренко-Коломойцева И.И., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день кардиоваскулярная патология, ассоциированная с метаболическим синдромом (МС), приобретает всё большую значимость. Риск развития сердечно-сосудистых (СС) осложнений у пациентов с МС возрастает в 3–4 раза. Особую угрозу представляет висцеральное ожирение (ВО), как один из основных кардиоваскулярных факторов риска (ФР). Адипокины дисфункциональной висцеральной жировой ткани рассматриваются в качестве одного из основных патогенетических факторов ремоделирования СС системы, а также имеют важное прогностическое значение в виду отягощения общего СС риска. Скорость и степень сосудистого ремоделирования зависит от множества факторов и может иметь место уже в молодом возрасте, что соответствует концепции раннего старения сосудов или EVA-синдрома. ВО является фактором прогрессирования фиброза сосудистой стенки, ускоряя связанное с возрастом увеличение артериальной жесткости [1]. В основном его оценивают косвенно путем измерения антропометрических показателей, основными из которых являются индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ). Однако ОТ не отражает истинного ВО, что доказывает так называемый «парадокс ожирения», согласно которому у пациентов с

хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по мере повышения ИМТ снижается смертность. Но ХСН – конечная часть патогенетического СС континуума. Пока нет убедительных доказательств взаимосвязи между снижением массы тела и улучшением выживаемости [4]. В связи с этим предложено использовать индекс висцерального ожирения (ИВО) в качестве показателя функции висцеральной жировой ткани, косвенно характеризующий степень её выраженности в организме и являющийся критерием МС. ИВО учитывает пол, антропометрические показатели, а также данные липидного профиля пациента [3]. Молодые женщины в этом плане занимают особое место, с одной стороны, в силу большей склонности к развитию МС (у женщин МС встречается в 2,4 раза чаще, чем у мужчин), а, с другой стороны, необходимости наличия достаточных ресурсов для успешного завершения возможной беременности и родов. В данном аспекте представляет интерес изучение у обсуждаемого контингента особенностей эластического потенциала сосудистой стенки в зависимости от проявлений метаболических нарушений в рамках раннего сосудистого ремоделирования.

Цель исследования - оценить параметры жесткости стенки аорты и липидный статус у молодых женщин с учётом выраженности висцерального ожирения в виде ИВО. В исследование включены 49 женщин в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – $28,4 \pm 0,7$ лет), которым был поставлен диагноз МС согласно критериям Консенсуса российских экспертов 2013 года: величина ОТ, превышающая 80 см у женщин, как основной критерий, в сочетании с двумя или более дополнительными критериями. ОТ у обследованных на уровне 82-134 см. Сформировано четыре группы наблюдения обследуемых, исходя из параметров ОТ: 1-ю группу составили 13 женщин, имеющие ОТ в диапазоне 82-89,9 см; 2-ю – 14 женщин с ОТ 90-99,9 см; 3-ю – 12 женщин с ОТ 100-109,9 см и 4-ю – 10 женщин с ОТ 110-134 см. Для каждой группы также был рассчитан ИМТ. Жесткость аортальной стенки оценивалась при помощи прибора BPLab Vasotens (производитель ООО Пётр Телегин, Н. Новгород) с регистрацией следующих показателей центрального аортального давления: систолическое артериальное давление, САД_{ао}; диастолическое артериальное давление, ДАД_{ао}; пульсовое артериальное давление, ПАД_{ао}, мм рт. ст.; индекс аугментации, $AI_{хао}$, %; амплификация пульсового давления, РРА, % и скорость распространения пульсовой волны $PWV_{ао}$, м/с. Липидный спектр в сыворотке крови определяли фотометрически с помощью наборов реагентов фирмы Ольвекс (Россия). Изученные показатели липидного обмена: общий холестерин (ОХ); липопротеиды высокой плотности (ЛПВП); липопротеиды низкой плотности (ЛПНП); триглицериды (ТГ). Расчет ИВО производился по формуле: Женщины: $ИВО = (ОТ/36,58 + (1,89 \times ИМТ)) \times (ТГ/0,81) \times (1,52/ЛПВП)$ Расчет ИМТ производился по формуле: $ИМТ = КГ/(М)^2$ Данные обработаны с помощью пакета программ Excel 2016 (Microsoft, USA). При расчёте ИВО мы получили следующие данные: 1 гр. - 3,65; 2 гр. - 5,43; 3 гр. - 7,95; 4 гр. - 8,36. $VAI = 1$ для здоровых пациентов с нормальным ИМТ, распределением жировой массы, уровнями ЛПВП и ТГ. Поскольку средний возраст исследуемых женщин менее 30 лет, то ИВО должен быть не более 2,52. Полученные данные говорят о том, что по мере увеличения ОТ и ИМТ происходит увеличение ВО. Установлено, что основная часть из изученных гемодинамических показателей продемонстрировала довольно чёткую тенденцию к повышению по мере увеличения ОТ у изученных нами женщин, несмотря на их молодой возраст. Но достоверность различий по разным показателям была разного уровня. Так, показатели САД, ДАД и ПАД в аорте хотя и повышались по мере увеличения ОТ, но всё-таки не достоверно. Показатель же скорости обратной пульсовой волны в аорте увеличивался от первой к четвертой группе ($PWV_{ао}$ м/с: 1 гр. - $9,5 \pm 0,6$, 2 гр. - $9,8 \pm 0,5$, 3 гр. - $10,9 \pm 0,8$, 4 гр. - $11,7 \pm 0,9$) с достижением вполне достоверного уровня ($P_{1-4} < 0,05$). Второй показатель сосудистой жёсткости – индекс аугментации также повышался по мере увеличения показателя ОТ у обследуемых пациенток ($AI_{хао}$, %: 1 гр. - $7,0 \pm 0,9$, 2 гр. - $7,4 \pm 1,4$, 3 гр. - $10,1 \pm 1,9$, 4 гр. - $1,0 \pm 2,0$). Различия по

этому показателю между первой и четвертой групп также достигали значимого уровня ($P1-4 < 0,05$). Такие показатели липидограммы как ОХ и ЛПНП продемонстрировали довольно четкое снижение значений у женщин с МС по мере увеличения ОТ. Несмотря на то, что в 4й группе наблюдается некоторое повышение данных показателей, они всё-таки ниже, чем в 1 и 2 группах. Значения содержания ТГ в сыворотке крови увеличивался от первой к третьей группе с достижением вполне достоверного уровня ($P1-3 < 0,05$). Однако в 4 группе отмечается снижение данного показателя. В свою очередь такой показатель липидограммы как ЛПВН отражает достоверные различия между первой и четвертой группами ($P1-3 < 0,05$; $P1-4 < 0,05$). Полученные данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований [2]. Наши данные о возможности сосудистого ремоделирования у молодых женщин при наличии у них ВО согласуются с результатами других авторов, которые также определяли повышение СПВ в аорте у указанного контингента [1,5]. В свою очередь, ухудшение высокоэластических свойств сосудов может выступать в роли того упущенного фактора, который способен обеспечить более точное прогнозирование. Поскольку артериальная жесткость является кумулятивной мерой повреждающего воздействия факторов риска и старения, концепция раннего старения сосудов представляет собой рабочую модель для лучшего понимания процессов, приводящих к увеличению СС риска, объединяя долгосрочные последствия всех выявленных и неидентифицированных факторов.

Таким образом, изучение показателей аортальной жесткости и ИВО может быть весьма полезным диагностическим приемом при терапевтическом ведении молодых женщин с метаболическими нарушениями по причине возможности выявления ранних нарушений со стороны такого органа-мишени, как сосудистая стенка для своевременной предикции кардиоваскулярных рисков уже в молодом возрасте.

Выводы:

1. ИВО является достаточно информативным показателем, тесно связанным с основными критериями МС, а именно ОТ и ИМТ, однако более точно характеризующим ВО.

2. При нарастании как центрального ожирения (ЦО), так и висцерального ожирения у женщин в возрасте до 35 лет происходит достоверное увеличение показателей их аортальной жёсткости по типу скорости пульсовой волны и индекса аугментации несмотря на молодой возраст обследуемых пациенток.

3. У женщин молодого возраста более вероятна связь выявленного сосудистого ремоделирования с повышением ТГ и снижением антиатерогенных ЛПВП, что наглядно отражает увеличение ИВО.

4. Снижение ОХ и ЛПНП у обследованных по мере увеличения их ЦО, возможно, является отражением описанного ранее «Парадокса ожирения» применительно к молодому возрасту, отражающему самое начало СС континуума.

5. Полученные данные о возможности развития раннего метаболически-ассоциированного ремоделирования сосудистой стенки на фоне не вполне ожидаемых сдвигов липидного статуса целесообразно учитывать при проведении диспансеризации обсуждаемого контингента молодых женщин.

Список литературы.

1. Дружилов М.А., Кузнецова Т.Ю. Висцеральное ожирение как фактор риска раннего сосудистого старения. Кардиология. 2016. Т. 56. № 2. С. 52-56.

2. Евсеева М.Е., Прохоренко-Коломойцева И.И., Сергеева О.В., Калашникова А.С., Боднарчук Е.Л. Липидный статус с учетом индекса массы тела у молодых женщин с наличием метаболического синдрома // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18. № S1. С. 65-66.

3. Либис Р.А., Исаева Е.Н. Возможность применения индекса висцерального ожирения в диагностике метаболического синдрома и прогнозировании риска его осложнений // Российский кардиологический журнал. 2014. Т. 19. № 9. С. 48-53
4. Самородская И.В., Болотова Е.В., Бойцов С.А. "Парадокс ожирения" и сердечно-сосудистая смертность // Кардиология. 2015. Т. 55. № 9. С. 31-36.
5. Штонда М.В., Пристром М.С., Кунаш И.И., Чечко Р.Ю., Курсевич В.В. Жесткость артериальной стенки у пациентов с метаболическим синдромом // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. 2016. № 1 (47). С. 33-36.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Грудько И.А., Героимова А.Г., Бортновский В.Н.

Гомельский государственный медицинский университет

В последние годы табакокурение превратилось в настоящую проблему, обусловленную развитием стойкой зависимости и трудно устранимой привычкой. Преобладающим мотивом регулярного курения является уже сформированная в той или иной степени зависимость от никотина. Устранение негативного влияния табакокурения на здоровье населения определило целый ряд мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни [1, 2]. Распространенность табакокурения в Республике Беларусь находится на достаточно высоком уровне: ежегодно от болезней, причинно связанных с курением, умирают 15,5 тысяч жителей [3]. По данным Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в Беларуси курят 64,1% мужчин и 23% женщин. Гомельская область занимает второе место по распространенности табакокурения (47,2%) [4, 5]. Для определения причин и распространенности табакокурения среди населения было проведено анкетирование, в котором приняло участие 30 человек (14-40 лет), являющиеся студентами УО «Гомельский государственный медицинский университет», УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и УО «Белорусский государственный университет транспорта». В анкетировании приняли участие 30 человек, из которых 11(36%) мужчин и 19 (64%) женщин. Среди анкетированных возрастная категория «21-30 лет» превалировала над категорией «17-20 лет» (11 человек (36%) и 19 человек (64%) соответственно). Анализ ответов на вопрос «Курите ли Вы?» показал следующие результаты: из 30 опрошенных 15 человек (50%) ответили «никогда не пробовал»; 3 человека (10%) – «курил, но бросил»; 4 человека (13%) – «курю от случая к случаю»; 7 человек (23%) – «курю постоянно (выкуриваю менее 1 пачки в сутки)»; 2 человека (7%) – «курю постоянно (выкуриваю примерно 1 пачку в сутки)»; 1 человек (3%) – «курю постоянно (выкуриваю более 1 пачки в сутки)». Вопрос «По каким причинам Вы начали курить?» дал противоречивые результаты. 2 человека (12%) начали курить из-за нервного напряжения; 3 человека (18%) – из-за скуки, «от нечего делать»; 6 человек (35%) – под воздействием окружения; 2 человека (12%) – как способ расслабления; 1 человек (6%) – по другим причинам. Данный вопрос показал роль окружения и нервного напряжения в развитии вредных привычек у населения. Далее мы установили причины, по которым люди хотят бросить курить. В результате опроса было выявлено, что одними из основных являются знание, понимание того, что курение вредит здоровью, а также недовольство близких, родственников, коллег по работе. На вопрос «В каком возрасте Вы начали курить?» мы получили следующие ответы: «12 лет» - 2 человека; «14 лет» - 2 человека;

«15 лет» - 2 человека; «16 лет» - 1 человек; «17 лет» - 6 человек; «21 год» - 1 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что большая часть респондентов начали курить еще в молодом и даже подростковом возрасте, что резко ставит вопрос о профилактике табакокурения среди молодежи. Ответы на вопрос «Как Вы считаете, необходимо ли ужесточать требования по борьбе с табакокурением?» распределились следующим образом: «Да» ответили 40% анкетированных, «Нет» - 30%, «Затрудняюсь ответить» - 30%. По результатам анкетирования наиболее значимыми причинами, способствующими распространению табакокурения – нервное напряжение, влияние курящего окружения. Большое значение нужно придать тому факту, что большая половина опрошенных начали курить в возрасте 12-17 лет, что является доказательством распространения табакокурения среди молодежи. В ходе исследования было выявлено, что респондентами, проголосовавшими за ужесточения требований по борьбе с табакокурением, явились некурящие люди. Выявленные результаты указывают на острую необходимость поиска и реализации мероприятий, направленных на устранение табакокурения.

Список литературы.

1. Беридзе, Р. М. Изучение вопроса табакокурения в Гомельской области / Р. М. Беридзе // Сборник научных статей XI Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых «Проблемы и перспективы развития современной медицины». – Т.2. – Гомель. – 2019. – С. 128 – 129.
2. Ягодинский, В. Н. Уберечь от дурмана / В. Н. Ягодинский // М.: Просвещение. – 1989. – 96 с.
3. Ванина, А. Д. Математика о вреде курения / А.Д.Ванина // Вестник МИЭП. – 2015. – № 1. – С. 244 – 248.
4. Материалы сайта Министерства Здравоохранения Республики Беларусь – <http://www.minzdrav.by/med/index.htm> 5. Материалы сайта Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья - <http://www.rcheph.by/>

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Грудько И.А., Сарока Е.Г., Мамчиц Л.П.

Гомельский государственный медицинский университет

Одним из важнейших факторов, который определяет состояние здоровья, является питание. Рациональное питание (от латинского *rationalis* – разумный) – биологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера трудовой деятельности, особенностей климата и других факторов [1]. Организация рационального питания является одной из главных задач профилактической медицины, так как от неё зависит сохранение и укрепление здоровья, а также повышение работоспособности студентов медицинских ВУЗов. Особенности организации учебного процесса негативно влияют на рациональность питания студентов-медиков [2]. Однако есть категория студентов, которые тщательно занимаются вопросами своего здоровья, что проявляется в ведении ими здорового образа жизни: систематических занятиях спортом в секциях или на дому, соблюдении рациональности питания. Материалом исследования явились данные анкетирования 80 студентов Гомельского государственного медицинского университета. Респонденты были разделены на группы по полу, а также занимающиеся спортом и нет. Для обработки данных использованы общепринятые компьютерные программы. Результаты анкетирования показали, что среди юношей, регулярно занимающихся спортом, больше тех, кто соблюдает рациональное питание, чем в группе

юношей, не занимающихся спортом (соответственно 50% и 33%). Среди девушек данные показатели составили соответственно 50% и 20%. При анализе данных было выявлено, что в группе спортсменов во время учебы завтракают и обедают 38% мужчин; только завтракают или только обедают - 12%; приносят еду из дома - 38%; 12% - вовсе не принимают пищу. Среди мужчин, не занимающихся спортом: 66% приносят еду из дома; 34% не принимают пищу. Среди девушек-спортсменок данные имеют следующий вид: 9% во время учебы завтракают и обедают; 9% - только завтракают или только обедают; 66% - приносят еду с собой; 16% - не принимают пищу. 40% женщин, не занимающихся спортом, только завтракает или только обедает во время учебы; 20% - приносят еду из дома; 40% - не принимает пищу. Результаты данного исследования показывают, что рациональность и частота питания у спортсменов выше, что является необходимым для поддержания мышечной массы в норме в периоды интенсивных тренировок. Также нами было выяснено, что 100% юношей-спортсменов не употребляет в питании продукцию «фаст-фуд». Однако среди юношей, не занимающихся спортом, ежедневно фаст-фуд употребляет 25%; 25% - 1-2 раза в неделю; 50% - 1-2 раза в месяц. 100% девушек-спортсменок не употребляет фаст-фуд. Среди девушек, не занимающихся спортом, 20% - употребляет фаст-фуд практически ежедневно; 20% - 1-2 раза в неделю; 40% - 1-2 раза в месяц; 20% - не употребляют. На вопрос о добавлении в рацион экзогенных витаминов и БАДов были получены следующие ответы: 66% юношей-спортсменов используют витамины и БАДы постоянно; 34% - не употребляют. 12% юношей, не занимающихся спортом, употребляют витамины и БАДы постоянно; 50% - иногда; 38% - не употребляют. 58% девушек-спортсменок употребляет витамины и БАДы регулярно; 25% - иногда; 17% - не употребляют. Среди девушек, не занимающихся спортом, 20% употребляют витамины и БАДы постоянно; 80% - не употребляют. В ходе исследования мы выявили, что 40% респондентов считают, что на изменение рациона в пользу здорового питания могут повлиять средства массовой информации (СМИ), среди них 15% спортсменов; 13% высказываются в пользу специальных законодательных актов (среди них 3% спортсменов); 9% считают, что на изменение рациона в пользу здорового питания может повлиять реклама обогащенных продуктов (среди них 3% спортсменов). Также 38% опрошенных считают, что положительный пример может повлиять на изменение рациона.

Структура питания студентов в связи с особенностью организации учебного процесса характеризуются снижением поступления в организм необходимых микронутриентов и витаминов. Анализ рациона питания показал, что питание студентов-спортсменов является более рациональным и сбалансированным. Питание студентов, не занимающихся спортом, характеризуется несбалансированностью и нерациональностью, что требует корректировки качественного и количественного состава пищи.

Список литературы.

1. Румянцев, Г. И., Прохоров, Н. И., Новиков, С. М. Гигиена: Учебник / Под ред. Г. И. Румянцева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 238 – 239.
2. Саркисянц, Э. Э. Бюджет времени студентов — важнейший критерий гигиенической оценки организации обучения в вузе / Э. Э. Саркисянц, Т. Ш. Миннибаев, О. П. Сараджева, Н. А. Должанская, Н. Л. Ямщикова // Гигиена и санитария. — 1988. — № 4. — С. 35 – 38.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ КАК РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДа

Доценко Е.К., Бочерова В.К., Хорошун Д.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Донбасс, как и другие регионы Юго-Восточной Украины, отличался наиболее высоким уровнем ВИЧ/СПИДа. Это крупный промышленный центр с рассредоточенной по всей его территории мощными промышленными предприятиями, основной контингент работающих – лица молодого возраста, лица наиболее активной сексуальностью. Основной путь передачи этого инфекционного заболевания у данной категории – половой. В настоящее время актуальность, значимость этой проблемы связана с военными действиями в республике, основной части территории Донбасса; это еще и высокая необходимость в переливании крови. Поэтому в республике распространенность ВИЧ/СПИДа связана «объединением» этих двух путей передачи. И потому необходимость защиты лиц с наибольшей степенью инфицированности (20-39 лет) с нашей точки зрения определяется знаниями этой проблемы с ее истоков в выше указанных возрастных группах лиц, представляющих наибольший риск возможности заражения – это именно «подростково-юношеская» группа. Определение наиболее доступных к реализации мер профилактики ВИЧ/СПИД именно в указанной возрастной категории, а значит и здоровья лиц в старших возрастных группах. Проведено социологическое исследование среди школьников 7-11 классов г. Донецка (500 школьников, как репрезентативная выборка) по комплексному исследованию их уровня знаний в вопросах ВИЧ/СПИД. Опрос осуществлялся методом анкетирования. Анкеты заполнялись самими респондентами, отвечающими на поставленные вопросы. Были сформированы две группы: «младшая» - 7-8 классы, и «старшая» - 9-11 классы - анкеты этой группы имели несколько дополнительных вопросов, специально разработанных для категории школьников. Материал обрабатывался расчетом относительных величин в частности экстенсивных показателей. Осведомленность о ВИЧ/СПИДе достаточно высокая в обеих группах – 90% в случае учеников 7-8 классов и в 100% - старших классах. Однако, расшифровка аббревиатуры составила 31% в младших и 65% у старших школьников. Осведомленность о путях передачи составляла соответственно 38% и 48%. При этом, воздушно-капельный путь передачи отметили 7% ребят младшей группы и лишь 1% старшеклассников. 94% респондентов суммарно считают основной защитой презервативы; 50% старшеклассников осведомлены о роли в «защите» от ВИЧ/СПИДа количества сексуальных партнеров; 46-69% соответственно полагают, что СПИД не излечим. Не выявлены достаточные различия в уровнях знаний перечисленного между девушками и юношами. О роли переливаемой крови правильно осведомлены 87-88% учащихся. Обращает внимание младшая возрастная группа большей степенью осведомленная в вопросах внешних и внутренних проявлениях ВИЧ/СПИД. Не знали школьники обеих групп, не могли указать свою точку зрения в вопросе их «согласия» жить вместе (семья, общежитие) с ВИЧ – положительным. В среднем, сексуальные взаимоотношения определены с 15-летнего возраста и, при этом, 75% этих лиц использовали «презерватив». Достаточно высокий уровень осведомленности в обеих группах о болезни, передаваемой половым путем (89 и 98%). Информацию о ВИЧ/СПИДе в определенном отношении школьники получали в рамках школьной программы (77-93%), но, что это было за информация большая часть школьников обеих групп не могли вспомнить. Как правило, основные проблемы этой патологии обсуждались с друзьями (38 и 66%), родителями (41 и 53%), медперсоналом (22 и 44%). При всем изложенном, как правило, «поставщик» информации – интернет. Однако, лишь 20% старшеклассников серьезно интересуют вопросы себя-защиты от

ВИЧ/СПИД; 11% школьников интересуют вопросы и лечения, и как работают ученые мира над этой проблемой.

Выводы:

1. Подростково-юношеский период – это важнейший период «сексуального влечения» на фоне не сложившейся социализации.

2. При ведущей роли в распространении ВИЧ/СПИДа играет парэнтеральный путь; однако в исследуемых возрастных группах на первом месте – половой.

3. В профилактике рисков в ВИЧ/СПИДа основное значение должно быть отведено воспитанию, работе в семье, школе (учителя, медработники) с четко дифференцированной программой в вопросах становления «полового статуса», сексуальных взаимоотношений рисков в болезнь, передающуюся половым путем.

4. С нашей точки зрения особая роль должна быть отведена семье – маленького коллектива, где может быть обеспечен индивидуальный подход к ребенку.

5. Соответствующий уровень знаний в изложенном должен складываться от комплекса именно «воспитательной» работы выше указанных инстанций, а не «уличного просвещения» и интернета в том числе.

Список литературы.

1. Покровский В.В., Ермаш Т.Н. и др. ВИЧ – инфекция: клиника, диагностика, лечение/ В.В. Покровский и др. - Москва. ГЭОТАР: Медицина, 2000. - 400с.

2. Борьба с инфекционными болезнями. / Итоговый документ саммита «Группы восьми». - Санкт-Петербург, 2006.

3. Рифат Грачев, Вл. Удодов Здоровье и общество. Проблемы и решения./ Рифат Грачев, Вл. Удодов. - Донецк, 2007.- С.64-90.

ВЛИЯНИЕ ВЕЙПИНГА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ **Ерёменко А.И., Благородова М.А, Бочкарева Ю.В., Малыхин Ф.Т.** Ставропольский государственный медицинский университет

Неблагоприятным фактором, для здоровья студентов, является курение [2]. В России количество курящих достигает 36,4 млн человек, из них 53,8% это люди от 15 до 24 лет [9]. Проблема курения не стоит на месте, появилось новая разновидность – вейпинг, популярная среди молодежи, воспринимаемая как стильный и безвредный аксессуар.

Сегодня нет единого мнения о влиянии веществ, входящих в смеси для вейпов, но с тем, что они не безобидны, согласны многие. В них входит синтетический никотин, соли различных металлов, ароматические вещества при нагревании которых, образуются аэрозоли, проникающие в ткани организма. Под их воздействием формируется зависимость, увеличивается риск развития заболеваний [1,3,4,5]. Исследования о влиянии вейпинга на здоровье человека продолжаются, но доступных данных, достаточно, чтобы сказать: парение, как и курение - опасный тренд[7].

Цели и задачи. Определение количества человек, использующих вейпы, мотивации их использования, корреляцию распространенности вейпинга с другими видами курения, информированности о его вреде среди студентов 3 курса СтГМУ.

Материалы и методы. Данные получены путем анкетирования. Межгрупповые различия по количественным показателям оценивались с применением критерия Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. При частоте признака менее 5 рассчитывали критерий Фишера. Связи между признаками оценивали по шкале Чеддока.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 450 студентов 3 курса СтГМУ, средний возраст $-20,5 \pm 0,5$ года. Результаты по факультетам распределились примерно

одинаково, различия статистически не значимы, в подсчетах все объединены. В анкете 22 вопроса.

Среди опрошенных курящих традиционные сигареты – 58 человек – 12,9%, некурящих – 392 – 87,1%, из них 8 – 2,0% бросили курить, а 33 – 8,4% пробовали курить. Средний стаж курения – $2 \pm 0,5$ года. В группе некурящих никогда не использовали вейп 83,9%, пробовали 14,0%, используют регулярно 2,0%. В группе курящих не использовали вейп 24,1%, используют регулярно 17,2%, пробовали 58,6%. Среди курящих наблюдается большая распространенность курения вейпа в сравнении с некурящими – 17,2% и 2,0% критерий Стьюдента при сравнениях – 12,71; пробовали курить вейп 58,6% и 14,0%, из них 14,0% употребляют вейп с целью бросить курить. Вывод: распространенность вейпинга среди курящих связана с имеющейся зависимостью, более толерантным отношением к курению, употребление вейпа снижает у курящего критическое отношение к курению и может приводить к его употреблению в качестве альтернативы табакокурения или вместе с ним. Сходные показатели мы видим касательно курения кальяна. Среди курящих регулярно курят кальян 29,3% от всех курящих; пробовали – 81%, среди некурящих этот показатель значительно ниже: – 31,4% ($p < 0,05$). В качестве средства для борьбы с табакокурением вейпинг распространен меньше, чем как средство для удовольствия. Возможно, это связано с тем, что: стремится бросить курить лишь половина опрошенных, стаж курения у большинства – незначительный, зависимость не сильная, необходимость замещения одной привычки на другую не так необходима, как у курильщиков с большим стажем. Это подтверждает, и то, что лишь немногие пробовали другие способы отказа от курения. В графе «другое» указывались варианты: «расслабиться», «попробовать». Об употреблении вейпа окружающими сообщили 25,0% курящих и 12,0% некурящих студентов.

Это объясняется более низким распространением электронных сигарет. Для классических сигарет разрыв между курящими и некурящими значительно больше. Курящие люди окружают 72,4% курильщиков, а некурящих 25,0%. У 41,4% курильщиков курят родители, у 22,4% брат/сестра. Для некурящих – показатели вдвое ниже.

О вреде курения знали все, а о вреде вейпинга не знали 44 – 9,7% опрошенных. Данная цифра, может, не являться достоверной, так как на этот вопрос часто отвечают, боясь показаться некомпетентным. Выборочный опрос нескольких человек, осведомленных о вреде вейпинга показал, что они не могут ответить на вопрос о его последствиях. Среди курящих студентов толерантность к курящим врачам намного выше. На вопрос «Совместимо ли звание врача и курение?» «да» – ответили 74,1% курящих и 25,0% некурящих.

Закключение. Исследование показало, что табакокурение и вейпинг взаимосвязаны, так как, курящие люди толерантней относятся к нему, чем некурящие. Идеи, о том, что употребление вейпа помогает в избавлении от табакокурения не получили научного подтверждения. Курение вейпа, при его более приятном вкусе в сравнении с сигаретами не приводит к таким последствиям, как неприятный привкус во рту и пропитывание запахом дыма. Стало понятно, что осведомленность респондентов о вреде электронных сигарет низкая. Это связано с небольшим количеством исследований о последствиях вейпинга, недостаточной профилактикой «парения» и информации о его «меньшем» вреде в сравнении с сигаретами.

Значение для науки и практики. Исследование показало: среди курящих классические сигареты использование вейпов встречается чаще, это может усугублять течение многих заболеваний, в том числе и COVID-19, снижать эффективность лечения. По наблюдениям COVID-19 наносит удар по разным системам и органам, а курение, еще больше повышает риск развития заболеваний, делая пациентов более уязвимыми в отношении вируса [6,8].

Очевидно, что осведомленность студентов о вреде вейпинга низкая. Если о других вредных привычках детей просвещают с самых ранних лет, то о вейпинге они слышат меньше. При этом те, кому курение вейпа приносит прибыль, этим пользуются, убеждая молодежь в их безвредности.

Необходимо проводить профилактические мероприятия о вреде вейпинга. Это уменьшит его распространение и снизит количество заболеваний. Значительная роль на данном этапе должна отводиться клиническим и статистическим исследованиям.

Список литературы

1. Асанов, Т.М. Современные данные об использовании вейп-девайсов подростками и функциональных особенностях респираторной системы у них / Т.М. Асанов, Е.А. Скубилина, Т.В. Дружинина, В.В. Бекезин // Смоленский Медицинский Альманах. – 2017. – № 3. – С. 75-80.
2. Лысцова, Н.Л. Комплексная оценка состояния здоровья, пищевого статуса и параметров липидного обмена студентов в период обучения в высшем учебном заведении: дис. канд. биол. наук : 03.03.01 : защищена 28.10.16 : утв. 20.04.2017 / Лысцова Надежда Леонидовна. – Челябинск, 2016. – 153 с.
3. Османов, Э.М. Курение и его профилактика в школе / Э.М. Османов, С.Ю. Дутов // Вестник ТГУ. – 2009. – № 14. – С. 449-452.
4. Пластовец, А.И. Образ жизни и его влияние на распространенность курения среди детей школьного возраста / А.И. Пластовец, Ю.А. Тюков, Д.В. Плюхин, И.Н. Добровецкий // Вестник ЮУрГУ. – 2010. – № 19. – С. 80-83.
5. Савельев, Д.С. Анкетирование как эффективный метод борьбы с курением среди студентов / Д.С. Савельев // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2012. – № 7. – С. 87-88.
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20.doi:10.1056/NEJMoa2002032. (8)
7. <https://takzdorovo.ru/articles/5151427/>
8. Lawrence H, Hunter A, Murray R, et al. Cigarette smoking and the occurrence of influenza—Systematic review. J Infect. 2019;79(5):401-6. doi:10.1016/j.jinf.2019.08.014. (9)
9. WHO Regional Office for Europe [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/countries/russian-federation/publications/global-adult-tobacco-survey-russian-federation-2016-factsheet>.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ И У СТУДЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Калантарова Е.С., Иванова Е.Ю., Старостина А.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

В связи с ухудшением состояния воздушной среды, резко возрастает заболеваемость бронхиальной астмой, что приводит к ухудшению самочувствия и снижению работоспособности. Это обуславливает важность исследования течения данного заболевания. Исследование проводилось с использованием диагностической системы «Валента». Также использовались расчётные методы. В исследовании принимали участие 16 студентов (18-25 лет). Из них 9 человек страдают бронхиальной астмой. Были оценены следующие показатели внешнего дыхания: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), индекс Тиффно(ИТ), МОС-25 (мгновенные объемные скорости к моменту выдоха 25% ФЖЕЛ), МОС-50 (мгновенные объемные скорости к моменту выдоха 50% ФЖЕЛ), МОС-75 (мгновенные объемные скорости к моменту выдоха 75% ФЖЕЛ), средняя объемная

скорость выдоха, определяемая в процессе выдоха от 25 до 75 % ФЖЕЛ выдоха (СОС 25-75). Показатели ЖЕЛ у студентов с бронхиальной астмой были снижены у 5 человек из 9, величина снижения колебалась от 34 до 46%. Показатели ЖЕЛ, соответствующие норме отмечались у 4 человек, страдающих бронхиальной астмой и у всех здоровых студентов. Индекс Тиффно у студентов, страдающих бронхиальной астмой, составил в среднем 95%, а у здоровых студентов 115%. МОС-25: у 7 студентов, страдающих бронхиальной астмой, отмечалось снижение МОС-25, процент снижения составил от 35 до 50%, что позволяет предположить наличие обостренной патологии в крупных бронхах. У здоровых студентов МОС-25 соответствует норме. У всех студентов, страдающих бронхиальной астмой, отмечалось снижение МОС-50, процентное снижение составило от 34 до 58% от должных значений, что позволяет предположить патологический процесс в бронхах среднего диаметра. МОС-75: у 2 испытуемых, страдающих бронхиальной астмой, наблюдалось снижение МОС-75, что говорит о вовлечении в процесс мелких бронхов. Нормальные показатели МОС-75 у 7 человек, страдающих бронхиальной астмой и у всех здоровых студентов. У студентов, страдающих бронхиальной астмой, по сравнению со здоровыми студентами, наблюдалось снижение ЖЕЛ, МОС-25, МОС-50, что позволяет предполагать наличие обструктивных патологий в крупных и средних бронхах.

Список литературы.

1. Чучалин, А. Г. Бронхиальная астма / А. Г. Чучалин.-М.: Медицина, 2003. -112 с.
2. Воронина, Т. В. Закаливание: оздоровление, лечение и реабилитация: методические рекомендации / Т.В.Воронина, Л.О. Артемьева. - Пенза, 2002.-17с.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ О ВЛИЯНИИ ВЕЙПИНГА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Каменев Е.А., Кудрявцева В.Д., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время все больше новых данных о повреждении легких, связанных с использованием электронных сигарет, в том числе о случаях со смертельным исходом [1]. Так же использование электронных сигарет ассоциировано с увеличением в несколько раз риском заражения новой коронавирусной инфекцией.[5] Это связывают с нахождением в аэрозоле вейпа частицы тяжелых металлов, формальдегид, акролеин, увеличение активности легочных протеаз при вейпинге. [4]. Что в первую очередь, подчеркивает необходимость информирования об опасности использования электронных сигарет или вейпинга молодыми людьми. Одновременно с этим электронные сигареты способствует повышению сосудистой жесткости, что является фактором риска возникновения кардиоваскулярных заболеваний[2,3]. Нами был проведен онлайн-опрос у 251 студента первого курса СтГМУ в возрасте от 17 до 24 лет на базе Университетского центра здоровья. Среди обследованных юношей - 108(43%) и девушек 143(57%). Студентам проводился опрос по предварительно составленной анкете с использованием платформы для опросов под названием Google forms с помощью вопросника длительностью от 5 до 10 минут. Опросник включал 10 вопросов с вариантами ответов, в которых отражалась информация о курении электронных сигарет, отношении студентов к вейпингу, информированность о вреде и опасности для здоровья, мнение о потенциальном вреде вейпинга в период пандемии коронавирусной инфекции. В ходе статистической обработки данных установлено, что 15(6%) из всех опрошенных используют вейп в настоящее время. Из всех участников опроса юношей курящих вейп 6(2,4%), девушек 9(3,6%). Среди студентов 74(29,5%) использовали электронные

сигареты ранее. При этом 36(14,3%) человек считает, что вейпинг не наносит вред здоровью. По результат анкетирования было установлено, что положительного отношении к вейпингу не было ни у одного из опрошенных, отрицательном мнение предъявляли 143(57%) человека, нейтральное отношение было у 108(43%) студента. При этом 131(52,2%) студентов считают, что осведомлены о том, что вейп является фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, 73(29,1%) опрошенных догадываются об этом и 47(18,7%) студентов не знакомы с данной информацией. А на вопрос об осведомленности информацией, что вейп является фактором риска возникновения заболеваний дыхательной системы 94(37,5%) опрошенных, ответили, что знают об этом, 108 (43%), что догадываются об этом, и 49(19,5%), что не знакомы с данной информацией. На вопрос о пользе вейпа для лечения ОРВИ и COVID-19 – 146(58,2%) ответили, что вейп может навредить еще сильнее, 84(33,5%) что он бесполезен, в данной ситуации, но и не вреден, 12(4,8%) что вейп возможно поможет облегчить состояние больных и 9(3,5%) что вейпинг в данном случае полезен. На вопрос о взаимосвязи вейпинга и ОРВИ и COVID-19 – 5(2%) ответили, что вейпинг способствует укреплению иммунитета, 90(35,8%) что он не способствует возникновению данных заболеваний, 145(57,8%) что вейпинг лишь незначительно может ослабить местный иммунитет, но к данным заболеваниям отношения не имеет и 11(4,4%) указали, что электронные сигареты и вейпинг способствует возникновению данных заболеваний и увеличивает риск развития осложнений. Полученные данные свидетельствуют, что 6% опрошенных лиц молодого возраста употребляют электронные сигареты в настоящее время. Из всех опрошенных первокурсников почти 20% не информированы о вреде электронных сигарет, а 14% считают, что вейп не опасен. Вместе с тем практически 33,5% опрошенных считают, что вейпинг и COVID-19 как минимум не имеют между собой связи, и лишь 5% осознают, что использование вейпинга повышает риск заражения ОРВИ и COVID-19 и увеличивает риск осложнений. Полученные данные говорят, что в период пандемии несмотря на то, что молодые люди имеют более низкий риск развития серьезных симптомов COVID-19 по сравнению со взрослыми и пожилыми людьми, использование сигарет и электронных сигарет может повысить риск развития серьезных симптомов COVID-19 [5]. Информированность студентов целесообразно повышать путем проведения скрининга и обучения в онлайн-школах здоровья, направленных на сокращение курящих лиц и предупреждение курения электронных сигарет и вейпа.

Список литературы.

1. Update: Characteristics of Patients in a National Outbreak of E-cigarette, or Vaping, Product Use–Associated Lung Injuries — United States, October 2019. Erin D. Moritz, Lauren B. Zapata, Akaki Lekhiachvili, et al. Weekly / November 1, 2019 / 68(43);985–989
2. Electronic Cigarette Smoking Increases Aortic Stiffness and Blood Pressure in Young Smokers. Charalambos Vlachopoulos, Nikolaos Ioakeimidis, Mahmoud Abdelrasoul, Dimitrios Terentes-Printzi at all. JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY June 2016. Vol. 67, Issue 23. P2802-2803
3. Klaas Frederik Franzen, Johannes Willig, Silja Cayo Talavera, Moritz Meusel, Friedhelm Sayk, Michael Reppel, Klaus Dalhoff, Kai Mortensen, Daniel Droemann. E-cigarettes and cigarettes worsen peripheral and central hemodynamics as well as arterial stiffness: A randomized, double-blinded pilot study. / Vascular Medicine-2018-Vol. 23(5) -P419–425.
4. I.G. Gillman a, K.A. Kistler, E.W. Stewart, A.R. Paolantonio. Effect of variable power levels on the yield of total aerosol mass and formation of aldehydes in e-cigarette aerosols. / Regulatory Toxicology and Pharmacology 2016-№75--58-65
5. Shivani Mathur Gaiha, Jing Cheng, and Bonnie Halpern-Felsher. Association Between Youth Smoking, Electronic Cigarette Use, and COVID-19/ / Journal of Adolescent Health 67 (2020) 519-523

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кешвединова А.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный
университет имени В.И. Вернадского

Современный ритм жизни зачастую становится причиной эмоционального выгорания как у врачей, так и у студентов-медиков. Молодым людям необходимо совершенствоваться в понимании собственных эмоций, их контроле, правильной оценке своего психологического состояния. В последнее время появляется все больше программ, направленных на обучение навыкам эмоционального интеллекта. Считается, что данная техника способна значительно повлиять на понимание собственной мотивации, а также помогает контролировать эмоции как свои, так и окружающих [1-3]. Провели анкетирование 40 студентов с использованием опросника Маслач, адаптированного в России Н.Е.Водопьяновой, для определения эмоционального выгорания и опросника Н. Холла для определения эмоционального интеллекта. Для удобства анализа данных респондентов разделили на 2 группы: юношей и девушек, средний возраст опрошенных составил $20,32 \pm 0,09$ лет ($M \pm m$). Статистическую обработку осуществили в программе Microsoft Excel. В первую группу вошли 20 юношей возрастом от 19 до 21 года, в среднем ($20,3 \pm 0,15$ лет). Эмоциональное выгорание оценивали по 3-м составляющим: эмоциональное истощение у 4 (20%) студентов находится на низком, у 10 (50%) студентов на среднем, а у 6 (30%) – на высоком уровне. Деперсонализация у 9 (45%) студентов на среднем, у 10 (50%) на высоком уровне; редукция персональных достижений у 4 (20%) на низком, а у 10 (50%) на высоком уровне. Средние показатели у юношей по эмоциональной истощенности составили $20,9 \pm 1,64$ балла, что соответствует среднему уровню. Деперсонализация достигала высокого уровня ($13,2 \pm 1,25$). Отмечен также средний уровень редукции персональных качеств – $29,2 \pm 1,72$ балла. Оценка эмоционального интеллекта состоит из анализа 5 шкал. Эмоциональная осведомленность у 7 (35%) юношей на низком, у 10 (50%) на среднем и у 3 (15%) на высоком уровне, в общем - средний уровень ($26,5 \pm 0,90$ балла). Управление своими эмоциями у 15 (75%) на низком уровне ($22,5 \pm 1,18$). Самомотивация у 10 (50%) респондентов на низком, а у 8 (40%) на высоком уровне. Эмпатия у 13 (65%) юношей на среднем уровне. Распознавание эмоций других людей – у 9 (45%) на низком, у 8 (45%) на среднем уровне. Во вторую группу вошли 20 девушек возрастом от 20 до 22 лет ($20,37 \pm 0,14$). Эмоциональное выгорание: истощение у 9 (45%) студенток на низком и среднем уровне, деперсонализация у 8 (40%) на среднем и у 12 (60%) на высоком уровне, редукция профессиональных достижений у 9 (45%) на среднем и у 6 (30%) девушек на высоком уровне. Результаты оценки эмоционального интеллекта: эмоциональная осведомленность находится у 13 (65%) на среднем уровне ($28,68 \pm 0,78$ балла), управление своими эмоциями у 8 (40%) на низком, у 12 (60%) студенток на высоком уровне. Самомотивация у 13 (65%) и эмпатия у 15 (75%) на среднем уровне ($25,95 \pm 1,0$ и $25,3 \pm 0,83$ балла соответственно). Управление эмоциями других людей у 12 (60%) на среднем уровне. Данные отличия, полученные при гендерном разделении, не являются достоверными ($p > 0,05$). При общем анализе предполагается тем большая эмоциональная истощенность, чем на меньшем уровне находятся эмоциональная осведомленность, самомотивация и распознавание эмоций других людей. Эмоциональная истощенность напрямую зависит от эмпатии, редукция персональных достижений напрямую зависит от управления своими эмоциями, самомотивации, эмпатии и распознавания эмоций других людей. При сравнительном анализе в гендерном аспекте получены интересные результаты. И у юношей, и у девушек определяется обратная зависимость эмоциональной истощенности от самомотивации ($p < 0,05$) отсутствие зависимости деперсонализации от сфер эмоционального интеллекта. У юношей

отсутствует корреляционная связь между возрастом и эмоциональными сферами, но определяется отрицательная зависимость эмоциональной истощенности от эмоциональной осведомленности. Редукция их персональных качеств напрямую зависит от управления своими эмоциями, самомотивации и эмпатии. У девушек выявлено, что редукция их персональных качеств напрямую зависит от способности к распознаванию эмоций других людей. Больше показателей эмоционального интеллекта находятся на среднем уровне у обеих групп респондентов. Эмоциональное выгорание – на среднем и высоком уровнях. При гендерном разделении эти показатели не являются достоверными. Существует обратная зависимость эмоциональной истощенности от некоторых сфер эмоционального интеллекта. Важными являются выявленные при общем анализе корреляционные связи между возрастом и эмоциональной осведомленностью, эмпатией, имеющие отрицательную направленность. Существуют гендерные отличия в зависимостях между эмоциональным интеллектом и эмоциональным выгоранием.

Список литературы.

1. Васильева Н.Г. Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. СПб, 2016. С. 3-4, 21-23.
2. Киселева Т.С. Эмоциональный интеллект как жизненный ресурс и его развитие у взрослых: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.13. - М., 2014. - с. 5-6, 23-25.
3. Шинкарёва О.В., Майорова Е.А. Оценка эмоционального интеллекта студентов высших учебных заведений // Балтийский гуманитарный журнал. 2018. №4(25). С. 263-264.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕЙ ВНЕШНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ САМООЦЕНКИ

Кешвединова А.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского

Подростковый возраст характеризуется существенными физическими и психическими перестройками в организме, результаты которых не всегда совпадают с ожиданиями молодых людей. Как правило, в данном возрасте аспекты внешности оказывают значимое влияние на самооценку, развитие личности и социальное положение [1-2]. Было проведено анкетирование 200 подростков с использованием Опросника образа собственного тела (ООСТ) для выявления выраженной неудовлетворенности собственным телом; Шкалы удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) для оценки отдельных сегментов тела по методике О.А. Скугаревского. С помощью теста-опросника С.В. Ковалева определяли уровень самооценки респондентов (0-25 – высокий, 26-45 – средний, 46-128 – низкий). Исследование проводили на базе ЧАУ Медико-биологического лица в г. Симферополь. Средний возраст респондентов составил 16±2 года. Сформировали 3 группы с учетом уровня самооценки, каждую рассматривали на основании гендерного признака. Статистическую обработку проводили в Microsoft Office Excel 2007, используя методы вариационной статистики при $p < 0,05$. В первую группу вошли 47 учеников и 53 ученицы с высоким уровнем самооценки (17±4 и 20±3 баллов соответственно). Среди мальчиков 10,6% учащихся имеют выраженную неудовлетворенность собственным телом (15±2 баллов), среди девочек – 11,3% (22±2 балла). По шкале ШУСТ пониженный уровень удовлетворенности отмечается у 8,5 % респондентов в таких сегментах тела как «колени», «нос», «живот»; низкий (4,3%) – «руки», «таз», «кисть». У 13,2% девочек пониженный уровень удовлетворенности отмечается в таких сегментах тела как «таз», «зубы», «руки (плечо и предплечье)»; у 5,6%

- низкий - «колени», «ступня». Во вторую группу вошли 37 учеников и 29 учениц со средним уровнем самооценки (34 ± 3 и 40 ± 3 баллов). 18,9% респондентов мужского и 12% женского пола имеют выраженную неудовлетворенность собственным телом (21 ± 3 и 25 ± 1 баллов). 13,5% учеников оценили сегменты «зубы», «бедро» на пониженном и у 10,8% - «рост», «кожа» - на низком уровне удовлетворенности. У 13,7% учениц пониженный уровень удовлетворенности сегментами «живот», «ягодицы», «нос», «челюсть»; у 27,5% низкий - «нога», «ступня», «лицо». В третью группу вошли 16 учеников и 18 учениц с низким уровнем самооценки (93 ± 4 и 115 ± 4 баллов соответственно). 12,5% мальчиков и 11% девочек имеют выраженную неудовлетворенность собственным телом (35 ± 4 и 40 ± 1 баллов). Пониженный уровень удовлетворенности в 12,5% - «глаза», «челюсть», «зубы», «лицо»; низкий в 31,2% мальчиков - «уши», «кожа», «нос». У девочек: «уши», «таз», «рост», «зубы» в 16,6% на пониженном, а «грудь», «лицо», «кожа», «ягодицы» в 33,3% ответов респондентов женского пола на низком уровне. Существенная доля респондентов обеих групп имеет низкую самооценку (16% респондентов мужского и 18% женского пола) и значительную неудовлетворенность собственным телом, но респонденты мужского пола более критично оценивают свою внешность (42% учеников против 34,3% учениц). Представители мужского пола наиболее требовательно относятся к таким сегментам тела как «зубы», «кожа», «нос», а женского - «ступни», «ягодицы», «лицо».

Список литературы.

1. Рубан Т. А. Изучение удовлетворенности подростков своим телом // Молодой ученый. 2016. - №28. - С. 829-831.

2. Стретович М.А. Исследование самоотношения и отношения к своей внешности: магистр дис. Псих. наук: 03.03.00. Екатеринбург, 2014. 126 с.

СРАВНЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ АЗИАТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Колоколова Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет

В последнее время проблема ожирения среди населения Азии становится все более актуальной. В результате международного исследования «International study of prediction of intraabdominal adiposity and its relationship with cardiometabolic risk / intraabdominal adiposity», которое охватило 29 стран мира, было выявлено, что аккумуляция подкожного и висцерального жира у разных народов происходит неодинаково. При этом у народов восточной Азии наблюдалось наибольшее соотношение абдоминального подкожного и висцерального жира при меньшем их содержании в организме [1]. Ожирение является главным риском развития метаболического синдрома (МС), который в свою очередь является фактором риска развития сахарного диабета II типа и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). ССЗ представляют собой основную причину смертности при сахарном диабете II типа [4], при этом ССЗ начинаются на 15 лет раньше при СД2, чем у людей не страдающих СД2 [3]. В последние годы количество пациентов - представителей азиатской популяции проживающих в Сибирском Федеральном Округе (СФО), поступающих в клиники СибГМУ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) стабильно составляет 17-20%. Поэтому для данной популяции актуальным является преморбидная диагностика ожирения для профилактики развития МС, инсулинорезистентности и риска ССЗ. Цель данного исследования - изучить

преимущество антропометрических индексов – индекса массы тела (ИМТ), отношение обхвата талии к росту (ОТ/Р) в диагностике МС и кардиоваскулярного риска среди пациентов республики Тыва. Одномоментное выборочное обследование проведено у 29 практически здоровых женщин – представителей коренных этносов северо-восточной части Азиатского материка (тувинцы) находящихся по уходу за детьми в клинике СибГМУ. Критерием для включения в исследование был возраст более 30 лет и менее 45 лет, наличие в анамнезе или в сопроводительных медицинских документах указания на гликемию натощак и повышения артериального давления в пределах высокого нормального или периодически в пределах артериальной гипертензии 1 степени. Для диагностики ожирения использовали ИМТ (≥ 30 кг/м²); также определяли ОТ/Р; обхват талии. Измерение веса проводилось в клинике на электронных весах, измерение роста с помощью ростомера. Измерение АД проводилось в стационаре (клиническое АД) в соответствии с практическими рекомендациями экспертов и соблюдением требований измерения АД. У 23 пациентов (основная группа) из 29 присутствовали 2 необходимых компонента МС – наличие в анамнезе или в сопроводительных медицинских документах указания на повышенную гликемию натощак и повышения САД и ДАД в пределах высокого нормального или периодически в пределах артериальной гипертензии 1 степени, у остальных 6 пациентов была нормогликемия и оптимальные цифры САД и ДАД (контрольная группа). Результаты исследования показали, что у 6 пациентов контрольной группы при оптимальном САД и ДАД (в среднем 116,2 и 75 мм. рт. ст.) и нормогликемией натощак (в среднем 4,85 ммоль/л) ИМТ от 22,0 до 23,9 кг/м² (в среднем 23,3 кг/м²), индекс ОТ/Р от 0,41 до 0,47 у.е. (в среднем 0,43 у.е.). У 14 пациентов основной группы с высоким нормальным САД и ДАД и артериальной гипертензией I степени (среднее САД и ДАД 138,1 и 90,9 мм. рт. ст. соответственно) и повышенным уровнем гликемии натощак (в среднем 6,49 ммоль/л) при отсутствии ожирения по ИМТ (средний ИМТ 28,1 кг/м²) индекс ОТ/Р составил от 0,49 до 0,52 у.е. (в среднем 0,50 у.е.). У остальных 9 пациентов основной группы также с наличием 2 компонентов МС (высокое нормальное САД и ДАД и артериальная гипертензия I степени (среднее САД и ДАД 140,5 и 93,0 мм.рт. ст. соответственно), повышенный уровень гликемии натощак (в среднем 6,58 ммоль/л)), имеющих ожирение по ИМТ (в среднем 32,0 кг/м²), индекс ОТ/Р составил от 0,52 до 0,55 у.е. (в среднем 0,53 у.е.). Согласно данным литературы в настоящее время необходим поиск критериев ожирения для азиатской популяции [2], в данном исследовании был изучен новый критерий, который показал более информативный результат, чем ИМТ. Индекс ОТ/Р, в лучшей степени отражает распределение жира в исследованной популяции организме и обладает большей значимостью в оценке МС, кардиоваскулярного риска, по сравнению с ИМТ. При возросшем количестве пациентов из северо-восточной части СФО направляемых на госпитализацию в клиники СибГМУ для оказания ВМП делает индекс ОТ/Р свыше 0,49 более объективным показателем, учитывающим особенности метаболических нарушений необходимым для оценки и проведению профилактики МС и кардиоваскулярных рисков.

Список литературы.

1. Тарваа Мягмарсурэн. Характеристика кардиометаболического риска и его взаимосвязи с поражением миокарда, сосудов и почек среди организованного трудоспособного населения Монголии: диссертация ... кандидата Медицинских наук: 14.01.04 / Тарваа Мягмарсурэн ;[Место защиты:], 2015.- 140 с.
2. Беленькая Л.В. Критерии ожирения в азиатской популяции. Обзор литературы. *Acta biomedica scientifica*, 3 (3), 99-102, DOI 10.29413/ABS.2018-3.3.15.
3. Booth, GL, Kapral, MK, Fung, K, et al. Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: A population-based retrospective cohort study. *Lancet* 2006; 368: 29–36.

4. Low Wang, CC, Hess, CN, Hiatt, WR, et al. Clinical update: Cardiovascular disease in diabetes mellitus: Atherosclerotic cardiovascular disease and heart failure in type 2 diabetes mellitus – mechanisms, management, and clinical considerations. Circulation 2016; 133: 2459–2502.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ГОРОДА ХАБАРОВСКА

Коломеец А. М.

Дальневосточный государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стоят на первом месте по распространенности среди населения экономически развитых стран. Наибольший интерес для ранней профилактики ССЗ вызывают модифицируемые факторы риска (ФР) у молодых людей [5]. Тем более, что результаты ряда эпидемиологических исследований, проведенных в Российской Федерации, показывают высокую приверженность к факторам сердечно-сосудистого риска, и тенденцию к их максимальной распространенности именно среди населения молодого возраста [3]. В то же время, среди лиц молодого возраста, являющихся студентами, появляется возможность выявления ФР ССЗ и реализации превентивных мер в образовательных организациях [1, 2]. Показано, что раннее выявление ФР и их коррекция, позволяет предотвратить до 80 % ССЗ в будущем [4].

На интернет-площадке разместили анкету, в которую входили вопросы, рекомендованные Министерством Здравоохранения РФ по информированности о профилактике ССЗ. Вопросы были подобраны и адаптированы для студенческой среды: включены вопросы о принадлежности к ВУЗам г. Хабаровска, характеризующие учебный процесс, влияние учебного стресса и т.д.. Анкета содержала 23 вопроса, которые позволили всесторонне оценить осведомленность об основных ФР ССЗ, наличие этих ФР у респондентов. Анализ результатов проводили, сравнивая данные, полученные среди студентов ДВГМУ (студенты медицинского ВУЗа), с данными студентов, обучающихся во всех остальных ВУЗах (общая группа студентов немедицинского ВУЗа). Данные были подвергнуты статистической обработке с расчетом коэффициента Хи-квадрат. Критическое значение уровня статистической значимости «р» принималось равным 0,05.

В добровольном интернет-анкетировании приняли участие 292 студента из разных ВУЗов г. Хабаровска. Соотношение студентов медицинского (ДВГМУ) и немедицинских ВУЗов составило примерно две равные части – 149 и 143 человека соответственно. Среди немедицинских ВУЗов г. Хабаровска в опросе приняли участие студенты ДВГУПС – 25 человек (8,6% от общего числа), РАНХиГС – 55 человек (18,8%), ТОГУ – 35 человек (12%) и ХГУЭП – 28 человек (9,6%). Студенты-медики статистически значимо чаще были осведомлены о ФР ССЗ ($p=0,01$), значительно реже не придерживались здорового образа жизни (6,7%) в сравнении со студентами немедицинских ВУЗов (29%, $p=0,01$) и чаще указывали на наличие семейной истории ССЗ заболеваний у кровных родственников в сравнении со студентами немедицинских ВУЗов. По-нашему мнению, это связано с профессиональным интересом к сбору анамнеза, к своей наследственности в связи с обучением в ВУЗе и получением специфических знаний. Студенты-медики статистически значимо чаще не курили (87,9% $p=0,01$), в сравнении со студентами немедицинских ВУЗов 39%, которые выкуривали 7 сигарет в день и более 39,3% ($p=0,01$). Студенты немедицинских ВУЗов в 6 раз чаще употребляли более 50 мл алкоголя в пересчете на 40-процентный спирт в сравнении со студентами-медиками (42% против 7,4%, $p=0,01$).

Уровень стресса студентов медицинского и немедицинских ВУЗов был без статистически значимой разницы. Студенты медицинского ВУЗа статистически значимо реже (26,1%) в сравнении со студентами немедицинских ВУЗов спят менее 6 часов в день (63%, $p=0,01$). Мы ожидали обратную зависимость в связи с работой и ночными дежурствами студентов-медиков, полученные результаты, возможно, связаны с более частым посещением ночных клубов и дискотек студентами немедицинских ВУЗов. Физическая активность среди студентов медицинского ВУЗа оказались значимо выше, в сравнении со студентами немедицинских ВУЗов, на что указывают результаты о более частом занятии утренней зарядкой, регулярным спортом и большим количеством шагов в день среди студентов-медиков. По правильности питания, употребления соли, энергетических напитков и кофе студенты-медики продемонстрировали более здоровые привычки. Анализ результатов объективных показателей здоровья показал, что студенты медицинского ВУЗа чаще были осведомлены об уровне своего артериального давления, что, безусловно, связано со спецификой обучения. Студенты немедицинских ВУЗов статистически значимо чаще указывали на АД выше 135/85 мм рт. ст, что при домашнем мониторинге, расценивается как гипертония. Вызывает беспокойство высокая распространенность повышенного уровня глюкозы и холестерина среди студентов немедицинских ВУЗов – 43,5% (62 человека), в сравнении с 2,5% среди студентов-медиков (3 человека), и высокий процент лиц (33,1%), которые имея повышенные показатели, не получают должного лечения. Избыток массы тела статистически значимо чаще выявляли среди студентов немедицинских ВУЗов ($p=0,025$), что связано с большей распространенностью поведенческих факторов риска и меньшей двигательной активностью в сравнении со студентами-медиками. Результаты нашего исследования показали существенную разницу в информированности об основных ФР ССЗ студентов медицинского ВУЗа (ДВГМУ) и немедицинских ВУЗов г. Хабаровска. Получение специфической информации о здоровье и здоровьесберегающем поведении, нацеливает студентов на более бережное отношение к своему здоровью и меньшую распространенность поведенческих ФР ССЗ и приверженность к ЗОЖ среди студентов-медиков. Таким образом, в сокращении поведенческих ФР ССЗ в студенческой среде существенную роль и высокую эффективность оказывает своевременное информирование, на что должны быть направлены усилия руководства ВУЗов и студенческого самоуправления.

Список литературы.

1. Зволинская, Е.Ю. Распространенность некоторых модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди студенческой молодежи. / Е.Ю. Зволинская, М.Г. Кимициди, А.А. Александров // Терапевтический архив. – 2015. - №1. - С. 57-63.
2. Кардангушева, А.М. Распространенность некоторых управляемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди студенческой молодежи. / А.М. Кардангушева, З.А. Шугушева, И.Х. Бекулова, Н.М. Бекалдиева, М.Х. Теунова // Терапия. - 2017. - № 6 (16). - С. 46-49
3. Кочергина, А.М.. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов медицинского университета (исследование в рамках международного проекта «МММ17»). / А.М. Кочергина, В.О. Леонова, О.А. Рубаненко и др. // Аспирантский вестник Поволжья. - 2018. - № 1-2. - С. 73-79.
4. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. // Eur. Heart J. 2016 – Vol. 37. - № - 29. – P. 2315–2381.
5. Horn, L. V. Dietary Factors Associated with Cardiovascular Outcomes: 25 Year Findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. / L.V.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И САМОИЗОЛЯЦИИ

Кузнецова Я.Е., Евсеева М.Е., Галькова И.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Дистанционное обучение и режим самоизоляции сильно изменили образ жизни всех, особенно молодых людей - студентов. Переход на дистанционное обучение увеличил нагрузку на орган зрения, опорно-двигательный аппарат. Возможность питаться в столовой исчезла. Физические нагрузки при перемещении между корпусами университета в обычное учебное время сменились на длительное сидение за компьютером дома. Необходимость адаптации к существующим условиям в режиме самоизоляции и побуждает проводить исследования изменений физической активности студентов на самоизоляции.

Производилось анкетирование студентов 4 и 5 курсов лечебного факультета в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст $21 \pm 0,5$ года. Всего в исследовании приняли участие 110 студентов (30 юношей и 80 девушек). Анкеты включали вопросы по жалобам и самочувствию студентов, изменениям в режиме дня. Использовались анкеты физической активности и анкеты пищевого риска Киселевой. Нами была составлена анкета, включающая вопросы по изменению рациона и физической активности в режиме самоизоляции. Исследование проводилось в апреле 2020 года. Рассылка и сбор данных производились посредством мессенджеров в социальных сетях. Статистическая обработка с помощью программы статистика SPSS. В результате исследования было выявлено, что в условиях дистанционного обучения у студентов сильно изменился образ жизни, пищевое поведение, особенности питания и физическая активность. Чаще стали использовать в питании полуфабрикаты. Негативные тенденции так же включают недостаточное потребление овощей и рыбы, что отмечено у 23 юношей (77%). У 7 девушек (8,75%) отмечено улучшение рациона за счет повышения потребления овощей и снижения потребления насыщенных жиров. У 40 девушек (50%) выявлено избыточное потребление сладостей. По активности студентов отмечена противоположная тенденция: 52 студента (47,3%) отметили отсутствие любых физических нагрузок. В то же время 45 студентов (41%) повысили физические нагрузки за счет регулярных онлайн-тренировок и ежедневных физических упражнений. У остальных студентов (11,7%) физическая активность не изменилась. При вынужденной самоизоляции мы выявили разнонаправленные тенденции. У части студентов образ жизни стал более здоровым, что, вероятно, связано с появлением дополнительного свободного времени. У части студентов образ жизни стал еще более далек от здорового. Необходимо работать над повышением мотивации студентов к здоровому образу жизни в любых изменяющихся условиях внешней среды.

Список литературы.

1. Евсеева М.Е. Инновационная форма скрининга здоровья студентов: использование электронной платформы CMS LIME SURVEY / Евсеева М.Е., Галькова И.Ю., Русиди А.В., Гасанлы О.Р., Черкасов И.А. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2013. - Т. 12. № S. - С. 89

2. Евсеева М.Е. Особенности питания студентов-медиков: скрининг пищевых рисков и подходы к их коррекции // Евсеева М.Е., Мищенко Е.А., Сергеева О.В.,

Галькова И.Ю., Коновалова Н.М., Андреева Е.А. // В книге: Питание и здоровье. Материалы Международного Конгресса. - 2013. - С. 37

3. Милько М.М., Гуреева Н.В. Исследование физической активности студентов в условиях дистанционного обучения и самоизоляции // Современные наукоемкие технологии. – 2020. – № 5. – С. 195-200

4. Особенности жизнедеятельности и самочувствия детей и подростков, дистанционно обучающихся во время эпидемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)/ Кучма В. Р., Седова А. С., Степанова М.И., Рапапорт И.К., Поленова М.А., Соколова С.А., Александрова И.Э., Чубаровский В.В. // ФГАУ «Национальный медицинский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва - 2020 - с.4-23.

5. Place of electronic questionnaire in the youth prevention sistem// Evseyeva M., Eremin M., Sergeeva O., Galkova I., Rusidi A., Fursova E. Russian Journal of Cardiology. 2018. T. 23. № 10. С. 165b.

СТРУКТУРА ПИТАНИЯ В ШКОЛАХ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

На 8 месте среди всех субъектов ЮФО город Севастополь находится по классу болезней органов пищеварения – 7833,3 на 100 000 населения. Среди основных внешних причин – несбалансированное и нерегулярное питание, частые стрессы, негативные эмоции, переживания. Несбалансированность питания выражается в неправильной структуре питания, которая приводит к высокой заболеваемости у школьников.

Объектом исследования послужили 50 школ города Севастополя. Была разработана анкета, содержащая вопросы, ответы на которые раскрывают основные пункты организации питания в школах. Представителями администраций организаций были предоставлены фактические меню-раскладки, с помощью которых была произведена оценка качественного состава горячего питания для школьников. Оценка организации и качества школьного питания проводилась на предмет соответствия фактически полученных данных санитарному законодательству. В результате проведенного исследования установлено, что питание детей является нерациональным и неадекватным, организация питания в большинстве школ (86%) соответствует санитарному законодательству. Согласно рекомендуемому среднесуточному набору основных групп продуктов, овощи (в том числе картофель) должны составлять основу рациона (около 30%), молоко и молочные продукты – 20-25%, а хлеб и хлебобулочные изделия – 10-12%. Крупы и макаронные изделия в питании детей в среднем должны составлять 5-7% в продуктовом наборе суточного рациона. В структуре однократного питания обследованных образовательных организаций в основе рациона лежат крупы и макаронные изделия (34,42%), на втором месте – фрукты (15,83%), на третьем – овощи, в том числе картофель (13,08%). Избыточное поступление основных пищевых веществ осуществляется за счет растительных продуктов. Более 20% среди всех продуктов в структуре двукратного питания занимают хлеб и хлебобулочные изделия, а также овощи, в том числе картофель. На третьем месте в структуре питания находятся крупы и макаронные изделия – 17,22%. Незаменимые для детей молочные продукты не превышали 7% при однократном, а также 13% - при двукратном школьном питании. Таким образом, отмечается снижение потребления продуктов животного происхождения (мяса, молока, рыбы), при

одновременном увеличении употребления хлебобулочных изделий, круп и макаронных изделий. С практической точки зрения целесообразным считается назначение в образовательных организациях ответственных за школьное питание, среди которых рекомендуется проведение санитарного обучения в области гигиены питания.

Список литературы.

1. Бацукова Н.Л., Мархоцкий Я.Л. Гигиена питания. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 14-15.
2. Королев А.А. Гигиена питания. - М.: ГЭОТАР-медиа, 2019. - С. 24-26.
3. Рубина Е.А. Санитария и гигиена питания. - М.: Бином, 2019. - С. 38-39.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И САМОИЗОЛЯЦИИ

Морозова Е.П., Евсеева М.Е., Галькова И.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Весной 2020 года около 4 миллионов российских студентов в связи с эпидемиологической ситуацией были переведены на дистанционное обучение. Как правило, студенты характеризуются высокой социальной активностью и интенсивным общением, а новые условия жизни порождают психоэмоциональное напряжение, которое играет ключевую роль во время адаптации. Поэтому важны исследования физического и эмоционального состояния студентов. Цель исследования: Оценить физическое и психоэмоциональное состояние студентов в условиях самоизоляции и дистанционного обучения. Производилось анкетирование студентов 4 и 5 курсов лечебного факультета в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст $21 \pm 0,5$ года. Всего в исследовании приняли участие 110 студентов (30 юношей и 80 девушек). Анкеты включали вопросы по жалобам и самочувствию студентов, изменения в режиме дня. Также предлагалась анкета HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии). Исследование проводилось в апреле 2020 года. Рассылка и сбор данных производились посредством мессенджеров в социальных сетях. Статистическая обработка с помощью программы статистика SPSS. Оказалось, что в условиях дистанционного обучения у студентов появились многочисленные жалобы со стороны нервной системы. Среди жалоб преобладают: - головные боли у 47 студентов (42,7%) , - раздражительность у 45 студентов (40,9%) - нарушения сна у 40 студентов (36,4%) - нарушение циркадных ритмов- бодрствование в ночное время и дневная сонливость у 55 студентов (50 %) Несмотря на длительное пребывание дома, студенты отмечали повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Достоверные отличия были получены по уровню тревоги и депрессии между юношами и девушками ($9,81 \pm 1,35$ баллов и $4,52 \pm 1,0$ баллов соответственно). Самоизоляция и переход на дистанционное обучение оказывают значительное негативное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние студентов. Эмоциональное состояние является одним из важнейших аспектов жизни человека, а в данном случае студентов. Для минимизации негативных эффектов следует придерживаться режима дня, регламентировать отдых, поддерживать общение со сверстниками в онлайн режиме. Вопрос требует дальнейшего изучения.

Список литературы.

1. Профиль угроз здоровью студентов СтГМУ по результатам ежегодного скрининга в рамках акции «Неделя первокурсника- 2019» Кудрявцева В.Д., Итальянцева Е.В., Галькова И.Ю., Евсеева М.Е. В сборнике: НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2019.

2019. - С. 503-505. 2. Русякова Е.Е., Голубь А.А., Киселева Ю.П. Особенности нервно-психического напряжения у современных студентов в условиях вынужденной самоизоляции // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. - Т. 8 - №3 – С. 69

3. Соколов Г.А. — Особенности психоэмоциональных состояний студента при дистанционной форме обучения. // Современное образование. – 2014. – № 1. – С. 1 – 13.

4. Цифровые технологии и профилактика социально-значимых заболеваний среди молодежи. Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Галькова И.Ю., Сочилова С.Д. Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. - 2020.- Т. 8.- № 25 S1. - С. 103-104.

5. Эмоциональное выгорание студентов СтГМУ и его соматическое проявление. Евсеева М.Е., Галькова И.Ю., Эльхаджиева М.И. В сборнике: НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2019. - С. 490-491.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Муравлянцева М. М., Потоцкая Л. А., Морозов А. М.

Тверской государственный медицинский университет

Хроническая артериальная недостаточность – это синдром, характеризующийся медленным прогрессированием ишемии и трофических расстройств мягких тканей в связи с облитерацией просвета артерий. Основной причиной развития артериальной недостаточности являются окклюзионные (облитерирующие) заболевания периферических сосудов, такие как облитерирующий эндартериит, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей и облитерирующий тромбангиит. Течение этих заболеваний сопровождается окклюзионно-стенотической трансформацией артерий и формированием совокупности клинических признаков, обозначаемого как хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей [4]. Атеросклероз является самой распространенной причиной поражения магистральных артерий нижних конечностей, на его долю приходится около 80-90% всех случаев [3]. Окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей представляют собой значимую проблему в медицинском сообществе. Хроническая артериальная недостаточность занимает второе место среди всех патологий сердечно-сосудистой системы, уступая место только ишемической болезни сердца [2]. В последние двадцать лет отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости хронической артериальной недостаточности. По данным Всемирной организации здравоохранения симптомы хронической ишемии нижних конечностей отмечаются у 10% населения мира [5]. Кроме того, во всем мире ежегодно от заболеваний сердечно-сосудистой системы умирают миллионы людей, а за последнее десятилетие на 15% выросла смертность среди молодых людей до 30 лет. При прогрессировании стеноза магистральных артерий наблюдается декомпенсация кровотока в конечностях, которая проявляется в виде язвенно-некротических явлений, а в последующем гангреной стопы и пальцев. В связи с этим наблюдается высокий процент инвалидизации и летальности. Так количество высоких ампутаций нижних конечностей составляет 50-60%, а общая летальность колеблется от 8% до 23%. Если пациент при появлении первых симптомов не обращается за консультацией к специалисту, то умирает в течение 10 лет. Социальная значимость данной патологии обусловлена тенденцией к увеличению случаев развития облитерирующих заболеваний среди подростков и молодых людей. У подростков находят фиброзные бляшки в аорте и коронарных сосудах в 18% случаев [1]. Основная причина увеличения частоты встречаемости поражения сосудов у

молодого поколения является распространение факторов риска развития хронической артериальной недостаточности. Факторы риска – это условия, увеличивающие вероятность возникновения у человека определенного заболевания. Среди факторов риска хронической артериальной недостаточности можно выделить нерациональное питание, избыточную массу тела, недостаточную физическую активность, генетическую предрасположенность, курение, сахарный диабет, повышение уровня холестерина в крови и артериальную гипертензию. В конечном итоге хроническая артериальная недостаточность приводит к утрате профессиональной трудоспособности и ранней инвалидизации большого процента молодого трудоспособного населения, что отрицательно сказывается на уровне экономики многих развитых стран. Для сбора данных и опроса студентов была разработана анкета – опросник из 18 вопросов, предполагающая полную анонимность и конфиденциальность. В опросе приняли участие 194 студента различных высших учебных заведений. Перед заполнением все участники были ознакомлены с целью проведения анкетирования и правилами заполнения анкеты. Анкета-опросник проводилась в онлайн режиме. В опросе приняли участие 194 человека в возрасте от 17 лет до 26 лет. Доля студентов младших курсов составила 72,1%, из них 51% опрошенных студенты в возрасте 17-18 лет и 21,1% опрошенных – в возрасте 19-20 лет. Студенты старших курсов составили 27,9%, из них 17,5% в возрасте 21-22 года, 9,8% обучающихся в возрасте 23-24 года и 0,6% - в возрасте 25-26 лет. Также следует отметить, что среди респондентов 73,2% женщин и 26,8% мужчин. Все анализируемые факторы риска можно разделить на две большие группы: первичные и вторичные факторы риска. К первичным факторам риска хронической артериальной недостаточности относится курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс, наличие избыточной массы тела. Одним из главных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является курение, причем не только сигарет, но и кальянов, вейпов и электронных сигарет. Курение вызывает необратимые изменения в стенках артерий и увеличивает риск развития атерогенеза в магистральных сосудах уже среди лиц молодого возраста. Однако по данным настоящего опроса лишь 14,4% студентов курят несколько раз в день, остальные респонденты курят значительно реже: 6,7% студентов курят лишь 2-3 раза в неделю, 14,4% - несколько раз в месяц, и большая часть опрошенных (64,5%) не курят вообще. Еще одним первостепенным фактором риска является чрезмерное употребление алкоголя, особенно низкого градуса, которые увеличивает количества атерогенных липопротеинов. Среди студентов голоса разделились почти поровну между теми, кто выпивает редко (1 раз в 2-4 недели), их часть составила 49% опрошенных, и совсем не употребляет алкоголь, их часть составляет 41,8%. Остальная небольшая часть респондентов выпивают минимум один раз в неделю. Немало важным среди предрасполагающих факторов развития хронической артериальной недостаточности и ее главной причины, атеросклероза, является характер питания. Здесь статистика является менее положительной, чем по предыдущим факторам риска. Только 3,1% опрошенных студентов соблюдает рациональное питание с учетом специально рассчитанного количества белков, жиров и углеводов. 63,4% студентов в умеренном количестве употребляют мучное, сладкое и жирное, а 33,5% - не ограничивают себя в еде. В ходе анкетирования мы не могли не уделить внимание занятиям спортом среди студентов. Для профилактики хронической артериальной недостаточности необходимо уделять полчаса в день для тренировок сердечно-сосудистой системы, в противном случае гиподинамия приведет к повышению уровня холестерина в крови и к развитию атеросклероза. Однако среди опрошенных только 21,1% занимаются регулярными спортивными тренировками, большая часть студентов (43,8%) вообще не занимаются спортом, остальные респонденты нерегулярно уделяют время физическим нагрузкам. Следующим первичным фактором риска является наличие психоэмоционального стресса в жизни студентов. Высокий процент студентов (27,8%)

находятся в состоянии психоэмоционального стресса каждый день, почти половина студентов испытывает стресс несколько раз в неделю и 25,8% редко или совсем не подвергаются стрессовым ситуациям. Также на уровень стресса напрямую влияет количество часов, которые студенты уделяют сну. По данным опроса 50% респондентов спят по 7-9 часов в день, что является абсолютно нормальным показателем для восстановления сил после рабочего дня. Однако половина студентов уделяют сну всего лишь 4-6 часов в день, что приведет может привести к развитию недосыпа и увеличению уровня стресса. Кроме того, 47,9% студентов имеют ненормированный рабочий график, что может увеличить риск развития стрессовых ситуаций. Дополнительным стрессором является наличие дополнительной рабочей занятости среди студентов. Так 23,7% опрошенных помимо учебной деятельности занимаются работой, остальная часть студентов уделяют время только учебе. Последним рассматриваемым первичным факторов риска является наличие избыточной массы тела. В составленной анкете мы попросили респондентов рассчитать свой индекс массы тела (ИМТ), как отношение массы в килограммах к росту в квадратных метрах. По полученным данным ожирение первой степени (ИМТ 30-34,9) имеют 4,6% опрошенных, ожирение второй степени (ИМТ 35-39,9) – всего один опрошенный (0,5%), ожирение третьей степени (ИМТ > 40) – 1,5% опрошенных. Также избыточную массу тела (ИМТ 25-29,9) имеют 21,1% опрошенных студентов, у остальной части индекс массы тела находится в пределах нормы. Вторая группа факторов риска называется вторичной. К ним относятся артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет. Если говорить о повышенном артериальном давлении, то этот фактор риска не часто встречается среди студентов. Только 6,2% отмечают у себя частое повышение артериального давления, 13,4% - замечали транзиторное повышение артериального давления и 80,4% не наблюдали вовсе. У 17% студентов отмечалась гипертензия I степени (140-159 мм.рт.ст./90-95 мм. рт.ст.), в 2,1% случаев - гипертензия II степени (160-179 мм.рт.ст./100-109 мм.рт.ст.) и 1,5% опрошенных отметили артериальную гипертензию III степени (≥ 180 мм.рт.ст., ≥ 110 мм.рт.ст.). Уровень холестерина помогает оценить вероятность развития болезней сердечно-сосудистой системы. Однако среди студентов отмечается низкая информированность по данному показателю: 42,3% не знают данного показателя, у 55,2% уровень холестерина находится в пределах нормы, и всего у 2,6% данный показатель повышен. Также немало важным фактором риска развития хронической артериальной недостаточности является наличие сахарного диабета. 93,8% респондентов не имеют данного заболевания, 5,7% не знают об уровне сахара в крови и 1 человек (0,5%) страдает данным недугом. Стоит обратить внимание на достаточно высокую генетическую предрасположенность к болезням сердечно-сосудистой системы, так как у 42,8% опрошенных ближайшие родственники имели в анамнезе такие патологии как гипертоническую болезнь, инфаркт миокарда, ишемическую болезнь сердца. Существенным фактом является то, что уже в молодом возрасте респонденты отмечали появление первых симптомов облитерирующих заболеваний нижних конечностей. Бледность кожных покровов, которая характерна для первой стадии, наблюдалась у 19,6% опрошенных, уменьшение волосяного покрова на ногах наблюдали 1,5% опрошенных. Главным симптомом хронической артериальной недостаточности является боль в икроножных мышцах при ходьбе, так называемая «перебегающая хромота». Данный симптом отмечался у 12 респондентов, что составляет 6,2% от всех опрошенных. Ощущение «мурашек» и онемение конечностей, а также судороги отмечали у себя 59 (30,4%) студентов. У 37 студентов отмечалась боль в грудной клетке при волнении или физической нагрузке, у 22 – отеки нижних конечностей, что может свидетельствовать о возможном развитии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Стоит отметить, что большая часть опрошенных (45,4%) хорошо осведомлены о хронической артериальной недостаточности, знают меры профилактики и диагностики данной патологии. Меньшее количество студентов (27,3%) никогда не слышали о данной

патологии, остальные студенты слышали о хронической артериальной недостаточности, но не знают методов ее диагностики и профилактики. По данным проведенного анкетирования можно сделать вывод, что среди студентов достаточно сильно распространены факторы риска развития хронической артериальной недостаточности. Наиболее часто встречаются первичные факторы риска, такие как нерациональное питание, гиподинамия, регулярный психоэмоциональный стресс и наличие избыточной массы тела. Данные факторы являются полностью модифицируемыми, то есть их можно нивелировать путем изменения образа жизни. Оценка распространенности факторов риска развития хронической артериальной недостаточности предоставит общую картину состояния здоровья среди студентов и создаст предпосылки для формирования здорового образа жизни среди обучающихся. Этого можно добиться пропагандой здорового образа жизни путем проведения лекций и семинаров. Также крайне важно дать населению полную информацию об облитерирующих заболеваниях нижних конечностях, рассказывать о предрасполагающих факторах, о первых симптомах, о важности обращения к врачу и проведения своевременной диагностики.

Список литературы.

1. Галстян, А. Г. Распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста / А. Г. Галстян. – Текст : непосредственный // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2013. — № 4. — С. 11–13.
2. Довганюк, А. П. Дифференцированное применение физических факторов в лечении хронической артериальной недостаточности нижних конечностей / А. П. Довганюк. - Текст : непосредственный // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 40-46.
3. Иргалина, Д. Р. Оценка эффективности ЗОЖ в профилактике прогрессирования хронической артериальной недостаточности у больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей / Д. Р. Иргалина, М. Е. Кукаева, Я. В. Смоляр – Текст : электронный // БМИК. –2019. – №6. – С. 262-263. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-zozh-v-profilaktike-progressirovaniya-hronicheskoy-arterialnoy-nedostatochnosti-u-bolnyh-s-aterosklerozom> (дата обращения: 08.10.2020).
4. Мизева, И. А. Особенности пульсовой волны при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей / И.А. Мизева, А.А. Думлер, Н. Г. Муравьев. – Текст : непосредственный // Российский журнал биомеханики. – 2012. - №2. – С. 83-94.
5. Мохов Е.М. Влияние студенческого научного общества на формирование компетентного специалиста/Е.М. Мохов, А.М. Морозов, В.А. Кадыков, Э.М. Аскеров, И.В. Любский, М.Г. Сядрин, О.В. Пельтихина, К.И. Хорак//Современные проблемы науки и образования. -2019. -№1. -С.112
6. Федоров, Д. А. Модели и алгоритмы диагностики атеросклероза артерий нижних конечностей / Д. А. Федоров. – Текст : непосредственный // Вестник кибернетики. - 2015. - №4. - С. 135-141.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У САМОЗАНЯТЫХ ПОРТНЫХ

Назырова А.Р.

Российский университет дружбы народов, Медицинский институт

Создание благоприятной и безопасной среды на производстве играет важную роль для успешной трудовой деятельности человека. Гигиена труда при этом определяет условия, санитарно-гигиенические нормы и правила с целью профилактики

профессиональных заболеваний. Все это учитывается и в швейном производстве, где проводятся определенные мероприятия, обеспечивающие максимальную производительность труда при исключении воздействия вредных факторов на здоровье работников. Производством одежды занимается достаточно много предприятий. Шьют одежду в больших количествах на швейной фабрике, в ателье, также пошивом занимаются школьники на уроках технологии, студенты, обучающиеся в профильных учебных учреждениях. Одежду шьют и на производстве, на котором трудятся осужденные, находящиеся в местах лишения свободы. Отдельное место занимают так называемые самозанятые работники, шьющие одежду на дому. Условия труда у каждого вида швейного производства отличаются, поэтому действие вредных факторов также различно. Актуальность исследования определяется отсутствием отдельных трудов, раскрывающих характер и степень заболеваний работников, деятельность которых связана с пошивом одежды на дому. Цель – рассмотрение характера и степени заболеваний у самозанятых, осуществляющих пошив одежды на дому. Методы и материалы. В процессе работы над проблемой были использованы сравнительный, системно-структурный и статистический методы исследования. Анкета была размещена в Google forms, период сбора ответов: апрель – май 2020 года. Результаты. С целью раскрытия характера заболеваний у самозанятых портных, а также определения у них степени того или иного заболевания было проведено анкетирование. В анкете предлагались такие вопросы как: Занимаетесь ли Вы пошивом на дому? Как долго Вы занимаетесь пошивом на дому? Часто ли Вы перевыполняете план, работаете больше положенного времени? Большую часть времени Вы проводите на ногах или сидя? Часто ли Вы работаете ночью? Замечали ли Вы когда-нибудь ухудшения зрения? Как часто у Вас наблюдаются боли в спине? Как часто у Вас наблюдаются боли в шее? Как часто у Вас наблюдаются боли в плече? Как часто у Вас наблюдаются головные боли? После продолжительной работы чувствуете ли Вы, что раздражены? Были или есть ли у Вас варикозное расширение вен нижних конечностей? Как часто у Вас наблюдаются отеки? Имеется ли у Вас избыточный вес? Есть ли у Вас проблемы с органами женской репродуктивной системы? Если испытывали боли и имели проблемы, обращались ли Вы к врачу? Ваш пол. Предполагались следующие варианты ответов: «часто», «иногда», «никогда» по одной группе вопросов, «да», «нет» – по второй. В опросе участвовали 34 портных, преимущественно женщины. В ходе исследования, было выяснено, что 65% опрошиваемых большую часть времени проводит в положении сидя, 16% – в положении стоя. Ночью работает 14% портных. Оказалось, что 68% опрошиваемых работают больше положенного времени. Анализ различных патологий у самозанятых, шьющих на дому показал, что самой частой проблемой является снижение функций зрения и боли в мышцах шеи. При этом обращения к врачу избегают 21% опрошиваемых портных. Отсутствие большого количества оборудования, являющегося источником шума, вибрации и электромагнитного излучения, обуславливает низкие показатели по головным болям (12%), раздражительности (6%) и заболеваниям женской репродуктивной системы (18%). Наиболее неблагоприятными факторами для портных, шьющих на дому, является ненормированный график работы, вынужденное рабочее положение, перенапряжение зрения и, вероятно, недостаточная освещенность, поэтому наблюдается проявление у них заболеваний органов зрения (68%), опорно-двигательного аппарата (об этом нам говорит наличие у опрошиваемых болей в спине, шее) (68%), сердечно-сосудистой системы (отеки) (47%) и наличие избыточного веса (65%) (вероятно, обусловлено рабочим положением «сидя»). Таким образом, характер заболеваний и степень их проявления у самозанятых портных имеет отличительные черты от работников, занятых на полномасштабном швейном производстве. Знание этих особенностей будет способствовать диагностике и своевременной профилактике их профессиональных заболеваний.

Список литературы.

1. Дуйшембиева Э.А. Снижение влияния вредных факторов на здоровье человека в текстильной и легкой промышленности // Известия КГТУ им. И. Раззакова. – Бишкек, 2015. – №3 (36). – С. 280-283.
2. Исаева Р.А. Вредные и опасные факторы швейного производства // Технология текстильной промышленности. – 2019. – №1 (379). – С. 308-321.
3. Санитарные правила для швейного производства. СанПиН 5182-90. –М.: Министерство здравоохранения СССР, 1990. – 34 с.
4. Herbert R., Plattus R. Статья: вредные факторы швейного производства // Охрана труда и техника безопасности на промышленных предприятиях. – М.: Издательский дом «Панорама», 2013. – № 3. – 10 с.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВНУТРИШКОЛЬНЫХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ И ИЗМЕНЕНИЕ ЭТОГО ВЛИЯНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Петрова В.И., Максименко Л.В.

Российский университет дружбы народов

Забота о сохранении и укреплении здоровья подрастающего поколения является приоритетным направлением государственной политики в сфере образования на основании Закона РФ «Об образовании». Так как дети и подростки проводят в стенах образовательного учреждения 11 лет (в некоторых случаях 9), именно факторы внутришкольной среды определяют 12, 5% заболеваемости в начальных классах, а к окончанию школы его значение возрастает почти в 2 раз [2]. Актуальность данной проблемы возрастает пропорционально увеличению количества объектов, осуществляющих деятельность по реализации программ основного общего образования (по данным государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» за период 2013–2019 гг. прирост составил 1997 организаций (+4,2 %)), а также увеличению числа обучающихся (за период 2013-2019 гг. на 2 872 038 детей (+23,6 %)) [1]. Цель исследования: оценить показатели здоровья школьников 8-11 классов путем анкетирования и сопоставить состояние данных этих показателей с возможными факторами внутришкольной среды, повлиявшими на их формирование. Материалы и методы: статистический анализ показателей здоровья учащихся на основании анкетирования. Анкеты для самооценки школьниками факторов риска ухудшения здоровья составлена по материалам электронного сборника «Энциклопедия административной работы в школе», издательская фирма "Сентябрь"[3]. В анкетировании принимали участие 60 обучающихся 8-11 классов.

Результаты и обсуждения: По нашим данным 65% опрошенных школьников оценивают свое состояние как «в зоне риска», и лишь 35% как «благополучно». При этом 70% учащихся отмечают в себе привычку сутулиться, 73% замечают, что часто сидят, сгорбившись и с искривлённой спиной за партой. Среди обучающихся, 43,3% опрошенных охарактеризовали свое состояние на уроках, как «волнение, беспокойство, усталость, утомление», кроме того 52% участников анкеты считают, что обстановка в школе плохо влияет на состояние их здоровья. Согласно анкете «Оценка напряженности», мы установили, что у 22% опрошенных отмечается повышенный уровень напряженности, и 40% находятся в зоне риска, отмечая при этом в 52% случаев наличие продолжительной и выраженной головной боли после напряженной деятельности. Среди ухудшений показателей здоровья нами было установлено понижение

остроты зрения у 52% опрошенных. При этом в период пандемии 24% обучающихся отметили ухудшение зрения, 29% стали ощущать боли в глазах. По нашим данным понижение остроты зрения за период пандемии отметили 65% опрошенных, что на 13% больше докарантинного периода. Ухудшение осанки по нашим данным наблюдалось у 68% учащихся, при этом за период пандемии 58% отметили появление боли в спине после длительного нахождения в сидячем положении и 13% отметили боли во всем теле. Выводы: у большого процента опрошенных школьников отмечаются различные патологические состояния. Ухудшение зрения ассоциировано с такими внутришкольными факторами, как нарушение освещенности рабочего места, напряженность учебного процесса, несоблюдение правил длительной работы с электронными и бумажными носителями. Кроме того, большее влияние на состояние зрительного аппарата оказала пандемия коронавирусной инфекции. Снижение показателя остроты зрения наблюдается в связи с повышенной зрительной нагрузкой, связанной с длительной работой с электронными носителями, внедрением электронных учебных пособий различного шрифтового оформления. Относительно состояния опорно-двигательного аппарата, наибольший вклад в формирование отклонений этой системы вносит несоответствие мебели санитарно-гигиеническим требованиям, ношение тяжелых рюкзаков и сумок, гиподинамия, а также некорректное расположения занятий физической культуры в общем расписании. Ухудшение общего состояния суставов, выражающееся в появлении болей в спине и во всем теле во время пандемии связано, в первую очередь, с длительным нахождением в статичном состоянии, гиподинамией и отсутствием физических нагрузок.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» – с.73-92
2. Сетко, Н. П. Актуальные проблемы развития школьной медицины на современном этапе / Н. П. Сетко, А. Г. Сетко // Лечение и профилактика. – 2017. – № 1 (21). – С. 57-62. (дата обращения 02.09.2020)
3. Энциклопедия административной работы в школе [Электронный ресурс]: нормативные документы и практические материалы. - Москва: Сентябрь: Нац. кн. изд. центр, 2016.

ДИАГНОСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОСТОЯНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ СИСТЕМ РАБОТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ ОФИСОВ

Прасолов Д.Е., Матвеева Д.В., Прасолова О.В.
Северо-Кавказский федеральный университет

Тенденции развития современного бизнеса, банковской системы, муниципального управления, хозяйственной деятельности способствовали увеличению количества работников, занятых в интеллектуальной сфере, рабочим местом для которых являются офисы частных и государственных компаний. Несмотря на комфортные микроклиматические условия среды в офисе (1), для служащего значительно увеличивается продолжительность работы с компьютерной техникой, используется преимущественная поза тела «сидя», кроме того, работники офисов часто соглашаются на ненормированный рабочий день. Стоит отметить, что образ жизни, режим двигательной активности, рацион питания в таких условиях претерпевает существенные изменения, которые прогнозируемо негативно впоследствии могут сказаться на состоянии здоровья

работников офисов. Изучение литературных источников сформировало представление о том, что проблема здоровья граждан трудоспособного возраста, являющихся экономическим, интеллектуальным, генетическим ресурсом страны, на современном этапе развития социума приобретает особое значение. Однако, интерес исследователей к вопросам сохранения здоровья людей затрагивает определенные периоды онтогенеза. Отрадно, что сегодня сообщество врачей, педагогов, политиков уделяет внимание здоровью детей, подростков и студентов. Однако, нерешенными остаются вопросы сохранения здоровья работающей молодежи, осуществляющей трудовую деятельность в условиях гиподинамии и напряженности труда [2, 3]. В связи с этим, в настоящем исследовании была поставлена цель – выявить актуальный уровень физического здоровья и состояние адаптационных систем офисных работников. Экспериментальной базой исследования являлись: ГБУ СК «Ставропольский край» в г. Ставрополе и Северо-Кавказский федеральный университет. В эксперименте в качестве контрольной группы участвовало - 16 студентов магистратуры направления 44.04.01 «Педагогическое образование», возраст которых 21-30 лет, что совпадает с периодом первой зрелости. В качестве экспериментальной группы в исследовании приняли участие 26 сотрудников офиса в возрасте 23-33 лет. Исследование включало опрос на основании анкеты самооценки состояния здоровья (СОЗ) (по В.П. Войтенко, 1991 г.), которое было направлено на определение количественной оценки здоровья участников эксперимента. Значение показателей мышечной силы определяли методом динамометрии кисти. Дальнейшее инструментальное обследование проводили на устройстве психофизиологического тестирования «Психофизиолог» предназначенного для автономного проведения индивидуального психофизиологического тестирования с обработкой данных в самом устройстве и сохранением результатов в энергонезависимой памяти УПФТ. О состоянии системы кровообращения судили по результатам расчета показателя адаптационного потенциала и вариационной кардиоинтервалометрии. По результатам опроса участников эксперимента выявлено, что преимущественно мужчины и женщины в обеих группах указывали на удовлетворительное состояние здоровья (37% в контрольной группе, 46% - в экспериментальной), однако в группе работников офисов о плохом состоянии здоровья заявило 19% респондентов, по сравнению с 12% в контрольной группе. Стоит отметить, что работники офисов в основном отмечали жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата, зрения и сердечнососудистой системы, тогда как студенты из контрольной группы в основном отмечали ухудшение нервно-эмоционального состояния. Значение показателей мышечной силы у работников офисов ниже, по сравнению с таковым в контрольной группе обследуемых. Однако достоверности различий средних величин показателя силы не выявлено, по нашему мнению это связано с тем, что напряжение адаптационных систем приводит к утомлению и снижению выносливости. Оценка адаптационного потенциала системы кровообращения показала достоверно выраженное ($p \leq 0,05$) напряжение механизмов адаптации у работников офисов по сравнению со студентами магистратуры педагогических направлений подготовки. Неоднократно в литературе отмечается, что вариабельность сердечного ритма может служить основой для оценки состояния здоровья, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения баланса между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. В экспериментальной группе на фоне стойкого повышения ЧСС у мужчин и женщин из экспериментальной группы, показатель M_{α} по результатам ВКМ-теста снижается, $A_{M_{\alpha}}$ повышается, а вариационный размах снижается. Если учесть, что мода характеризует активность эндокринного "канала" регуляции, амплитуда моды отражает активность симпатического, а разброс кардиоинтервалов - парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, то в экспериментальной группе мы отмечали существенную роль симпатической системы в регуляции ритма сердца, что является доказательством

напряжения систем регуляции работы органов кровообращения. Данные результаты, на наш взгляд, свидетельствуют о воздействии гиподинамии на физическое здоровье, сердечно-сосудистую систему, застойными явлениями в системе кровообращения в связи с преимущественно малоподвижным образом жизни, и требуют разработки и реализации системы инновационных функционально ориентированных физкультурно-оздоровительных технологий, ориентированных на повышения адаптационных возможностей и укрепления здоровья офисных работников.

Список литературы.

1. Игнатьева М. Микроклимат офисных помещений // Сантехника. Отопление. Кондиционирование. Изд-во: ООО «Издательский дом «Медиа Технолоджи»». М. 2010. №6 (102). С. 72-73
2. Старков С.В. Влияние сидячей работы на здоровье офисного работника // Наука и образование: новое время. Научно-методический журнал. 2017. № 6 (7). С. 59-60.
3. Хайруллин И.Т., Шарымов П.А. Здоровье в офисе: гиподинамия В сборнике: Проблемы и перспективы физического воспитания, спортивной тренировки и адаптивной физической культуры. Материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 45-летию Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и туризма. 2019. С. 422-426.

ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ УРОВНЯ ИМТ

Роговая А.А., Сергеева О.В., Гачкова И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женского населения согласно критериям ВОЗ (2020), составляет в среднем 45,9-69,3%, не имея тенденции к снижению [1]. Частота ожирения среди беременных составляет, по данным разных авторов, 15–38,9% от общего числа женщин [3]. Ожирение является одним из факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, повышает риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода [4]. Так как артериальная жесткость является одним из главных предикторов сердечно-сосудистых заболеваний, то изменения эластических свойств сосудов при беременности могут иметь прогностическую роль в отношении развития как акушерских осложнений, так и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем [2,5,7]. Цель исследования: оценить особенности сосудистого статуса при беременности в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) женщины. Было обследовано 88 беременных женщин, состоявших на учете в ГБУЗ СК «ГКП №1» г. Ставрополя (средний возраст $28 \pm 2,3$ лет). Все обследованные разделены на квартильные группы по такому показателю сосудистой жесткости, как скорость распространения пульсовой волны в аорте (Pulse Wave Velocity, PWVao), которую оценивали с использованием аппарата BPLab (Россия) в формате Vasotens Office. Исследование выполнялось в сроке гестации до 12 недель. Согласно представлениям современных экспертов, четвертый квартиль (Q4) такого распределения соответствует преждевременному сосудистому старению, а первый квартиль (Q1) – благоприятным показателям сосудистой ригидности. С учетом значений ИМТ были сформированы 4 группы: 1 группа - женщины с ИМТ <18 ($N=14$); 2 группа – женщины с ИМТ >18 и <25 ($N=54$); 3 группа – женщины с ИМТ >25 и <30 ($N=12$); 4 группа – женщины с ИМТ >30 ($N=7$). Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2010 (Microsoft, USA). Женщины с дефицитом массы тела по

показателю PWV_{ao} от Q1 к Q4 распределились следующим образом: 28,3%; 15,1%; 28,3%; 28,3%. А среди пациенток с нормальным ИМТ – 25,9%; 27,8%; 24,1%; 22,2% соответственно. Ранжировка женщин с избыточной массой тела в указанных группах колебалась так: 25%; 33,3%; 25%; 16,7%. Иными словами, беременные с недостаточной, нормальной и избыточной массой тела достаточно равномерно распределялись в интервальных группах по показателю PWV_{ao}. Тогда, как только 14,3% беременных с ожирением имели оптимальные показатели скорости распространения пульсовой волны, то есть относились к Q1; 28,6% продемонстрировали нормальные значения данного показателя (Q2 и Q3), а у 57,1% женщин были высокие показатели сосудистой ригидности (Q4), что говорит о снижении эластичности стенок артерий. Таким образом, беременные с ожирением характеризовались более высокими показателями сосудистой жесткости в аорте, что является признаком преждевременного сосудистого старения артериальной стенки. Профилактика избыточного веса до беременности и в период самой беременности, включающая контроль массы тела и различных метаболических нарушений, соблюдение правильного сбалансированного питания и адекватных физических нагрузок, поможет предупредить целый ряд негативных последствий, связанных с ожирением во время беременности и приводящих к развитию ранних атероассоциированных заболеваний в будущем.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века/ Всемирная организация здравоохранения// Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020- Версия 3.-114с.
2. Клиническое значение анализа пульсовой волны у беременных: современное состояние проблемы / Кобалава Ж.Д., Кичеева В.А., Котовская Ю.В., Радзинский В.Е. // Артериальная гипертензия» - том 16- №2- 2010- с.185-190.
3. Проблема ожирения у молодых женщин и жесткость аортальной стенки / Гачкова И.Н., Прохоренко-Коломойцева И.И., Калашникова А.С., Евсеева М.Е.// НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2019. - С. 485-486.
4. Разина А.О. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире/ Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е.// Вестник Российской академии медицинских наук - 2016. – с.154-159.
5. Самородская И.В. Парадокс ожирения и сердечно-сосудистая смертность/ Самородская И.В., Болотова Е.В., Бойцов С.А. // Кардиология- 2015.- Т. 55. -№ 9. -С. 31-36.
6. Шанченко С.А. ИМТ и уровень АД как факторы, влияющие на эластичность сосудистой стенки и эндотелий-зависимую дилатацию у беременных / Шанченко С.А., Липатова Т.Е. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций -2016. -Том 6. -№ 6- С.1297
7. Cardiologic aspects of preventive management during pregnancy: assessment of central pressure / Evseveva M.E., Sergeeva O.V., Prokhorenko- Kolomoitseva I., Pavlov K. // The EPMA Journal.- 2017.- Т. 8.- № S1.- С. 38.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИИ МОЛОДЕЖИ

Романов Н.А., Романова М.М., Чернов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Согласно определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это состояние полного физического, социального, экономического и

психического благополучия, а не только отсутствие болезней. Для сохранения и укрепления здоровья применяется система мер здоровьесбережения [1, 5]. В нашей стране постоянно расширяется сфера реализации здоровьесберегающих мероприятий, среди которых выделяется здоровьесбережение молодежи как важнейшая медико-социальная, демографическая задача и основное направление государственной молодежной политики [2, 3, 7, 10]. Среди комплекса мер и показателей, традиционно определяющих и характеризующих состояние здоровья населения, наиболее ценным в плане перспектив и прогноза являются такие, которые позволяют оценивать особенности адаптации к окружающей среде, так как именно адаптационный потенциал определяет возможность сохранения здоровья, а значит здоровьесбережения [4, 6, 8, 9]. Разработка возможности и реализации оценки и анализа адаптационного потенциала конкретного индивида и группы лиц с применением компьютерных технологий в здоровьесбережении молодежи представляется весьма актуальной.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 40 молодых людей в возрасте от 18 до 23 лет (средний возраст $20,4 \pm 2,2$), студентов разных курсов. Участники исследования были ознакомлены с целями, положениями исследования, подписали согласие на участие. Для оценки адаптационного потенциала применялась разработанная нами компьютерная технология, включающая в том числе комплекс анкет: анкета факторов здорового образа жизни, анкета РУВ (работоспособность, утомление, восстановление), анкета признаков предпатологии в оригинальной модификации; для сопоставления изменений показателей рассчитывался процент изменения относительно максимального прироста по специальной формуле. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows. **Результаты и обсуждение.** Согласно статистической обработке полученных результатов среди студентов младших курсов средние показатели самооценки факторов здорового образа жизни, работоспособности, восстановления и адаптационных возможностей были достоверно выше ($p < 0,05$); средние показатели самооценки наличия признаков предпатологии были выше у старшекурсников. В результате проведения корреляционного анализа были выявлены прямые и обратные корреляционные связи ($p < 0,05$) между отдельными изучаемыми характеристиками, в том числе между образом жизни и работоспособностью, образом жизни с восстановлением ($k = 0,73$), адаптационными возможностями и признаками предпатологии ($k = -0,72$). Дальнейшие исследования позволят ранжировать накопленные данные и уточнить формулировочную часть отчета по конкретному индивиду и группе лиц.

Заключение. Новые компьютерные технологии приобретают важное значение в медицине, в том числе для здоровьесбережения молодежи. Разработанная нами компьютерная технология позволяет объективизировать анамнестические данные по особенностям образа жизни, адаптационных возможностей и признаков предпатологии. Данное программное приложение может быть применено в здоровьесбережении молодежи как скрининговый метод для диагностики адаптационного потенциала, предпатологии, коррекции образа жизни. Планируемое совершенствование и апробация этого продукта в клинических условиях позволит нам вынести суждение о возможности более широкого применения при проведении скрининговых мероприятий в практическом здравоохранении, что и будет предметом наших дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Кутепов М.М. Возможности здоровьесберегающих технологий в формировании здорового образа жизни / М.М.Кутепов, О.И. Ваганова, А.В. Трутанова // Балтийский гуманитарный журнал. 2017. № 3. С. 210-213.
2. Миненок Е.В. Значимость здоровьесбережения для студенческой молодежи / Е.В. Миненок // Здоровье для всех. - 2018. - №1. С.5-10.
3. Новикова Е.И. Проблема здоровьесбережения студентов – основное направление государственной молодежной политики / Е. И. Новикова, Н.В. Савкина, А.Е. Алексеенков

// Материалы Международной научно-практической конференции. / Государственная политика: методология, практика, направления совершенствования. – Москва, 2016. – С.283-287.

4. Рапопорт С.И. Суточный ритм приема пищи и вкусовая чувствительность у больных с ожирением и диспепсией / С.И. Рапопорт, М.М. Романова, А.П. Бабкин // Клиническая медицина. - 2013. - № 9. - С. 40-45.

5. Романова М.М. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в Центре здоровья / М.М.Романова, А.С. Алексенко, Т.И. Музалькова // Профилактическая медицина. - 2012. - № 2. - С.122.

6. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания / М. М. Романова, И.С. Махортова, Н.А. Романов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 46. - С. 32-36.

7. Филоненко В.И. Социальные ценности и проблемы здоровьесбережения студенческой молодежи / В.И. Филоненко, Т.С. Киенко // Власть. - 1919. - С.164-169.

8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / О.Ю. Ширяев [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - № 2. - С. 197-199.

9. Ширяев О.Ю. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции / О.Ю. Ширяев [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2017. - № 2. - С. 290-297.

10. Шубович М.М. Здоровьесберегающие технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи / М.М. Шубович, Е.А. Гринева, Н.В. Бибикова // Массовая физическая культура и спорт. - 2018. - № 4. - С. 80-85.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА НА УМСТВЕННУЮ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ

Рябухина Т.В., Попова О.С.

Уральский государственный медицинский университет

Сон является одним из основных видов отдыха. Для студента это обязательная и наиболее полноценная форма ежедневного отдыха, самый эффективный способ снятия умственного и физического напряжения, полученного в течение дня. Во время сна происходит восстановление энергетических запасов организма и нормализация жизненно важных процессов. [1] Основная задача университета – подготовка специалистов высокого класса, которые будут востребованы обществом, но при этом не нанести вред состоянию здоровья молодого поколения в период обучения. В соответствии с федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (от 30.03.1999г. № 52-ФЗ) и другими нормативными документами Министерства здравоохранения и образования, ВУЗ несет ответственность за здоровье обучающихся. Поэтому для сохранения и поддержания последнего важно изучение режима сна у студентов медицинского университета, как значимого компонента режима отдыха. Цель - изучение влияния продолжительности сна на умственную активность студентов. Данное исследование проводилось на базе Уральского государственного медицинского университета. Методом анкетного опроса была проведена оценка влияния продолжительности сна на умственную активность обучающихся УГМУ. В анкетировании приняли участие 80 человек - студенты 2-4 курса. Материалом для

исследования послужили заполненные электронные анкеты, полученные при использовании системы дистанционного анкетирования в формате Google Forms. Анкета состояла из 8 открытых вопросов. Анкетирование являлось анонимным и добровольным. Методы исследования – анкетирование, метод сравнительного анализа. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программного пакета Microsoft Office Excel 2010 для Windows 10.

В ходе исследования удалось выявить наиболее общие тенденции, полученные при изучении мнения респондентов. В результате опроса выяснилось, что 50% студентов спят 4-5 часов в сутки, 30% спят 6-7 часов и 20% опрошенных спят в среднем 8-9 часов. Дневной сон присутствует только у 15% респондентов. Респондентам предлагалось указать средний балл за академическую успеваемость. В результате те обучающиеся, продолжительность сна которых составляла меньше 6 часов в сутки, имели средний балл 3,5, тогда как студенты с самым оптимальным режимом сна (8-9 часов) демонстрируют хорошие показатели в учебной деятельности – средний балл 4,0 и выше. Однако были и исключения: 15% опрошенных имеют средний балл выше 4,5, при этом продолжительность сна у них 4-5 часов в сутки. 10% обучающихся имеют средний балл 3,3 и спят 8-9 часов в сутки. Основные причины сокращения продолжительности ночного сна, по мнению респондентов: подготовка к занятиям 47%, работа – 30%, социальные сети – 20%, компьютерные игры – 3% опрошенных. График сна соблюдают только 30% опрошенных, 70% студентов ложатся спать каждый день в разное время. По будням не высыпаются 60% респондентов, это проявляется усталостью и апатией на протяжении всего дня. Данные студенты отмечают, что на первой паре очень трудно включиться в учебный процесс, активизировать себя удается к 12 часам дня на 1-2 часа, а затем наступает вялость. Также отмечают очень низкую умственную активность, которая проявляется в нелепых ошибках, не возможности сконцентрировать внимание на определенном виде работе или сложности в переключение внимания с одного вида деятельности на другой, а также рассеянности и раздражительности наблюдают у себя 45% студентов. На вопрос «Меняется ли во время сессии график вашего сна?» 67% студентов отметили, что на сон выделяют существенно меньше времени, а 23% респондентов вообще не спят в ночь перед экзаменом и только 10% не меняют свой режим сна. В результате на экзамене большинству студентам, которые сократили продолжительность своего сна, очень трудно сосредоточиться. Наличие проблем и необходимости коррекции сна подтвердилось тем, что большинство респондентов – 85% хотят получать рекомендации и советы по улучшению сна.

По результатам проведенного исследования у большинства студентов выявлены нарушения в режиме сна, что имеет огромное влияние на их состояние. Ухудшение самочувствие и плохая концентрация внимания, замеченная среди респондентов, снижает их умственную активность. Также респонденты демонстрируют устойчивый интерес к собственному здоровью. Именно поэтому, студенты должны быть осведомлены о важности достаточного сна для их успеваемости и здоровья.

Список литературы.

1. Исаева, А.М., Влияние сна на успеваемость студентов / А.М. Исаева, К.В. Антонец// Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 2.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Симхес Е.В, Рой Л.И

Ставропольский государственный медицинский университет

Гипергомоцистеинемию (ГГЦ) – повышенное содержание аминокислот гомоцистеина (ГЦ) в крови. На уровень ГЦ могут влиять различные факторы, включая: наследственные (дефект гена фермента, метаболизирующего фолиевую кислоту); образ жизни (курение, злоупотребление алкоголем, «метиониновая» диета, чрезмерное употребление кофе); прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, теофиллины, оральные контрацептивы и др.); хронические заболевания (почечная недостаточность, сахарный диабет, В12-дефицитная анемия, гипотиреоз, и др.). Высокий уровень ГЦ способствует развитию дисфункции эндотелия, артериальных и венозных тромбозов. Кроме того, ГГЦ ведет к прогрессированию атеросклероза в связи с усилением пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки [1]. Цель: продемонстрировать клинико-диагностические особенности коморбидной патологии у молодого пациента с гипергомоцистеинемией. Пациент К., 43 лет, инвалид 2 группы, в апреле 2018 г. перенес ишемический инсульт в зоне кровоснабжения левой средней мозговой артерии (СМА), получал лечение в условиях ПСО ОНМК ГКБ №3 г. Ставрополя. Затем прошел курс восстановительного лечения в ОМР того же учреждения. Из факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых осложнений пациент имеет: курение в течение 20 лет по пачке в день, отягощенную наследственность по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), питание со значительным содержанием насыщенных и транс-жиров, ГГЦ (уровень ГЦ 20,1 мкмоль/л), тромбофилию (Д-димер 2322 мг/мл, ПВ 13,2 сек., МНО 1,254). Сопутствующая патология представлена гипертонической болезнью, кардиомиопатией сложного генеза, частой желудочковой экстрасистолгией, хроническим гепатитом С и пиелонефритом. На различных этапах наблюдения пациенту проводилось лабораторно-инструментальное обследование, включавшее клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением показателей функции почек, углеводного и липидного обменов, уровней трансаминаз, электролитов крови, липидограммы, коагулограммы, ЭКГ покоя, рентгенографию ОГК, СМ ЭКГ и АД, Эхо-КГ, дуплексное сканирование БЦА, МС КТ, позволившее решить задачи верификации основного диагноза и выявления сопутствующей патологии. На базе УЦЗ НИО СтГМУ больному проведено ангиологическое исследование на аппарате Vasera VS – 1500N, результаты которого представлены ниже. Асимметрии АД на верхних, нижних конечностях нет. Лодыжечно-плечевой индекс (ABI) в пределах нормы. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) выше возрастной нормы на 10 лет. Биологический возраст артерий справа выше возрастной нормы на 10 лет. В результате можно сделать заключение: артериальная жесткость выше возрастной нормы, биологический возраст артерий справа выше возрастной нормы. Ангиологические признаки атеросклероза. С целью исключения кардиоэмболических причин мозгового инсульта, наличия системного васкулита, антифосфолипидного синдрома пациент был проконсультирован ревматологом, кардиологом. Выставлен диагноз: Тромбофилия сложного генеза. Гипергомоцистеинемия. Кардиомиопатия сложного генеза: дисметаболическая, токсическая, частая желудочковая экстрасистолгия, IV градации по Ryan. СН 0. Ишемический мозговой инсульт в левой височно-теменной доле (апрель 2018 г.), ранний восстановительный период. Рекомендованная терапия тромбофилии, ГГЦ: Аписабан (эликвис) 2,5 мг по 1 таб. внутрь 2 раза в день, длительно, до нормализации уровня Д-димера крови (контроль ежемесячно); Фолиевая кислота 0,4 мг + цианокобаламин 0,002 мг (фолибер) по 1 таб. внутрь 1 раз в день 1 месяц, с последующим контролем уровня ГЦ. После курса восстановительной

терапии в ОМР больной выписан с диагнозом: Ишемический инсульт на фоне ГГЦ, тромбофилии в зоне кровоснабжения левой СМА от 26.04.2018г.: правосторонний гемипарез, эфферентная моторная афазия грубая, акустико-гностическая афазия средней степени, поздний восстановительный период. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. Кардиомиопатия сложного генеза: дисметаболическая, токсическая. Частая желудочковая экстрасистолия, IV градации по Ryan. СН0. Умеренная недостаточность митрального клапана. Хронический гепатит С. Хронический пиелонефрит, латентное течение. На фоне проведенного лечения (медикаментозная нейропротективная и коррекционная терапия с логопедом, физиотерапевтическое лечение) отмечается незначительное улучшение в виде: увеличение мобильности пациента с 7 до 13 баллов по шкале Ривермид; регресса пирамидной недостаточности справа с нарастанием силы в конечностях до 4,5-5 баллов; повышение выносливости, толерантности к физической нагрузке. Однако сохраняются грубые речевые нарушения. Пациенту разъяснены рекомендации по образу жизни: соблюдение режима дня; избегание психоэмоциональных переутомлений; самоконтроль уровня АД; ограничение потребления поваренной соли и продуктов богатых насыщенными и транс-жирами, увеличение в рационе клетчатки и рыбы; расширение двигательной активности, ЛФК; занятия с логопедом; наблюдение неврологом, кардиологом, инфекционистом, урологом; повторные курсы нейрореабилитации 1-2 раза в год в условиях терапевтического или неврологического отделений. Назначена медикаментозная терапия, включающая антигипертензивное, антиагрегантное, гиполипидемическое, антиоксидантное направления.

В заключении стоит отметить, необходимость обращения внимания на нарушение обмена ГЦ при проведении первичной и вторичной профилактики ССЗ. Это предполагает отказ от вредных привычек, питание с ограничением продуктов повышающих уровень ГЦ и увеличением продуктов растительного происхождения [2]. Целесообразен контроль уровня ГЦ у пациентов, которым необходимо длительно принимать лекарственные средства, ассоциированные с нарушением обмена ГЦ.

Список литературы.

1. Зобова, Д. А. Роль гомоцистеина в патогенезе некоторых заболеваний / Д. А. Зобова, С. А. Козлов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2016. – № 3. – С. 132–144.
2. Филимонов, Д.А. Гипергомоцистеинемия как прокоагулянтный фактор риска у пациентов с атеротромботическим ишемическим инсультом и возможности лечебной коррекции / Д.А. Филимонов // Нейронауки: теоретические и клинические аспекты. – 2012. – № 8. – С. 204-208.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТВЕРЬ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО ОСТАНОВКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ SARS-COV-2

Хачатрян А.А., Минакова Ю.Е., Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет

В декабре 2019 года в городе Ухани, провинции Хубэй, в Китае были зарегистрированы первые случаи новой коронавирусной инфекции. Уже к началу апреля 2020 года инфекция явилась причиной смерти более 100 тысячи человек во всем мире, что вызвало необходимость принятия срочных мер профилактики. Проблема частоты встречаемости инфекционных заболеваний человека в России всегда занимала ведущее место. Без изучения этой проблемы вряд ли можно рассчитывать на быстрое решение

вопросов профилактики и борьбы инфекциями вирусной этиологии, которые наносят вред здоровью человека. Пандемия коронавирусной инфекции сопровождается высоким уровнем смертности. В настоящее время населению рекомендуется соблюдать социальную дистанцию, воздержание посещения общественных мест, соблюдать гигиеничную обработку. Для эффективного соблюдения этих мер важно знать, насколько население информировано о данной инфекции. Важно понимать, насколько люди осознают риски заражения находясь в общественных местах, насколько точно оперируют данными о путях проникновения вируса внутрь организма и как оценивают опасность заражения для себя лично. Так же необходимо удостовериться в правильном понимании работы профилактических мер и соблюдении самих этих норм. Проведение таких опросов, помогает определить насколько эффективна тактика проведения профилактических мер от государства, особенно в период такой эпидемиологической ситуации. Для понимания течения тактики ведения профилактических мер, необходимо знать этиологию и патогенез коронавирусной пневмонии. Возбудителем данного вида пневмонии является коронавирус SARS-COV-2, причем период заражения составляет от двух до четырнадцати дней. Симптомы очень схожи с симптомами обычной острой респираторной вирусной инфекцией. Но помимо этой сходной клинической картины, для данного заболевания характерна лихорадка, возможна диарея, головная боль, потеря обоняния и вкусовых ощущений. Болезнь может протекать как в легкой, так и тяжелой форме. Течение заболевания обусловлено развитием пневмонии или острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Проявляется затруднённое дыхание, одышка, чувство сдавления или боли в грудной клетке. К группам риска тяжелого течения, помимо возрастной, являются сопутствующие хронические заболевания или иммунодефициты состояния [1]. В основе коронавирусной пневмонии происходит изменение легочной ткани, в особенности поражение дыхательного аппарата, таких мельчайших структур как альвеол. В результате этого могут развиваться васкулиты, множественные тромбозы, которые ещё больше отягощают течение болезни. Всё это приводит к тяжелому двустороннему поражению легких, препятствующему нормальному поступлению кислорода в кровь, в следствие развивается кислородное голодание тканей и органов. При инфекции так же появляется симптом «матового стекла» это свидетельствует о поражении альвеолярного звена легочной ткани. Этот симптом часто обнаруживается с помощью компьютерной томографии у больных с бессметным течением болезни. Это указывает на снижение воздушности альвеол, накоплении жидкости в легком, что приводит к повреждению сосудов и других неблагоприятных последствий. Очаговые уплотнения это типичные последствия вирусного воспаления. Эти образования обнаруживаются и мужчин, и у женщин на 8-10 день течения болезни. В большинстве случаев можно получить благоприятный исход, но и возможен патологический процесс, который приводит в обширному пневмосклерозу [2]. Появление SARS-COV-2 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с необходимостью увлечения скорости диагностики и оказания медицинской помощи больным. В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей заболевания, разработка новых средств его профилактики и лечения. Для сдерживания распространения коронавирусной инфекции большинство стран объявили чрезвычайное положение, были приняты беспрецедентные меры по усилению карантинных мероприятий. В городе Тверь Тверской области так же были приняты особые профилактические меры направленные на распространение данной инфекции. Населению были рекомендованы правила поведения в общественных местах и рекомендации по усилению личной гигиены, в том числе ношению масок, гигиене рук. В качестве оценки эффективности проведения данных рекомендательных мероприятий мы провели электронное анкетирование [1]. Исследование проводилось методом электронного анкетирования на базе электронного сервиса «Google Формы». Опрос проходил в период с

1 по 30 сентября 2020 года среди студентов высших учебных учреждений города Тверь. В опросе приняло участие 132 студента в возрасте 18-24 лет. Установлено, что у 4,6% опрошенных была выявлена коронавирусная инфекция, у остальных 95,4% данная инфекция выявлена не была, либо опрошенный не предполагал, что у него протекала данная болезнь и не обращался по этому поводу к терапевту. Одним из основных рекомендаций по личной профилактике коронавирусной пневмонии для населения является ежедневное утреннее измерение тела. Это важный показатель, который помогает оценить состояние организма. Одним из распространённых признаков является лихорадка, причем на начальных её этапах температура может повышаться от 37,2 градусов и выше. При ухудшении состояния больного по истечении недели температура тела может повышаться от 38 градусов и даже выше. Таким образом, можно проследить течение заболевания, его прогрессирование. Так же не мало важно наблюдение за воспалительным процессом в организме при отсутствии других симптомов. Среди респондентов только 30% измеряют температуру утром, остальные 70% опрошенных пренебрегают данным действиям. Не стоит забыть, что у большинства молодых пациентов данный вирус не проявляется симптоматически. Такое протекание заболевания называется бессимптомным. Но при этом человек может являться носителем инфекции и способен передавать её окружающим, которые могут переболеть ею в последствии более тяжелой формой с явным проявлением симптомов [2]. Ещё один важный фактор профилактики коронавирусной инфекции – это соблюдение социальной дистанции в полтора метра. Уже было доказано, что данная инфекция может передаваться воздушно-капельным путем, поэтому при нарушении установленной дистанции смесь воздуха и частиц слюны с возбудителем может передастся от инфицированного человека при чихании, кашле и может попасть на лицо, руки, глаза, одежду, находящегося рядом человека. А так же, помимо косвенного попадания на слизистые человека, возможно прямое вдыхание инфицированных частиц от больного. Так же, с загрязнёнными поверхностями можно принести вирус домой. По результатам опроса видно, что 90% опрошенных ознакомлены с правилами соблюдения социальной дистанции. Оставшиеся 10% либо впервые о ней слышали, либо предпочитают ими пренебрегать. Однако, из того процента респондентов, которые соблюдают данные правила, только 70% всегда помнят о ней, когда находятся на улице, в местах большого скопления, а не только в помещении. Данные респонденты всегда стараются держать дистанцию полтора метра и иногда даже больше, а так же стараются избегать контакта с людьми у которых выраженные признаки ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция), которых можно посчитать за потенциальных больных коронавирусной инфекцией. Ношение маски входит в состав комплексных мер для профилактики, инфекционного контроля и ограничения распространения SARS-COV-2. Маски могут носить как здоровые люди для индивидуальной защиты, так и инфицированные люди в целях профилактики дальнейшей передачи инфекции. Ношение маски снижает риск заражения инфекцией. Во время проведения нашего опроса, 60% респондентов ответили, что надевают маску каждый раз, когда они выходят в общественные места с массовым скоплением людей, в учебные учреждения, в супермаркеты. При этом из данного числа опрошенных только 29% меняют маску каждые два часа. Остальные 71% считают, что ношение одной маски способно их защитить в плоть до конца их рабочего дня. Если же при ношении маски нет возможности её сменить в течение двух часов от начала её использования, то рекомендуется исключить любое касание слизистых, в том числе, глаз, носа, рта руками. При этом вероятность обсеменения инфекцией кожи рук будет одинаковой, независимо от того, используете ли вы перчатки или нет. Так же, длительное ношение одной и той же маски, может привести к поражениям кожи, контактного дерматита [3]. Тем не менее использование маски не всегда достаточно для полноценной защиты от окружающего источника инфекции, поэтому необходимо применение других индивидуальных профилактических мер. Имеет

место тщательное соблюдение гигиены рук. Передача данного заболевания может осуществляться не только воздушно-капельным путем, но и контактно, то есть через предметы быта, окружающей обстановки, предметов личной гигиены, с которыми мог контактировать потенциальный заболевший, либо носитель. В связи с этим очень важно проводить правильную длительную гигиеническую обработку рук. Так как вирус может долго присутствовать на кожных покровах. Рекомендуется, полностью избегать контакта рук и слизистых глаз, носа, рта, а также держаться за часть маски, участвующей в фильтрации вдыхаемого воздуха и удержания выдыхаемого человеком. Снятие маски должно происходить исключительно за её лямки. Среди опрошенных 99% процентов студентов соблюдают гигиеническую обработку рук, и считают этот процесс важным в условия данной санитарно-эпидемиологической обстановки. При этом во время мытья рук рекомендуется использовать антибактериальное мыло, при этом его использование должно происходить не менее 20-30 секунд. Одним из важных факторов профилактики в учебных учреждениях является проветривание помещений. Отсутствие проветривания в помещении способствует тому, что повышается количество вирусов в воздухе, увеличивается вирусная нагрузка на организм, так как большое их количество способствует большей вероятности заболевания данным вирусом. Помимо всего прочего, недостаток свежего воздуха ослабляет организм и делает его более восприимчивым к возбудителям. Очень важно открывать окна не реже 2-3 раза в день, особенно при больших скоплениях людей. По результатам опроса видно, что студенты по большей части удовлетворены проводимыми профилактическими мерами в своём учебном заведении. Таким образом 70% опрошенных отметили точное соблюдение графика проветривания помещений, причем отмечали, что открытие окон происходит на каждом перерыве во время обучения, что составляет примерно раз в два часа. Остальные 30% проявили недовольство по поводу профилактических мер. Они указали на проведение проветривания аудиторий только один раз в течение дня. Также, по данным опроса студентов, мы можем наблюдать, что 70% обучающихся устраивает индивидуальная защита от инфицирования SARS-COV-2, производимая начальством их учебного учреждения. Оставшиеся 30% опрошиваемых желают большего контроля за соблюдением мер личной гигиены. Наши опрошиваемые указывали на необходимость дополнительных профилактических мероприятий, таких как проведение постоянного измерения температуры тела при входе в учебное учреждение, для исключения попадания внутрь потенциально больных людей, периодический сбор анамнеза у сотрудников и обучающихся, проведение периодического тестирования преподавательского состава, в особенности пожилых людей старше 65 лет, учащение санитарной обработки часто касаемых поверхностей с использованием специализированных антисептических моющих средств, выдача одноразовых или многоразовых масок всем находящимся в здании в обязательном порядке и возможность обработки рук антисептическим средством после контакта с часто касаемыми поверхностями или предметами многоразового пользования. Также, некоторые обучающиеся, в особенности медицинского вуза и колледжа города Твери указали на необходимость обеспечения обучающихся и преподавательского состава на момент прохождения обучения на базе клинических кафедр в поликлиниках постоянной полноценной защитой, так как они находятся в большем риске возникновения контакта с переносчиком заболевания или с уже больным человеком. Для выявления коронавирусной инфекции проводят молекулярную диагностику. Этот анализ делается тем, кто имел контакты с возможным источником инфекции, а так же людям приехавшим из других стран, проводятся людям имеющим признаки ОРВИ. Отсутствие генетического материала возбудителя означает, что человек не был инфицирован на момент взятия анализа. Из опрошенных только 20% сдавали этот тест. Остальные 80% не имели желания или не было признаков инфекции и целесообразности сдачи. Так же проводится анализ на антитела (IgM и IgG). Антитела IgM и IgG – это иммунные клетки, которые

вырабатываются в организме в результате его контакта с вирусом. IgM вырабатываются в самом начале заболевания и свидетельствуют о продолжающем заболевании. IgG появляется, когда человек преодолел инфекцию. Эти иммуноглобулины остаются достаточно долго в организме. Их наличие говорит о перенесённом заболевании и о формирующем иммунитете. Этот анализ позволяет оценить иммунитет населения. Только 24% опрошенных студентов были направлены на проведение данного теста для установки наличия в их организме антител, способных самостоятельно бороться с коронавирусной инфекцией. Социологический опрос об информированности по вопросам профилактики распространённости коронавирусной инфекции среди студентов города Твери свидетельствует, что большинство обучающихся устраивает профилактика в их учебном заведении. Но некоторым необходимы дополнительные меры контроля, такие как обеспечение медицинскими масками и респираторами, установка дезинфицирующих средств для рук, не только при входе в учебное учреждение, но и в каждом помещении, коридорах и в туалетах. Ежедневное измерение температуры тела при входе в университеты, а так же сбор анамнеза у сотрудников и обучающихся. Так же опрос показал, что обучающиеся ознакомлены с мерами профилактики SARS-COV-2 и стараются поддерживать. Однако имеется процент людей, которые не соблюдают их, поэтому стоит больше уделять внимания сан-профилактической работе, которая поможет сформировать представления о важности проведения гигиенических мероприятий.

Список литературы.

1. Романов, Б. С. Коронавирусная инфекция Covid-2019 / Б. С. Романов. - Текст: электронный // Безопасность и риск фармакотерапии. - 2020. - № 8 (1). - С. 3-8. URL: <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-1-3-8>

2. Старшинова, А. А. Новая коронавирусная инфекция: особенности клинического течения, возможности диагностики, лечения и профилактики инфекции у взрослых и детей. / А. А. Старшинова, Е. А. Кушнарева, А. М. Малкова, И. Ф. Довгальук, Д. А. Кудлай. - Текст: электронный. // Вопросы современной педиатрии. - 2020. - № 19 (2). С. 123-131. URL: <https://doi.org/10.15690/vsp.v19i2.2105>

3. Стомба, Л. Ф. Новый коронавирус, вызывающий заболевание человека / Л. Ф. Стомба, В. Н. Лебедев, А. А. Петров, В. М. Ручков, В. С. Кулиш, С. В. Борисевич. - Текст : электронный // Проблемы особо опасных инфекций. – 2015. – №. 2. - С. 68-74. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novyy-koronavirus-vyzyvayuschiy-zabolevanie-cheloveka/viewer>

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Ярасханов Р.Р.

Чеченский государственный университет Медицинский институт

Вакцинация... Сколько противоречий, связанных с этим термином, мы встречаем каждый день. И не всегда отрицательное отношение населения к данной теме является действительно научно-обоснованным [1]. Каждый из нас хоть раз в жизни сталкивался с вопросом «А нужно ли проводить вакцинацию?». Научные исследования показывают, что это необходимо. Если обратиться к истории человечества, то всегда можно найти причины, которые выступали в виде глобальных проблем, способных уносить миллионы человеческих жизней. Вот и борьба с инфекционными возбудителями является невидимым фронтом, на котором необходимы меры защиты и противодействия. Данная тема актуальна, как никогда! Ведь всё человечество разделилось на два

противоборствующих лагеря: одни считают, что вакцинация является спасением человечества, другие – гибелью [2]. Примечательно также то, что работы учёных доказывают эффект, получаемый организмом от вакцины, особенно в детском возрасте [3]. Поэтому чрезвычайно важно суметь сохранить здоровье подрастающего поколения, которое неизбежно является залогом нашего стабильного будущего. Данная работа посвящена проблеме детской вакцинации и отношения населения к вакцинации в целом. Путём проведения анкетирования было выявлено отношение населения к поставленным вопросам. Целью исследования стало проведение анкетирования жителей Чеченской республики на предмет отношения к вакцинопрофилактике детского населения. По полученным сведениям планируется составить план по организации мероприятий, нацеленных на ликвидацию пробелов в знаниях, улучшение показателей вакцинированного и здорового контингентов населения.

Материалы и методы.

Материалами в проводимой работе стали результаты анкетирования населения. В ходе исследования были применены санитарно-статистический и аналитический методы исследования общественного здоровья.

Результаты и обсуждение.

По итогам проведённого анализа получены следующие сведения. В анкетировании приняли участие 100 человек: 46 мужчин и 54 женщины. Участники опроса были распределены по следующим возрастным категориям: «до 20 лет» - 14 человек, «21-50 лет» - 69 человек, «старше 50 лет» - 17 человек. У 61 участника есть свои дети/внуки. По профессиональной принадлежности опрашиваемые распределились следующим образом: 21 рабочих предприятия, 17 студентов, 16 домохозяек, 12 медицинских работников, 11 частных предпринимателей, 9 педагогов, 4 государственных служащих, 4 учащихся старших классов, 3 разнорабочих, 2 работника детского сада, 1 нефтяник. Отвечая на вопрос «Каково ваше отношение к вакцинации?», опрашиваемый контингент разделился на 4 группы. Из 100 опрошенных – 35 человек положительно относятся к вакцинации, прививают детей и прививаются сами; 29 человек – неоднозначно относятся к вакцинации и временно воздерживаются от прививок; 14 человек – отрицательно относятся только к части вакцин; 22 человека – категорически против прививания. В отношении детской вакцинации отрицательно настроенные участники выразили следующее мнение: боятся побочных эффектов - 31 из числа опрошенных, 10 человек считают, что вред от прививок больше, чем возможная польза; 9 - не видят необходимости в вакцинации детей, 7 человек не доверяют российским вакцинам, 2 человека не доверяют импортным вакцинам, 2 из числа опрошенных считают, что ребёнка нельзя вакцинировать до определённого возраста, 2 – отрицательно настроены в связи с недоверием к медицинским работникам, 2 человека категорично против прививок в связи с религиозными убеждениями. При этом участников анкетирования также проверили на владение информацией о вакцинации: 45 человек не могли точно ответить на вопрос «Есть ли риск заболевания инфекциями, развития тяжелых и осложненных форм заболеваний у непривитых?»; 37 человек не знали, что возможны ограничения при посещении детского коллектива в случае возникновения заболеваемости; 60 человек не владеют информацией о необходимости ограничить контакт непривитых и вакцинированных детей против полиомиелита живой вакциной. На вопрос «Откуда Вы получаете сведения о вакцинации?» - только 49 человек из 100 дали ответ «От медицинского работника», 33 человека – осведомлены из СМИ, 18 человек – от знакомых. На вопрос «Есть ли необходимость в получении дополнительной информации о прививках, чтобы повысить уровень Ваших знаний по вакцинопрофилактике?» - 38 человек считают отрицательно, 62 человека – положительно. Из них: 35 человек выбирают консультацию с врачом-иммунологом, 9 человек выбирают информационные памятки, 13 человек желает получить информации в других лечебных

организациях, 3 человека хотят получить информацию по горячей линии, а двое – хотят узнать что-то посредством изучения статистики и результатов клинических исследований.

Заключение.

При анализе ситуации становится очевидно, что население нуждается в разъяснении важных аспектов иммунизации посредством вакцин. Многие враждебные стереотипы сложились у населения вследствие распространения ложной информации в СМИ и социальных сетях. Эксперты ВОЗ считают, что прививки по-прежнему предотвращают от двух до трёх миллионов смертей каждый год. По итогам работы следует, что больше половины опрошенных участников отрицательно настроены к вакцинации, хотя только 49 человек получают информацию от медицинского работника. Поэтому можно сделать заключение, что подавляющее число жителей подвержено воздействию некорректной информации из СМИ. Удивителен и тот факт, что из опрошенных немало людей вообще не видят в вакцинации никакой необходимости, хотя положительный эффект иммунизации доказан основательно. Именно поэтому необходима организация мероприятий, направленных на ликвидацию безграмотности населения.

Список литературы.

1) Федотова, А. А. Вакцинация как составляющая часть национального проекта «Здоровье» / А. А. Федотова // «Ремедиум». – 2017 г. – №2. – С. 32.

2) Хьюз, Р. Почему всё больше людей отказывается делать прививки? / Роланд Хьюз // «ВВС». – 2019 г. – №7. – С. 5.

3) Сарханянц, К. А. Люди уважают науку и врачей, но не верят в вакцинацию / К. А. Сарханянц // «Коммерсантъ». – 2019 г. – №3. – С. 4.



РАЗДЕЛ 4.

Педиатрия и детские инфекционные заболевания

MARFAN SYNDROME, NEUROLOGICAL COMPLICATION AND ITS TREATMENT

Harshal Nagpurkar, Tarun Tyagi

Orenburg State Medical University

Marfan syndrome (MFS) is a disorder caused by a defect of connective tissue that is transmitted by an autosomal dominant mode. The defect present on chromosome 15 having FBN-1 gene, which regulate the formation of connective tissue protein fibrillin. Fibrillin-1 forms elastic matrix microfibrils in connective tissue which plays great significance in Musculoskeletal system, cardiovascular system and smooth muscle coordination. MFS affects systems which contains connective tissue, causing deformities in the heart, large blood vessels, eyes, bones, joints, defects in the large blood vessels supplies blood from heart through aorta. Loosening of Aorta causes aortic aneurysm which furthermore leads to aortic dissection i.e aortic lesion. Patient can also suffer with neurological disorders due to aneurysm, subarachnoid or intracranial hemorrhage, Dural ectasia, spinal compression. Patients have elongated body structure with cylindrical and big physique, have elongated fingers and toes (arachnodactyly), hypermobility, slack joints and other typical features include enlarged and tapered face and moreover flat head, crowded teeth, an abnormal and deformed curvature of the spine (scoliosis or kyphosis) concave chest (pectus excavatum) or a protruded chest (pectus carinatum), some have unusual air accumulation in chest cavity that cause spontaneous pneumothorax, some individual develops an abnormal enlarged dura (Dural ectasia) that can cause pain in the back, abdomen, legs or head and some develops nearsightedness, cataract and glaucoma. Abnormalities cause a major clinical problem, of cardiac, ocular and musculoskeletal system. Symptoms varies in intensity, genesis and progression rate of the disease. Latest studies show that there is subsequent increase of transforming growth factor-beta (TGF- β) causes cardiac and extracardiac manifestations by making complex of latent TGF- β which destroys connective tissues. Eyes Patients shows earlier manifestation in eye, suffers with myopia, lens dislocation, cataract, retinal detachment Musculoskeletal system Long and thin stature, positive wrist sign, positive thumb sign causes arachnodactyly Spine Scoliosis. Dural ectasia. Protrusio Acetabuli Pes Planus (Flat foot) Child cannot play strength sports which needs more physical power or increase heart workload.

Study clinical patient record with clinical manifestation of neural disorder in Marfan syndrome. We conducted a hospital-based study of all Marfan syndrome patients seen in Orenburg region. Records were reviewed in detail, and clinical characteristics of those with neurological diagnosis. MRI, Lab diagnosis and physical examinations were done. The total number of children in the Orenburg region on 01.01.2019 were 436 614 children, respectively, i.e 0.003 % of the total number of children had marfan syndrome. On an average out of 5 every 1 child had neurological manifestation and almost every patient has Cardiovascular manifestation i.e mitral valve prolapse, Ventricular septal defect, PDA, aortic dilation and atrial fibrillation. Aortic disease is the main etiology of neurological and neurovascular complications. We studied 11 patients suffered with MFS. Out of 11 patients 7 were males and 4 were females, out of these patients 5 patients 1 patients has neurological syndrome. All patients with neurological syndromes were suffering with neurovascular disease. 3 patients has scoliosis. Generally, Neurovascular disease causes ischemic strokes subdural hematomas, these subdural hematoma further results in neurological manifestation. One child with aortic and mitral valve prolapse who presented with autonomic dysfunction and seizures. Another patient presented with ventricular septal defect. Finally, 2 patients presented with patent ductus arteriosus. Clinical characteristics of patients with MFS neurological and neurovascular disorders were compared with other Marfan syndrome patients. We found that patient with MFS neurological syndrome are very rare and cannot be treated completely after complications, only symptomatic treatment is given. Patient in our review with either a cerebral artery aneurysm or suspected aneurysmal subarachnoid hemorrhage was not found. No patients found with isolated cerebral artery dissection, although, vascular imaging was not performed in most patients. Description of

clinical case. Patient of 2 years was admitted in pediatric department of Orenburg regional hospital with complains about deformity of chest. Medical history. Surgical treatment of clubfoot after birth and surgical treatment of inguinal scrotal hernia after 14 months, child 39-s has aggressive and negative behavior. Under developed subcutaneous fat layer, macrocephaly. He has anti-mongoloid eye section, arched palate, small ptosis of both eye arachnodactyly of the hands and feet, enlarged lower thoracic aperture, keeled chest and flat valgus feet. Neuropsychic development: delayed motor and speech development. At the time of examination, ECG of the heart shows congenital heart disease with arterial septal defect about 6-7 mm, patent ductus arteriosus about 2.5- 3mm and stage 1 prolapse of mitral valves and stage 1 prolapse of tricuspid valves in patient. Diagnosis; according to International Statistical Classification of Disease (ICD-10 Q87.4) patient diagnosed with Marfan syndrome, Congenital Heart Disease (CHD), Atrial septum defect, open ductus arteriosus. Delayed motor and speech development. Keel-shaped deformity of the chest. Flat valgus. According to international recommendations for treatment of choice was symptomatic drug therapy. Atrial septal defect, patent ductus arteriosus, Delayed motor and speech development, valgus foot, Frontal lobe damaged in MRI Treatment; The patient is recommended to take calcium D3 1½ TA*1 time a day 2 weeks 4 courses a year to strengthen bones with an interval of 3 months to avoid toxicity. NSAIDs like ibuprofen, indomethacin. L-carnitine substitute Elcar 30% solution 15 drops*2 times a day 1.5 months 3 courses a year to induce muscle strengthen and formation. Neurological treatment- sodium valproic acid 500mg Heart- beta blockers and angiotensinogen 2 blockers (sartans). For pda-prostaglandin synthesis inhibitor (NSAIDs) are used indomethacin, ibuprofen Atrial septal defect; yet nothing is done as the septum is small. Planed surgery will be done. Corrective Surgical treatment like Aortic root replacement, Ligation and grafting of heart patient had undergone surgical treatment of inguinoscrotal hernia. Nocturia; desmopressin acetate The prevalence of Marfan syndrome by appeal was 0,003%. All children had polysystemic organ damage. There is multiple organ damage in case of 2 years old boy has. The present case shows that patients with Marfan disease has much life expectancy if diagnosed and treated accordingly. Thus, further clinical study and research needed to understand major pathogenesis of disease and improve quality of diagnosis and treatment. Case reports suggest an association of Marfan syndrome with neurological syndrome. We tried to investigate all patients with MFS seen at Orenburg region in the hopes of describing the most common neurological events associated with this syndrome. The overall frequency of neurological disorders was 3% in our study. The Marfan syndrome patients were generally pediatric population (average age up to 10 years) with few of the usual vascular risk factors associated with Ischemic stroke of brain. However, cardiac abnormalities such as Patent ductus arteriosus, Ventricular septal defect, atrial septal defect and aortic root dilatation were common, as expected from the known clinical features of the disorder. We found that neurovascular disorders in patients generally lead to neurological symptoms. anticoagulant use likely contributed to a hemorrhagic neurological event as it can increase in internal bleeding or hematoma formation in brain. All Neurovascular patients were similar to other Marfan patients, however, in terms of traditional stroke risk factors, such as hypertension, diabetes, smoking, or lipid disorders, suggesting that atherosclerosis was not a major factor in etiology. The cardiac disorders associated with Marfan syndrome and their treatment appear to be the most common causes for neurovascular complications in this patient group. We found patients with Cerebral damage, cystic medial necrosis and disruption of elastic fibers are common findings in Marfan syndrome and may predispose to spontaneous cerebral arterial dissection independent of aortic dissection. 1) in 2018 reported 2-year-old boy with Marfan syndrome who presented with a frontal lobe partially damaged (Broca's area) further investigation reviled there is PDA, VSD and Dural ectasis in child. 2) In 2018 a patient 11 years old reported with Marfan syndrome who had Nocturnal enuresis; generally nocturnal enuresis is due to change in parameters of frontal lobe, medulla, insula etc. Evidence; DTI (diffusion tensor imaging) provides information about the change in size and physiology of frontal lobe and

medulla. 3) One patient with CHD causes spinal cord infarction which further leads to neurological manifestation in periphery. A lot of patients are seen each year in Orenburg with a diagnosis of cerebral artery dissection, but rarely with Marfan syndrome. However, patients with neurological problems in MSF have generally have Cardiac and neurovascular disease In conclusion, as Marfan syndrome patients live longer, but with complications and the treatment is generally symptomatic, and greater risk of major manifestation due to congenital cardiac disease and use of anti-coagulant, Also, patients with Marfan syndrome in our series had a wide spectrum of neurological disorders, and the etiology of neurological manifestation sometimes appear to be directly related to the primary connective tissue defect in Marfan syndrome.

References.

1. Narycheva IA, Ronkin MA, Sokolina NA, Logunova LV, Deliagin VM. Neurologic manifestations of the Marfan syndrome. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova. 1987;87:1181–1186.
2. OP Ghai, Bagga Genetic manifestation of marfan syndrome 8th edition 978-8123923345 2013;164
3. Shanghai Key Laboratory of Magnetic Resonance, Department of Physics, East China Normal University, Shanghai, China, Changes in the Brain Microstructure of Children with Primary Monosymptomatic Nocturnal Enuresis: A Diffusion Tensor Imaging Study Published (online) 2012 Feb 17.
4. Robert C. Tasker, Oxford Handbook of Pediatrics 2nd edition Genetic disorders with cardiac features 940
5. Nora Maria, Investigating the Influences of Language Delay and/or Familial Risk for Dyslexia on Brain Structure Published online 2015 Nov 18.
6. Dr. Balu Vaidyanathan Role of beta-blockers in Marfan's syndrome and bicuspid aortic valve: A time for re-appraisal Article (online) 2008 Jul-Dec
7. Hong Il Ha, Joon Beom Seo, Sang Hoon Lee, Joon-Won Kang, Hyun Woo Goo, Tae-Hwan Lim, Myung Jin Shin Imaging of Marfan Syndrome: Multisystemic Manifestations Jul 1 2007

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Абрамова Ю.Н., Осипенко В.И., Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет

На сегодняшний день бронхиальной астмой болеют свыше 300 миллионов человек по всему миру, а прогнозируется еще больше. По некоторым оценкам специалистов к 2025 году эта цифра может вырасти до 400 миллионов. Около 80% случаев – смешанная и аллергическая формы заболевания, и на первый план выступает проблема своевременного обнаружения и контроля триггеров. Наличие в анамнезе бронхиальной астмы не увеличивает риск инфицированием COVID-19, однако ее наличие говорит о возможном риске развития тяжелых форм в случае заражения [1, 2]. Целью работы явилось изучение особенностей течения бронхиальной астмы у детей с патологией желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Проведен анализ 34 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении У «Гомельская областная детская клиническая больница» с бронхиальной астмой, при обследовании у которых была диагностирована патология ЖКТ. Органические и функциональные нарушения ЖКТ были диагностированы на основании клинических проявлений, данных фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), анализа кала на дисбактериоз. Результаты и их

обсуждение. В анализируемую группу вошли 23 (68%) мальчика и 11 (32%) девочек. Длительность бронхиальной астмы в анализируемой группе составила от 1 недели до 15 лет. 10 (29%) пациентов имели функциональные заболевания ЖКТ, 7 (21%) пациентов – органические нарушения, у 17 (50%) пациентов – сочетанная патология ЖКТ. Заболевания ЖКТ у детей с бронхиальной астмой чаще встречается у старшеклассников (13 детей; 38,0%), в младшем школьном возрасте (7-10 лет) частота встречаемости составила 27% (9 человек), в дошкольном (0-6 лет) – 12 человек (35%). 16 детей (47%) поступили в отделение в период обострения бронхиальной астмы, 18 детей (53%) в период неполной ремиссии. Из них, у 19 детей (56%) наблюдалось легкое персистирующее течение заболевания, у 14 (41%) – среднетяжелое персистирующее течение, и лишь у 1 ребенка (3%) – тяжелое персистирующее течение. По результатам сбора анамнеза выяснилось, что у 28 (82%) из 34 детей аллергоанамнез не был отягощен, у 23 детей (68%) были положительные общие IgE. Среди заболеваний ЖКТ самой часто встречающейся патологией оказалась гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (18 человек, 53%) с трофическими нарушениями стенки пищевода и неполным смыканием кардии по данным ФГДС. Также анализ данных свидетельствует о том, что почти у половины детей со среднетяжелым персистирующим течением встречается хронический антральный гастрит, чаще ассоциированный с Hp^{++} , где слизистая желудка умеренно отечна и гиперемирована в антральном отделе. Ввиду анатомического сходства пищеварительной и дыхательной систем, а так же общей иннервации бронхов и пищевода, можно говорить о том, что вследствие раздражения нервных рецепторов пищевода усиливается импульсная активность блуждающего нерва на рецепторы бронхов, вызывая бронхообструкцию. Также общая иннервация объясняет и учащение жалоб со стороны ЖКТ у пациентов с обострением бронхиальной астмы. У 5 детей (15%) с легким персистирующим течением, у 10 детей (29%) со среднетяжелым персистирующим течением отмечались жалобы на изжогу, позывы на рвоту, наиболее частый симптом – боли в эпигастральной области (18 человек; 53%). У 10 детей (29%) по данным анализа кала на дисбактериоз был выявлен дисбиоз кишечника. Паразитирование условно-патогенной микрофлоры сопровождается выбросом эндотоксинов в организм, что ведет к иммунному дисбалансу и приступам бронхообструкции ввиду повышенной сенсibilизации бета-адренорецепторов бронхов. Наиболее часто наблюдался избыточный рост *St. aureus* (14 детей, 41%), на 2 месте – *Acinetobacter* (4 ребенка, 12%), реже диагностировались *Candida spp.* (3,9%) и *P. vulgaris* (1,3%).

Выводы. У каждого второго ребенка с бронхиальной астмой встречается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у каждого третьего – дисбиоз кишечника. Сочетанная патология (бронхиальная астма и заболевания ЖКТ) чаще встречается у мальчиков старшего школьного возраста с легким персистирующим течением бронхиальной астмы.

Список литературы.

1. Маршалко, О. В. Терапия : в 3 частях [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. В. Маршалко , А. И. Карпович. – Минск : РИПО, 2016. – Ч. 1 : Пульмонология. – 2016. – 202 с : ил. on-line. (Шифр 616.1/4(075) М 30)
2. GINA (Global strategy for asthma management and prevention) (2019 Update). Режим доступа: www.ginasthma.org

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С НЕЙРОБЛАСТОМОЙ

Авакян Н.К., Стременкова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Нейробластома - самая распространённая экстракраниальная солидная опухоль, встречающаяся в практике детского онколога, заболеваемость которой составляет около 10 на 1 миллион детского населения (до 15 лет), что составляет около 8 % от всех злокачественных новообразований у детей. Около 37% всех нейробластом диагностируют у детей до 1 года и около 90% у детей до 5 лет. В исключительных случаях нейробластома может быть диагностирована у плода во внутриутробный период развития. Чаще нейробластома локализуется паравертебрально, в забрюшинном пространстве. Несмотря на активное изучение различных аспектов диагностики, лечения и профилактики нейробластомы, на сегодняшний день многие вопросы остаются недостаточно исследованными. Своевременная диагностика онкологической патологии у ребёнка крайне важна, так как результаты терапии напрямую зависят от сроков установления диагноза. Ребенок П., 2-х лет, поступил в инфекционное отделение ГБУЗ СК «КДКБ» с жалобами на слабость, вялость, ограничение в движении и слабость в нижних конечностях, вздутие живота, запоры, сниженный аппетит, бледность кожных покровов и видимых слизистых. Анамнез заболевания: со слов мамы ребенок болен с августа 2020 г, когда появилась слабость, снизился аппетит, стал капризным, в весе не прибавлял. Через 2 месяца появился непереваренный жидкий стул 2-3 раза в сутки, после самостоятельного лечения стул нормализовался. Состояние ухудшалось, появились запоры продолжительностью до 3-х суток, появилась слабость в левой нижней конечности, мальчик перестал становиться на ноги и с трудом сидел. Консультированы ортопедом, диагностирована дисплазия тазобедренных суставов, реактивная артропатия. Неврологом выявлен церебрастенический синдром на фоне ранней резидуальной основе, синдром тонусных нарушений, вегето-висцеральных нарушений. Нижний парапарез с нарушением функции тазовых органов. Рекомендации по выполнению стимуляционной ЭМГ, КТ и МРТ выполнены не были. Гематологом рекомендован курс ферротерапии препаратом Феррум Лек в связи с наличием у ребёнка на том этапе ЖДА III степени. На фоне лечения препаратом железа развился отёк Квинке, находился на стационарном лечении по месту жительства получал антигистаминную терапию. Симптоматика сохранялась, ребёнок перестал сидеть, мочеиспускания стали редкими. Госпитализирован в экстренном порядке. Анамнез течения беременности и родов: ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды 1, срочные, из двойни, закричал сразу. Вес: 2730 гр, рост: 49 см. Вскармливание грудное до 1 мес. Из род.дома выписан на 6-е сутки, привит по календарю. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ. При поступлении: состояние тяжелое, самостоятельно не сидит. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. На уровне Th8-Th11, справа от позвоночника, визуализируется уплотнение, безболезненное и плотное при пальпации. Со стороны внутренних органов без особенностей, живот подвздут, без локальной болезненности при пальпации. Не мочиться (после постановки мочевого катетера диурез адекватный). В неврологическом статусе: голова правильной формы, со стороны черепно-мозговых нервов без изменений. Произвольные движения в нижних конечностях отсутствуют. Опоры на ноги нет, не сидит. Пассивные движения в конечностях не ограничены. В руках объем активных движений полный, сухожильные рефлексы живые. В анализах крови анемия средней степени, в анализах мочи без патологии. По рекомендации невролога выполнено МРТ головного и спинного мозга были выявлены признаки интрадурального экстремедуллярного объёмного образования на уровне Th7 - Th11 с распространением паравертебрально вправо и в мягкие ткани грудного отдела позвоночника на данном

уровне и инвазией в правую дужку Th9 справа, размерами в позвоночном канале до 15x15x60 мм, паравerteбрально до 22x44x45 мм. После контрастного усиления образование неравномерно накапливает контрастный препарат. Спинной мозг на уровне Th7 - Th11 оттеснён влево, компремирован. Учитывая выявленные изменения, консультирован детским онкологом, переведен на дальнейшее обследование в отделение гематологии и детской онкологии ГБУЗ СК «КДКБ». На КТ грудной полости, брюшной полости и забрюшинного пространства с КУ признаки дополнительного объёмного образования грудной полости справа, исходящее из грудного отдела позвоночника, солидного характера, с относительно чёткими контурами, размерами до 6,33x1,19x2,73 см, объёмом до 37,44 см³. Уровень АФП и ХГЧ в пределах норы, уровень NSE повышен до 192 мг/л. Миелограмма - без метастатического поражения. Сцинтиграфия скелета - без патологии. Таким образом, по данным клинико-инструментального обследования выявлено интрадуральное экстрamedулярное объёмное образование (нейробластома). Для подтверждения диагноза ребёнок был направлен в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачёва» для проведения молекулярно-генетического и гистологического исследования. Данное клиническое наблюдение говорит о полиморфизме различных неврологических расстройств, в данном случае нижний парапарез, под маской которых может протекать нейробластома, как опухоль спинного мозга. Особенностью наблюдения детей с нейробластомой явились ранний возраст манифестации заболевания и редкая локализация образования. Это и привело к стертости клиники и сложности в диагностике заболевания, с чем и нужно быть осторожными.

Список литературы.

1. Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Купеева И.А., Караваева Л.В., Поляков В.Г. Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Онкопедиатрия, 2017.
2. Клинический случай случая нейробластомы у ребенка раннего возраста, манифестировавшей синдромом острого вялого паралича, Е.Ю.Горелик, Н.В.Скрипченко, А.П.Ляпин, 2011 г.
3. Детская онкология. Национальное руководство. Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. М: Издательская группа РОНЦ, 2012.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В САУДОВСКОЙ АРАВИИ И НА ЮГЕ РОССИИ

Альхимиди А. А., Дятлова А.А., Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Дефицит витамина D является на сегодняшний день широко распространённой проблемой здоровья детского населения. Витамин D необходим для поддержания оптимального состояния фосфорно-кальциевого метаболизма, достаточной выносливости и мышечной силой у детей с самого раннего возраста [1]. Помимо этого, витамин D представляет собой гормоноподобное соединение, обладающее комплексом некальциемических (внекостных) эффектов. Солнечный свет, наряду с холекальциферолом, содержащимся в некоторых продуктах питания, является основным источником витамина D. Ультрафиолетовые волны В спектра способствуют выработке витамина D в мальпигиевом и базальном слоях эпидермиса кожи путём преобразования 7-дегидрохолестерина в пре-витамин D [2, 3]. Географическое положение Российской Федерации севернее 42° с.ш. обуславливает проблему дефицита естественной инсоляции и витамина D у населения на протяжении большей части календарного года, в то время как

высокий уровень инсоляции в Саудовской Аравии ассоциирован с повышенной заболеваемостью раком кожи [4, 5]. Цель исследования: проанализировать обеспеченность витамином D детей раннего возраста, проживающих на юге России и на северо-западе Королевства Саудовская Аравия в период минимальной естественной инсоляции.

В исследование были включены 132 ребенка, проживающих в г. Табук Королевства Саудовская Аравия и 262 ребенка, проживающих в г. Ставрополе Российской Федерации в возрасте от 1 до 36 месяцев, не имеющих острых и хронических заболеваний, генетических синдромов. Забор крови выполнялся в период с октября по март 2014-2019 гг. Уровень сывороточного 25(OH)D определяли методом конкурентного хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA). Для оценки обеспеченности 25(OH)D использовали термины: норма – при концентрации 25(OH)D 30-100 нг/мл, недостаточность – 21-29 нг/мл, дефицит – 10-20 нг/мл и тяжелый дефицит – <10 нг/мл [6]. Оценка физического развития проводилась с использованием программ WHO AnthroPlus. Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0 (StatSoft Inc., США). Медиана 25(OH)D у детей в г. Табук (Саудовская Аравия) составила 28,0 (21,9–35,9) нг/мл, и была достоверно выше, чем в г. Ставрополе (юг России) – 23,7 (16,2–32,7) нг/мл ($p=0,0003$). В г. Ставрополе тяжёлый дефицит витамина D был выявлен у 27 (10,3%), дефицит у 70 (26,7%), недостаточность у 87 (33,2%), а нормальная обеспеченность у 78 (29,8%) детей, в Саудовской Аравии тяжёлый дефицит витамина D выявлен у 5 (3,8%), дефицит – у 21 (15,9%), недостаточность – у 42 (31,8%) и нормальная обеспеченность – у 64 (48,5%) детей. Среди 64 детей с нормальной обеспеченностью витамином D из г. Табук, 17 (26,6%) составили дети первого года жизни, 29 (45,3%) – второго и 18 (28,1%) – третьего, в то время как в г. Ставрополе среди 78 детей с нормальной обеспеченностью витамином D большую часть – 59 (75,6%) составляли дети грудного возраста, у детей второго и третьего года жизни уровень 25(OH)D выше 30 нг/мл был диагностирован лишь в 14 (18,0%) и в 5 (6,4%) случаях соответственно. Выявлена отрицательная корреляция между уровнем 25(OH)D и возрастом детей в Саудовской Аравии ($r = -0,3$, $p=0,0004$), и на юге России ($r = -0,2$, $p=0,001$). Обеспеченность витамином D детей, не получающих препараты холекальциферола, была достоверно выше ($p=0,0003$) в Саудовской Аравии и составила 27,8 (21,0–34,6) нг/мл г. Табук и 19,4 (12,7–25,5) нг/мл в г. Ставрополе. Однако внутри анализируемых регионов корреляционной связи между продолжительностью солнечного сияния и концентрацией 25(OH)D в период наблюдения выявлено не было (г. Табук – $r = -0,02$ ($p=0,8$), г. Ставрополе – $r = -0,08$ ($p=0,3$)). У детей грудного возраста основным источником витамина D является грудное молоко или его заменители. Сравнительный анализ показал более высокий уровень обеспеченности витамином D детей на грудном вскармливании в г. Табук – 22,1 (16,02–20,4) нг/мл по сравнению с г. Ставрополя – 9,8 (7,4–16,1) нг/мл ($p=0,03$), среди детей на искусственном вскармливании достоверных различий выявлено не было. В Саудовской Аравии лишь 11 (8,3%) исследуемых детей получали препараты холекальциферола, из них 5 (18,5%) детей первого года, 4 (7,4%) – второго и 2 (3,9%) третьего года жизни. В г. Ставрополе препараты витамина D получали 129 (49,2%) детей, среди них первого года жизни – 82 (60,3%), второго – 33 (47,1%), третьего – 14 (25,0%). На фоне профилактического приёма препаратов витамина D уровень 25(OH)D у детей в г. Табук составил 32,9 (26,1–34,3) нг/мл, без приёма – 27,8 (21,0–34,6) нг/мл ($p=0,05$); в г. Ставрополе – 29,0 (21,6–39,4) нг/мл на фоне и 19,4 (12,7–25,6) нг/мл без дотации ($p=0,000000001$). Среди исследуемых детей, проживающих в г. Табук, нормальный уровень 25(OH)D выявлен у 57 (47,1%) детей без приёма препаратов витамина D и в 7 (63,6%) случаях на фоне дотации. На юге России в период исследования нормальная обеспеченность витамином D без дополнительной дотации определялась лишь у 18 (13,5%) детей, тогда как на фоне дотации – у 60 (46,5%) ($p<0,0005$). У детей

из Саудовской Аравии нормальная обеспеченность витамином D выявлялась достоверно чаще ($p<0,0005$), реже определялись тяжёлый дефицит ($p<0,05$) и дефицит ($p<0,0005$), чем у детей г. Ставрополя. Возрастные тенденции в обеспеченности витамином D аналогичны в анализируемых регионах, причем большая часть детей первого года жизни юга России, использующих медикаментозную профилактику, поддерживает соизмеримый с аравийским уровень витамина D. На втором и третьем годах жизни отмечается снижение обеспеченности витамином D в обеих странах, но на территории России этот процесс более выражен. Уровень солнечной инсоляции в г. Табук позволяет поддерживать численность детей с дефицитом витамина D на уровне около 20%, что практически в 3 раза меньше, чем в России.

Таким образом, профилактический приём препаратов витамина D в России должен проводиться всем детям в соответствии с Национальной Программой.

Список литературы.

1. Cashman KD, Dowling KG, Škrabáková Z, Gonzalez-Gross M, Valtueña J, De Henauw S, Moreno L, Damsgaard CT, Michaelsen KF, Mølgaard C, Jorde R, Grimnes G, Moschonis G, Mavrogianni C, Manios Y, Thamm M, Mensink GB, Rabenberg M, Busch MA, Cox L, Meadows S, Goldberg G, Prentice A, Dekker JM, Nijpels G, Pilz S, Swart KM, van Schoor NM, Lips P, Eiriksdottir G, Gudnason V, Cotch MF, Koskinen S, Lamberg-Allardt C, Durazo-Arvizu RA, Semplos CT, Kiely M. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? *Am J Clin Nutr*. 2016; 103: 1033–1044. doi: 10.3945/ajcn.115.120873

2. Karagüzel G, Dilber B, Çan G, et al. Seasonal vitamin D status of healthy schoolchildren and predictors of low vitamin D status. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58: 654-660.

3. Lippi G, Mattiuzzi C, Aloe R. The impact of seasonality and other determinants on vitamin D concentration in childhood and adulthood: still an unresolved issue. *Ann Transl Med* 2016; 4: 21. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2015.12.62

4. Wacker M, Holick MF. Vitamin D-effects on skeletal and extraskeletal health and the need for supplementation. *Nutrients* 2013;

5:111-148. doi: 10.3390/nu5010111 5. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96: 1911e30. doi: 10.1210/jc.2011-0385. doi: 10.1210/jc.2011-0385.

6. Национальная программа "Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции" / И.Н. Захарова, Т.Э. Боровик, И.В. Вахлова, А.В. Горелов, О.И. Гуменюк и др., Москва, 2018.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Аникеенко А.А., Данильченко Я.В.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний

Изучение отдаленных результатов хирургической коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) у детей является актуальной проблемой современного мира, поскольку до настоящего времени нет единых критериев оценки результатов данного вида вмешательства в отдаленном периоде. Зарубежные и отечественные исследования

качества жизни детей с ВПС в отдаленном послеоперационном периоде показывают, что в их последующей жизни доминируют социально-психологические проблемы.

Цель: изучить клинические и социально-психологические особенности детей с ВПС после оперативного вмешательства для определения отклонений в состоянии их здоровья.

В исследование включены дети с ВПС ($n=116$), прошедших радикальную коррекцию. Все пациенты были разделены на две группы по наличию неблагоприятных социально-экономических факторов в семейном анамнезе (группа 1) и их отсутствию (группа 2). В обеих группах проводился анализ анамнеза жизни пациентов, клинικο-гемодинамические особенности, наличие сопутствующей/фоновой патологии, течение раннего послеоперационного периода и проводилась оценка социального и эмоционального функционирования в отдаленном послеоперационном периоде через 1,2,3 года с применением опросника Pediatric Quality of Life Questionnaire PEDsQL4.0. Статистическая обработка проведена с помощью программы STATISTICA 10.0. Качественные данные представлены в виде процентов и абсолютных значений. Оценка их различий проводилась с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона. Критическим уровнем статистической значимости принимался $\leq 0,05$. Осложненный ранний послеоперационный период отмечался у 43% пациентов, при этом доля осложнений в обеих группах была практически одинаковая ($p = 0,663$). На момент выписки из стационара остаточные нарушения внутрисердечной гемодинамики были выявлены у 94,8% ($n = 110$) детей, и к третьему году наблюдения количество таких детей уменьшилось до 8,8% ($n = 6$), без значимых различий в группах сравнения. Фоновая патология через год после операции отмечалась у 53,1% ($n = 32$) и так же не имела статистически значимых различий между группами ($p = 0,702$). Ко второму-третьему годам наблюдения сохранилась та же тенденция, то есть по клинικο-гемодинамическим параметрам исследуемые группы были однородные, особенности семейного анамнеза на них не оказывали влияния. На первом году наблюдения при оценке социально-психологического функционирования с оценками «очень низкие» и «низкие» были у 48% ($n = 56$) пациентам. «Средняя» оценка социально-психологического функционирования детей составила 52% ($n = 60$) и в сравнении двух групп не имела различий по частоте встречаемости. На втором году наблюдения в 1,6 раза уменьшилось количество детей с «очень низкой» и «низкой» оценкой социально-психологического функционирования во всей исследуемой группе за счет второй группы, так как в группе детей с отягощенным семейным анамнезом доля таких оценок была значимо выше, чем в группе детей без этих неблагоприятных факторов, $p = 0,0012$. На этом же году наблюдения впервые выставлено «высокое» социально-психологическое функционирование, но только пациентам второй группы. К третьему году наблюдения в анкетировании приняли участие 58,6% респондентов от всего объема выборки ($n = 68$, те, у кого срок послеоперационного наблюдения был равен трем годам). Среди них «очень низкая» и «низкая» оценка функционирования были выставлены у 44,1% ($n = 30$) пациентов, причем в первой группе детей с данной оценкой было значимо больше по сравнению с пациентами второй группы, $p = 0,0016$. «Среднее» социально-психологическое функционирование определено у 50% участников ($n = 34$). Ответы в группах не имели статистически значимых различий. «Высокое» социально-психологическое функционирование выявлено у 5,9% ($n = 4$) пациентов. Как и на втором этапе исследования, данный тип функционирования был определен только у пациентов второй группы. Так, более низкие показатели качества здоровья встречались в группе детей, в семьях с неблагоприятными социально-экономическими факторами. Даже в динамике трехлетнего наблюдения в данной группе не встречалось «высоких» оценок эмоционального и социального функционирования, средний процент был достоверно ниже, чем во второй группе, а большая доля детей так и остались на «низком» уровне социально-психологического функционирования. За

рубежом при реабилитации пациентов с нервно-психическими нарушениями опираются на биопсихосоциальный, целостный или холистический подходы, одним из основных подходов которых является тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, а также работа с семьями [6]. Особенности раннего послеоперационного периода так же оказывали влияние на отдаленные результаты кардиохирургического вмешательства, и дети, которым потребовалась имплантация ЭКС, на третьем году наблюдения остались в группе с «низкими» оценками функционирования качества жизни. Так же важно отметить, что, несмотря на нормализацию внутрисердечной гемодинамики у подавляющего большинства детей (остаточные нарушения присутствовали только у детей с более сложными пороками), социально-психологический компонент здоровья был низкого качества более чем у половины. По данным мировых исследований, несмотря на высокий клинический эффект кардиохирургического лечения, более половины детей с ВПС имеют низкие показатели социально-психологической адаптации, а более 80% – задержки в психологическом развитии [5]. После устранения анатомического дефекта сердца и нормализации гемодинамики, у детей, перенесших кардиохирургическое вмешательство в отдаленном послеоперационном периоде социально-психологическое функционирование продолжает страдать. При ведении пациента, прооперированного по поводу ВПС, большое значение имеет динамическое комплексное наблюдение с учетом особенностей семьи ребенка и привлечения специалистов разного профиля (социального работника, психолога).

Список литературы.

1. Игишева Л.Н., Аникеенко А.А., Шмулевич С.А., Сизова И.Н. К вопросу комплексной оценки здоровья детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019;8(4S):42–50. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4S-42-50.
2. Ионина О.С. Факторы, определяющие психологическое здоровье ребенка. Вестник Шадринского государственного педагогического университета. 2017;1(33):19.
3. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;27(1):83–90.
4. Киселева М.Г. Психологическая реабилитация детей с ВПС младенческого возраста в период хирургического лечения. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017;6(3(20)):300–302.
5. Хайретдинова Т.Б., Хабибуллина А.Р. Реабилитационный потенциал детей, перенесших радикальную коррекцию септальных врожденных пороков сердца. Медицинский вестник Башкортостана. 2017;12(6):35–39.
6. Knowles R.L., Day T., Wade A., Bull C., Wren C., Dezateux C. et al. Patient-reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. *Arc. Dis. Child.* 2014;99(5):413–419. DOI: 10.1136/archdischild-2013-305130.
7. Lang R.M., Badano P.L., Mor-Avi V., Afilalo J., Armstrong A., Ernande L. et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: An update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Eur. Heart J. Cardiovasc. Imaging.* 2015;16(3):233–271. DOI: 10.1093/ehjci/jev014.

КОКЛЮШ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНАЦИИ

Антонова М.Н., Куковьякина В.И., Пивовар О.И.

Кемеровский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн. человек и умирает около 1 млн. детей, преимущественно в возрасте до одного года жизни [4]. Отмечается рост заболеваемости коклюшем в РФ, так в 2017 году показатель заболеваемости составлял 3,7 на 100 тыс. населения, у детей до 17 лет – 18 на 100 тыс. населения, в 2018 году заболеваемость увеличилась вдвое – 7,10 на 100 тыс. населения, у детей до 17 лет – 34 на 100 тыс. населения. При этом, большинство пациентов были привиты против коклюшной инфекции (67%) [5].

Исследователи связывают рост показателей заболеваемости с изменением антигенной структуры возбудителя, непродолжительностью поствакцинального иммунитета, снижением охвата вакцинацией, использованием более чувствительных методов лабораторной диагностики [2]. Несмотря на несомненные успехи специфической профилактики, коклюш остается проблемой здравоохранения России. Это, прежде всего, связано с ежегодной регистрацией случаев смерти детей от коклюша (от 2 до 10 случаев), с сохраняющимися до сих пор эпидемиологическими особенностями этой инфекции (сезонностью, периодичностью спадов и подъемов заболеваемости, очаговостью), а также с наметившимися структурными изменениями в возрастной заболеваемости коклюшем [1]. Большое внимание уделяется изучению характера изменчивости коклюшного микроба как важного фактора, поддерживающего неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию при коклюше [6]. Вовлечение на современном этапе в эпидемический процесс вакцинированных, среди которых школьники и взрослые, приводит к развитию у них атипичных форм коклюша с развитием единственного признака – нехарактерного стойкого кашля [4]. Большой опыт клинического наблюдения за больными свидетельствует, что коклюш в настоящее время сохраняет свойственные ему черты, характеризуется периодичностью течения. Выраженность симптомокомплекса в различные периоды заболевания по-прежнему определяется возрастом больных [6].

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения коклюшной инфекции на современном этапе у детей разных возрастов и сравнительная оценка за 2015-2019 гг.

Проведено ретроспективное исследование 222 историй болезни пациентов с коклюшем, находившихся на лечении в ГАУЗ КО КОКИБ в 2015-2019 гг. Диагноз верифицирован на основании клинико-эпидемиологических данных, подтвержден с применением культурального, серологического (иммуноферментный анализ) методов и детекции ДНК возбудителя в глоточной слизи при ПЦР. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 и построения таблицы данных в Microsoft Excel 2013. Для анализа использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 – не вакцинированные (136 пациентов) и группа 2 – вакцинированные (86 человек). Анализ возрастной структуры пациентов 1 группы показал, что дети до года составили – 68% (93 человека), из них – первых шести месяцев – 64,5%. Это объясняется сроками начала вакцинации против коклюша в нашей стране согласно национальному календарю. 11% (15 человек) не привитых были в возрасте от 1 года до 3 лет, 6% (8 человек) – в возрасте от 4 до 6 лет, 15% (20 человек) – от 7 лет и старше. Дети старше года оказались не вакцинированы от коклюшной инфекции в связи с отказом родителей. Среди вакцинированных против коклюшной инфекции большинство пациентов было в возрасте 7-14 лет (52%) ($p=0,019$). Контакт с длительно кашляющими был у 81% пациентов в 1 группе и у 74% пациентов во 2 группе ($p=0,512$). При этом 44% случаев заболеваний от общего числа пациентов имели

семейный характер (болели 2-3 человека в семье, в том числе родители). В 5% случаев у детей раннего возраста источником инфекции явились родители. Значимо чаще пациенты обеих групп обращались за медицинской помощью в летний период времени (44%), реже – в осенне-весенний период (28% и 19% соответственно, $p=0,094$). Большая часть заболевших детей какое-либо организованное детское учреждение не посещали – 42%, что связано с когортой детей, среди наблюдаемых, раннего возраста ($p<0,001$). Среди вакцинированных детей в 52% случаев коклюш регистрировался у школьников ($p=0,034$), что типично для описываемого современного эпидемиологического процесса коклюшной инфекции. Более трети пациентов 1 группы поступали на стационарное лечение в первые две недели заболевания, что было связано с тяжестью течения, наличием осложнений. 40% заболевших во 2-й группе госпитализированы позже 21 дня от начала заболевания ($p=0,039$). Более трети пациентов 1 группы госпитализировано на лечение в 1-ую неделю спазматического кашля в связи с особой тяжестью заболевания. Более короткий катаральный период отмечен у не привитых, в среднем 5,2 дня, против 8,4 дней у привитых. Период спазматического кашля длился более 4 недель у 65% у пациентов 1 группы, 70% привитых детей имели 2-3 недели судорожного кашля ($p=0,026$). Среди привитых пациентов регистрировалось атипичное течение заболевания, не сопровождавшееся приступообразным кашлем. Чаще всего период спазматического кашля длился более 4 недель (65%) у не привитых детей, а 70% привитых детей имели короткий период спазматического кашля – 2-3 недели ($p=0,026$). Было отмечено также, что чем длиннее был катаральный период, тем короче период спазматического кашля, и наоборот – чем короче период катара, тем длиннее период спазматического кашля. Так называемое стертое, или атипичное, течение заболевания наблюдалось у половины пациентов от общего числа заболевших, в подавляющем числе случаев это были привитые пациенты, но каждый четвертый не привитый пациент имел атипичное течение. В 1-й группе рвота на фоне кашля отмечалась в 65% случаев, ночные приступы кашля – в 54%, во 2-й группе – рвота была в 55% случаев ($p=0,419$), а ночной кашель – в 47% ($p=0,611$). У не привитых детей достоверно чаще регистрировали осложненное течение заболевания. Бактериальную пневмонию не коклюшной этиологии – у 11% пациентов; апноэ, коклюшную энцефалопатию – у каждого третьего ($p=0,003$). В настоящее время в РФ отмечается рост заболеваемости коклюша, что можно объяснить несвоевременной вакцинацией, снижением эффективности вакцинации и отсутствием возрастных ревакцинаций. В сравнении с 2015-2017 годами наблюдается рост числа не привитых детей младшего и среднего школьного возраста, а также сдвиг пика заболевания на летний сезон. Для детей первого полугодия жизни типично тяжелое течение заболевания с дыхательными и неврологическими осложнениями. Таким образом, с учетом современных клинико-эпидемиологических особенностей инфекции оптимальным решением проблемы станет изменение схемы вакцинации в РФ с добавлением дополнительной ревакцинации, популяризация вакцинопрофилактики и санитарное просвещение населения о важности своевременного проведения профилактических прививок.

Список литературы.

1. Басов, А. А. Эпидемический процесс коклюша в Российской Федерации в условиях массовой специфической профилактики / А. А. Басов, А. С. Пименова, О. В. Цвиркун и др. // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. – 2012. – № 4 (65). – С. 23-28.
2. Вакцины против коклюша: Документ по позиции ВОЗ. Еженедельный Эпидемиологический Бюллетень. – 2010. – № 40 (85). – С. 385-400. <http://www.who.int/wer>
3. Васюнин, А. В. Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики коклюша на современном этапе / А. В. Васюнин, Е. И. Краснова, Г. С. Карпович, Л. М. Панасенко, М. А. Михайленко, А. П. Помогаева // Лечащий врач. – № 1. – 2019. – С. 14-19.

4. Николаева, И. В. Коклюш на современном этапе / И. В. Николаева, Г. С. Шайхиева // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, вып. 2. – С.25-29.

5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. – 254 с.

6. Попова, О. П. Коклюш у детей [Электронный ресурс] / О. П. Попова, Л. Н. Мазанкова, М. С. Бляхер, Т. А. Скирда. – М. : ГЭОТАР-Медиа – 2020. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-5792-4.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ И ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Анфилова М.Г., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

За последние 10-20 лет выявлен рост частоты хронического гастродуоденита среди детей разных возрастных групп [1]. Ведущим общепризнанным этиологическим фактором в патогенезе хронического гастродуоденита является инфекция *Helicobacter pylori* (НР). Частота хронического гастродуоденита, ассоциированного с НР-инфекцией, зависит от возраста ребёнка и составляет у детей 3-9 лет 20%, 10-15 лет – 40%, старше 15 лет – 50-70% [5]. Наиболее частой сопутствующей патологией у детей больных НР-ассоциированным гастродуоденитом является лямблиоз, распространённость которого достигает 40%, что является актуальной проблемой ввиду отсутствия специфических методов диагностики последнего [3]. В отдельных случаях для гастродуоденита, вызванного НР, характерна неустойчивость стула с преобладанием запоров, что объясняется атонией кишечника и погрешностями в диете [2]. Хеликобактерный гастродуоденит в сочетании с дисфункцией сфинктера Одди или гепатобилиарной дисфункцией диагностируется в 60% случаев, что обусловлено морфофункциональной незрелостью системы пищеварения ребёнка [4]. Стресс как один из главных факторов риска развития гастродуоденита обуславливает психосоматическую взаимосвязь исследуемого заболевания и вегетососудистой дистонии (ВСД). На фоне эмоциональной лабильности ребенка и хеликобактерной инфекции может возникать синдром раздражённого кишечника (СРК) с нестабильным стулом или выраженным болевым синдромом.

Целью исследования является выявление наиболее часто встречающейся сопутствующей патологии у детей различных возрастных групп при хроническом гастродуодените, ассоциированном с хеликобактерной инфекцией. На базе ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» изучены истории болезни 100 детей двух возрастных групп с диагнозом хронический гастродуоденит, ассоциированный с НР-инфекцией. Обязательным критерием отбора являлось наличие сопутствующей патологии в анамнезе. Все дети получали стандартную хеликобактерную терапию: омез, кларитромицин, амоксициллин в возрастных дозировках. Все данные обработаны статистически с помощью программ Microsoft Excel 2016 и StatSoft STATISTICA 6.0.

Рассматривались две возрастные группы: 7-12 лет и 12-16 лет, включившие по 52 и 48 случаев изучаемого заболевания соответственно. В первую группу вошли 26 девочек и 26 мальчиков, во вторую – 21 девочка и 27 мальчика. Клиническая картина у детей из первой группы была представлена жалобами на тошноту вне связи с приёмом пищи, болевым синдромом с преимущественной локализацией боли в umbilical области,

синдромом желудочной и кишечной диспепсии. В возрастной группе 7-12 лет в качестве сопутствующей патологии был выявлен лямблиоз у 20 детей (38,5%), из них 9 девочек (45%) и 11 мальчиков (55%). Дисфункция сфинктера Одди (реактивный панкреатит) обнаружена у 8 детей (15,3%) с одинаковой частотой у девочек (50%) и у мальчиков (50%). Дискинезией толстого кишечника с запорами страдали 18 детей (34,6%) – 10 девочек (55,5%) и 8 (44,5%) мальчиков. Нарушение осанки отмечалось у 6 детей (11,6%), с одинаковой частотой у девочек (50%) и у мальчиков (50%). Клиническая картина у детей из второй группы включала жалобы на головные боли, общую слабость, нестабильный стул с чередованием поносов и запоров, интенсивный болевой синдром. В возрастной группе 12-16 лет в роли сопутствующего заболевания ВСД (головные боли) встречалась у 19 детей (39,6%), из них у 9 девочек (47,4%) и 10 мальчиков (52,6%). Синдром раздраженного кишечника обнаружен у 21 ребёнка (43,8%), у 11 девочек (52,4%) и 10 мальчиков (47,6%). При этом запоры при СРК отмечались у 3 детей (14,3%), 2 девочек (66,7%) и 1 мальчика (33,3%). Синдром раздраженного кишечника с поносами выявлен у 8 детей (38,1%), с одинаковой частотой у девочек (50%) и у мальчиков (50%). Синдром раздраженного кишечника с болевым синдромом проявлялся у 10 детей (47,6%), с одинаковой частотой у девочек (50%) и у мальчиков (50%). Дисфункцией сфинктера Одди (реактивный панкреатит) страдали 5 детей (10,4%) – 2 девочки (40%) и 3 мальчика (60%). Гепатобилиарная дисфункция (увеличение общего билирубина в крови) отмечалась у 3 детей (6,25%), у 1 девочки (33,3%) и 2 мальчиков (66,7%).

Таким образом, у детей первой исследуемой возрастной группы 7-12 лет наиболее часто встречается лямблиоз (38,5%) и дискинезия толстого кишечника с запорами (34,6%) с одинаковой частотой у девочек и у мальчиков. У детей второй исследуемой возрастной группы 12-16 лет самой распространенной патологией является вегетососудистая дистония с головными болями (39,6%), синдром раздраженного кишечника (43,8%), из этого 38,1% СРК с поносами и СРК с болевым синдромом (47,6%). Полученные результаты могут быть обусловлены возрастными анатомо-функциональными особенностями системы пищеварения у детей, психоэмоциональным фоном и перестройкой гормонального фона.

Список литературы.

1. Баранов, А. А. Педиатрия: национальное руководство / А. А. Баранов. – Краткое изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 352-364.
2. Воробьева, А.В. Особенности течения хронического гастроуденита у детей (обзор литературы) / А.В. Воробьева. – Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – № 1 (10). – С. 229-233.
3. Гурова, М. М. Сопутствующие заболевания органов пищеварения у детей подросткового возраста с хроническим гастроуденитом / М. М. Гурова, В. В. Циркунова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2016. – № 78. – С. 37-43.
4. Козловский, А.А. Основы детской гастроэнтерологии: учебное пособие / А.А. Козловский. – Мн.: Технопринт, 2016. – 180 с.
5. Сапожников, В.Г. Клинические проявления хронических болезней органов пищеварения у детей / В. Г. Сапожников, А. В. Воробьева // Вестник новых медицинских технологий. – 2017. – Т.22, № 1. – С. 23-26.

ЛИМФОИДНАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ахмадуллина Р.Р., Ларионова А.Д.

Казанский государственный медицинский университет

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) у детей являются орфанной патологией, частота встречаемости которой по данным различных авторов составляет от 3,6 до 5,2 на 1000000 детского населения. [5]. Несмотря на редкость, интерстициальные поражения представляют собой серьезную клиническую проблему. [3] В настоящее время в диагностике ИЗЛ наиболее эффективен “многопрофильный подход” с участием клинициста, специалиста лучевой диагностики и патоморфолога. [4] Большой интерес представляет собой изучение различных аспектов ведения детей с интерстициальными заболеваниями как в амбулаторных, так и стационарных условиях. [1] Так оказалось, что гистологическое заключение не является “золотым стандартом” диагностики ИЗЛ в связи с гетерогенностью и многообразием проявлений данной патологии. [2] В связи с вышеизложенным, научный и практический интерес представляет формулировка дифференциально-диагностического алгоритма интерстициальной патологии легких. Пациент С., 8 лет, поступил в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ДРКБ) с жалобами на фебрильную лихорадку до 38-39°C в течение более 2 недель. На амбулаторном этапе лечения последовательно получил Эргоферон, Эреспал, Амоксиклав – без эффекта. На 13-й день болезни проведена рентгенография легких по результатам которой выставлен диагноз «Острая двусторонняя очаговая внебольничная пневмония неустановленной этиологии, среднетяжелая, не осложненное течение, ДН 0. Анемия легкой степени». Ребенок госпитализирован в стационар, где получил Цефобакт и Кларитромицин. В связи с отсутствием положительной клинической и рентгенологической динамики был переведен в пульмонологическое отделение ДРКБ. Состояние при поступлении тяжелое за счет интоксикации, ДН 1 ст., сохраняющихся эпизодов гипертермии до 38.5°C в вечернее время. Телосложение правильное, рост 126 см, вес 28 кг. ИМТ 17,0 кг/м². Кожа и слизистые чистые, бледные. ЧД 22 в мин., аускультативно - дыхание жесткое над всей поверхностью легких. Хрипов нет. ЧСС 96 в мин. Стул, мочеиспускание не нарушены. Изменения в ОАК при поступлении: СОЭ 42 мм/ч, Нб 119 г/л, моноциты 16.4%, базофилы 6.1%; Иммунологическое исследование крови без патологических изменений. Посев мокроты – *Candida albicans* 104. Кровь на стерильность и диаскинтест – результат отрицательный. Спирометрия: ЖЕЛ снижена до 69%, четких данных за нарушение проходимости дыхательных путей не получено. После консилиума с привлечением «узких» специалистов были исключены туберкулез, заболевания крови, первичный иммунодефицит. Антибактериальная терапия продолжена: Меронем по 840 мг 3 р/д со сменой на Ванкомицин 300 мг 4 р/д. Дополнительно назначался Пентаглобин 50 мл в/в капельно. В связи с отсутствием эффекта на антибактериальную терапию возникло подозрение на грибковую инфекцию и назначен Флуконазол в/в – однако эффекта от его применения не было. Для верификации диагноза проведена биопсия легочной ткани и иммуногистохимическое исследование материала. Выставлен диагноз «Лимфоидная интерстициальная пневмония». Начата терапия преднизолоном в дозе 1 мг/кг/сутки. Лимфоцитарная интерстициальная пневмония характеризуется инфильтрацией альвеол и межальвеолярных перегородок лимфоцитами и плазматическими клетками. В основе заболевания лежит неспецифическая реакция на вирусную или бактериальную инфекцию. Важно отметить, что у пациента отмечалась выраженная склонность к гиперплазии лимфоидной ткани: наблюдался у ЛОР-врача в связи с гипертрофией небных и глоточных миндалин 3 ст. Аденомотомия проводилась 4 раза. В анамнезе 2 эпизода подчелюстного лимфаденита. Не исключено, что склонность ребенка к лимфоидной гиперплазии

способствовала развитию патологического процесса в легких. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностического поиска при интерстициальных поражениях легких у детей и акцентирует внимание на необходимости отработки алгоритмов верификации данных заболеваний.

Список литературы.

1. М.Ю. Бровко, Л.А. Акулкина, В.И. Шоломова, П.И. Новиков, А.Ш. Янакаева, С.В. Моисеев Новые подходы к лечению фиброзирующих интерстициальных заболеваний легких. Клиническая фармакология и терапия— 2020. — №29 (1) — с. 61-66.
2. Визель И.Ю., Визель А.А. Анализ клинической диагностики саркоидоза в новых организационных условиях. // Практическая медицина — 2013. — № 5(74) — С. 68.
3. Илькович М.М. Диссеминированные заболевания легких. ГЭОТАР-Медиа — 2011.
4. Д.В.Петров, Н.В. Овсянников, Э.А. Капралов, О.В. Капустьян. Интерстициальные заболевания легких: точка зрения практического врача. Практическая пульмонология — 2014. — №1
5. Kurland G., Deterding R.R., Hagood J.S., Young L.R., Brody A.S., Castile R.G., Dell S., Fan L.L., Hamvas A. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Classification, Evaluation, and Management of Childhood Interstitial Lung Disease in Infancy. Am. J. Respir. Crit. Care Med — 2013 — 188 (3) — 376-394.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ALK-ПОЗИТИВНОЙ ЛИМФОМОЙ

Бачиева Л. И., Стеменкова И. А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Анапластическая крупноклеточная лимфома (АККЛ) составляет 10–15% от всех неходжкинских лимфом у детей и характеризуется клинической, гистологической, иммунологической и цитогенетической гетерогенностью. Научный интерес к АККЛ обусловлен редкой частотой заболеваемости, многообразием клинических проявлений, отсутствием чётких дифференциально-диагностических критериев различных вариантов и единого стандарта терапевтических подходов.

Описание клинического случая: мальчик Г., 11 лет, поступил в отделение ОГХ ГБУЗ СК «КДКБ» 05.11.2019г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в области нижней трети правого предплечья, боли в голених во время ходьбы. Анамнез заболевания: в сентябре 2019 года появились «гнойные» процессы на нижних конечностях и мошонке. «Гнойники» самостоятельно вскрывались и заживали вторичным натяжением на фоне самостоятельного лечения (за медицинской помощью не обращались). В октябре 2019 года появились образования в области голених, в динамике присоединились вышеизложенные жалобы. Госпитализированы в экстренном порядке, выполнена операция: вскрытие и дренирование образований в области голених. Гистологическое заключение: материал представлен грануляционной тканью с обильной воспалительной инфильтрацией и некротическими массами со сгустками крови. В результате консилиума врачей было принято решение выполнить операционную биопсию образований голени, но родители категорически отказались. На фоне симптоматической терапии образования на голених и в области правого предплечья несколько уменьшились, раны очистились, ребёнок начал самостоятельно ходить. 10.12.2019 родители, написав отказ от дальнейшего лечения, покинули отделение. 20.01.2020 ребёнок повторно госпитализирован в тяжёлом состоянии. Локально: правая голень в средней, частично в

верхней и нижней трети увеличена в объеме, по передне-латеральной и передне-медиальной поверхности имеется инфильтрация мягких тканей и множественные трофические раны, диаметром от 2 до 6 см, с некрозом, без четких границ, с гнойным отделяемым и гнилостным запахом. Аналогичные проявления отмечались на левой голени. Контур лица нарушен за счёт воспалительного отёка мягких тканей подглазничной, височной, щечной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной и заушной областей справа. Кожа над отеком напряжена, в складку не собирается, синюшно-бардового цвета. Пальпация резко болезненна, флюктуации нет. Открывание рта ограничено. В области передней грудной стенки справа и слева имеются опухолевидные образования, размерами 2х2 см, умеренно подвижные, болезненные.

Проведено обследование: на КТ определяется очаг деструкции в нижней трети правой лучевой кости 23х10 мм овальной формы. Над зоной деструкции имеется мягкотканый компонент овальной формы с четким, ровным контуром 27х18 мм, неоднородной структуры. В мягких тканях правого предплечья регионарный лимфоузел до 21 мм, в правой подключичной области лимфоузел до 21 мм округлой формы. Определяются в мягких тканях множественные очаги по структуре аналогичные мягкотканному компоненту над зоной деструкции в правом предплечье: в ягодичной области слева 49х40 мм; на уровне средней трети правого бедра по латеральной поверхности 29х19 мм; голених с двух сторон, размерами 150х60 мм справа и 160х54 мм слева. Определяются увеличенные паховые (от 23 до 31 мм) и подвздошные (от 21 до 34 мм) лимфоузлы с двух сторон, накапливающие контрастное вещество. Миелограмма - без патологии.

Гистологическое исследование биоптата передней грудной клетки (ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им Д. Рогачева»): фрагменты жировой и соединительной ткани содержат клеточный инфильтрат, состоящий из клеток крупного размера с обильной амфифильной цитоплазмой, везикулярными ядрами с глыбчатым хроматином и эозинофильными ядрышками. Отмечается высокая митотическая и апоптотическая активность, видны многочисленные макрофаги, в цитоплазме которых определяется клеточный дебрис. При ИГХ-исследовании клетки инфильтрата экспрессируют CD30, ALK, Granzyme B. Реактивный инфильтрат представлен единичными CD8-позитивными Т-лимфоцитами, CD20-позитивными В-лимфоцитами и многочисленными CD4 позитивными макрофагами. Отсутствует экспрессия TIA-1, TdT, EMA.

Таким образом, на основании проведенного комплексного клинко-инструментального обследования выставлен диагноз: ALK-позитивная анапластическая крупноклеточная лимфома с диссеминированным поражением шеи, мягких тканей головы с захватом надключичной области справа, с прорастанием всех структур шеи (включая сосуды) до области ротоглотки, мягких тканей голени с начальными проявлениями деструктивных изменений правой большеберцовой кости; подкожной клетчатки передней грудной стенки; брюшной и поясничной областей, правого надпочечника; лимфоузлов брюшной полости и забрюшинного пространства, паховой и подключичной групп. В связи с прогрессией заболевания, нарастанием интоксикации, септического состояния, риска развития септического шока, ДВС-синдрома, по согласованию со специалистами ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им Д. Рогачева» проведена циторедуктивная фаза терапии, затем курс курс АМ 1 по протоколу ALCL 2016г. На фоне лечения состояние ребенка стабилизировалось, по данным КТ объемные образования сохранялись, с уменьшением размеров к прежним данным. По настоятельной просьбе родителей, ребенок на дальнейшее лечение госпитализирован в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». Летальный исход в апреле 2020 года.

Закключение. ALK+ АККЛ представляет группу зрелых неходжкинских Т-клеточных лимфом, опухолевый субстрат которых содержит рекомбинантные белки тирозинкиназ. Драйвером опухолевой трансформации клеток служит аберрантная

активация и усиление основных внутриклеточных сигнальных каскадов. Прогноз анапластической крупноклеточной лимфомы — высокоагрессивная опухоль с плохим прогнозом при недостаточно эффективной химиотерапии. Может наблюдаться нетипичная клиническая картина, что значительно усложняет раннее выявление.

1. Семенова А.А. Клинико-морфологические особенности ана-пластических крупноклеточных лимфом: автореф. дис. ... канд. Мед. наук. — М., 2008.

2. Рациональная фармакотерапия заболевания системы крови. Руководство для практикующих врачей / Под общей редакцией А.И. Воробьева. — М.: Литерра, 2009.

3. Неходжкинские лимфомы. В кн.: Клиническая онкогематология / Под ред. М. А. Волковой. — М.: Медицина, 2007.

4. Гематология: национальное руководст-во. Под ред. О.А. Рукавицына. М.:ГЭОТАР-Медиа,2015.776с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЭТАПЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Беликова Д.А., Павлинова Е.Б.

Омский государственный медицинский университет

В последние два десятилетия в России отмечается низкий охват детей первого года жизни грудным вскармливанием (ГВ). Несмотря на инициальный настрой 88-90% материей на длительное кормление, к 1 году грудное молоко продолжают получать около 40-43% детей, при этом у 55-60% детей отлучение от груди происходит в возрасте 3-6 месяцев. Наибольшая доля детей, находящихся на грудном вскармливании к 1 году, достигает 70-88% в регионах, внедряющих Инициативу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» [1].

Цель исследования – оценить организацию ГВ на базе городского клинического перинатальный центра г. Омска в соответствии с Инициативой ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». В феврале 2020 года выполнено одномоментное исследование методом поперечного среза. Респондентам было предложено заполнить анкеты, созданные на базе интернет-платформы Google Формы и включавшие вопросы об организации грудного вскармливания на этапе родильного дома. Получены ответы от 42 медицинских работников городского клинического перинатальный центра г. Омска (из них 2 врача, 40 человек среднего медицинского персонала) и 21 родильницы. Статистический анализ результатов проводили с помощью Microsoft Office 365.

По результатам анкетирования установлено частичное соответствие Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ в организации ГВ в городском клиническом перинатальном центре г. Омска. В учреждение разработано руководство по поддержке ГВ, однако составителем является сама медицинская организация. По нашему мнению, наилучшим вариантом будет использование общепризнанных документов по поддержке ГВ, к примеру «Защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных – Руководство по осуществлению 2019», автором которого является Всемирная организация здравоохранения [1, 4]. Большинство (69%) сотрудников перинатального центра проходит повышение квалификации по вопросам ГВ чаще одного раза в год. Дополнительно в штате клиники числится консультант по ГВ, помощь которого способствует улучшению знаний матерей о пользе ГВ для ребенка [2, 6]. Раннее прикладывание к груди способствует формированию импринтинга между матерью ребенком и становлению доминанты лактации [3, 5]. По

результатам опроса, первый контакт «кожа к коже» матери и новорожденного при естественных родах в 100,0% случаев осуществляется не позднее первого часа после рождения, а при родоразрешении путем кесарева сечения – в 93,0%, что является хорошим показателем. В отношении вопроса о докорме полученные нами данные достаточно однозначные. В качестве дополнительной питьевой жидкости в стационаре используются вода (16,7%) и адаптированные молочные смеси (7,1%). В 97,6% докорм проводится по специальным показаниям по рекомендации педиатра. Однако только 26,2% респондентов ответили, что ребенок получает молочные смеси посредством ложки или стакана. В стационаре преобладает кормление из бутылочки, что способствует отказу ребенка от ГВ и противоречит Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ. Слабое внимание уделяется исключению из обихода ребенка сосок-пустышек. Каждая вторая родильница отмечает, что ее ребенок получал пустышку когда-либо после родов. Вероятнее всего, это связано с низкой информированностью женщин по вопросам поддержки ГВ. С одной стороны, более 70% опрошенных медицинских работников перинатального центра считают, что наиболее важно обучение женщин аспектам поддержания ГВ на этапе подготовки к родам. При этом 95,2% считают, что о ГВ должен информировать врач-педиатр с предоставлением письменного информационного материала. В противовес мнению медицинских работников, матерями отмечено, что всего 26,8% из них получили информацию о ГВ перед рождением ребенка, при этом только в 14,3% случаев о ГВ информировал педиатр. Большинство родильниц (47,6%) пользовались ресурсами Интернет, прибегали к советам членов семьи (28,6%) и знакомых (23,8%). Треть женщин (33,3%) не получали перед родами никакой информации о ГВ и его значении для здоровья матери и ребенка [7]. Обучение прикладыванию ребенка к груди является профилактикой гипогалактии и различных осложнений. Абсолютно все медицинские работники отмечают, что родильница получает советы о правильном прикладывании ребёнка к груди на этапе стационара, также техника выполнения отражается в документации отделения [3]. Однако, только 28,6% матерей были действительно проконсультированы по вопросам ГВ. Установлено, что техника ГВ не демонстрировалась, 57,1% женщин были частично довольны полученной информацией от ГВ и 38,1% полностью удовлетворены. Результатами недостаточной информированности родильниц о технике прикладывания ребенка к груди были болезненность и травматизация сосков, с развитием вследствие неполного опорожнения молочной железы гипогалактии у 28,5% кормящих женщин. В качестве источника информации для решения проблем с лактацией молодые матери использовали ресурсы Интернет (42,9%). Недостаточно обеспечена поддержка женщин по вопросам ГВ после выписки из перинатального центра. При возникновении вопросов и проблем с ГВ в 21,4% случаев помощь матери не предлагается, в 26,2% случаях рекомендуется обращение в медицинскую организацию. Ни одной респондентке не были представлены контакты групп по поддержке ГВ. Поддержка ГВ в родовспомогательном учреждении г. Омска находится на удовлетворительном уровне. Основными проблемами являются недостаточная информированность родильниц о преимуществах и технике осуществления ГВ, включая способы прикладывания к груди, исключения пустышек, кормлений из бутылочки. Не развита поддержка кормящих женщин на амбулаторном этапе, медицинский персонал не осведомлен о наличии важных для женщин групп поддержки ГВ. Данные факторы противоречат положениям Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ, способствуя снижению приверженности матерей к ГВ. Основными путями решения данной проблемы следует считать усиление кадрового состава перинатального центра, в том числе за счет консультантов по ГВ, и улучшения обучения персонала учреждения.

Список литературы.

1. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: [б. и.], 2019. - 112 с.
2. Защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания: руководство по осуществлению / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: Изд-во Всемирной организации здравоохранения, 2018. — 80 с.
3. Абольян Л.В., Пастбина И.М., Полянская С.А. Современные подходы к оценке практики поддерживания грудного вскармливания в неонатологических стационарах // Вопросы детской диетологии. — 2019. — Т.17. — № 4. — С. 5-133.
4. Шурпак С. А. Оптимизация поддержки грудного вскармливания как часть акушерской практики // Семейная медицина. — 2018. — № 6. — С. 67
5. Bellù R. Breastfeeding promotion: evidence and problems // *Pediatr Med Chir.* — 2017. — P. 50-55.
6. Balogun O.O. Intervention for promotion the initiation of breastfeeding // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2016. — P. 20.
7. Dellen S. A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment // *BMC Public Health.* — 2019. — P. 10-12.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бычик М.А, Лобан Д.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Хронический облитерирующий бронхиолит (ХОБ) характеризуется концентрическим сужением преимущественно терминальных бронхиол, которые частично или полностью облитерированы грубой рубцовой соединительной тканью, располагающейся в подслизистом слое либо адвентиции [1].

Цель исследования: изучить особенности течения ХОБ у детей школьного возраста.

Проведен анализ медицинских карт 27 пациентов, средний возраст которых составил $10,4 \pm 0,7$ лет (от 6 до 16 лет) школьного возраста, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 У «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом хронический облитерирующий бронхиолит в период 2016-2019 гг. Для проверки нормальности распределения данных использовался критерий Шапиро-Уилка. Данные, подчиняющиеся закону нормального распределения, анализировались с использованием методов параметрической статистики и сравнения средних величин (t-критерий Стьюдента). При отсутствии согласия данных с нормальным распределением, статистический анализ представлен в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q25 и Q75); среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Для сравнения двух независимых выборок применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05. Физическое развитие школьников с ХОБ в половине (23; 45,1%) случаев соответствовало очень низкому, гармоничному. Среднее дисгармоничное ФР было в 11 (21,57%) случаях госпитализаций. Низкое, резко дисгармоничное – в 10 (19,61%) случаях. Среди 10 (47,62%) детей, имевших несколько госпитализаций за период школьного возраста, у 8 (80,00%) прослеживается отрицательная динамика ФР. У 2 детей

наблюдалась стабилизация уровня ФР в течение нескольких госпитализаций. ЗР выявлена в 25 (49,02%) случаях госпитализаций, из которых, в 3 случаях ЗР выставлялась во время второй госпитализации школьника. Факторами риска развития ХОБ у детей являлась патология органов дыхания, перенесённая в дошкольном возрасте (3 месяца-5 лет): двусторонняя очаговая пневмония – у 13 (46,43%) школьников, обструктивный бронхит – у 10 (35,71%) детей, ОРИ и БЛД – у 7 (25%) детей каждая, очаговая пневмония – у 5 (17,86%) детей. Врождённая патология респираторного тракта обнаружена у 12 (42,86%) школьников. ХОБ у детей школьного возраста чаще протекал в состоянии средней степени тяжести – 25 (49,02%) случаев. Тяжёлая степень наблюдалась в 20 (39,22%) случаях госпитализаций, лёгкая степень тяжести – в 6 (11,76%) случаях. Отмечены 2 случая благоприятной динамики степени тяжести ХОБ из тяжёлой в среднюю степень, из средней в лёгкую степень на третьей и второй госпитализации соответственно. Стабильность течения процесса (степени тяжести) в период школьного возраста выявлена у 8 (80,0%) детей. Пневмофиброз диагностирован у всех детей исследуемой группы. Чаще пневмофиброз носил очаговый характер – 32 (62,75%) случая, против 19 (37,25%) случаев диффузного характера. Негативная динамика распространения с очагового в диффузный вариант наблюдалась в 4 (7,84%) случаях на второй, третьей и пятой госпитализации. Инволюция пневмофиброза из диффузного в очаговый вариант выявлена в 1 (1,96%) случае на третьей госпитализации школьника. Двустороннее поражение имело в 48 (94,11%) случаях, одностороннее – в 3 (5,88%). Эмфизема диагностирована в 43,14% случаев госпитализаций. При этом среди 10 детей с повторными случаями госпитализации у 2 (20,00%) детей эмфизема проявилась во время второй и третьей госпитализации. У 1 (10,00%) школьника эмфизема, диагностированная при первичной госпитализации. Цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы были обнаружены в 45,10% и 9,80% случаев соответственно. Феномен матового стекла среди детей школьного возраста отмечался в 29,41% случаев. Фиброзные спайки и тяжи в лёгких встречались в 39,22% и 23,53% случаев соответственно. Инфильтративные изменения в легких диагностированы в 2 (3,92%) случаях, жидкость в легких – в 4 (7,84%) случаях, увеличение внутригрудных ЛУ – в 1 (1,96%) случае. Заключение КТ картины школьников соответствовали чаще картине локальных фиброзных изменений (25; 49,01% случаев), реже картине множественных фиброзных изменений (20; 39,22% случаев), картине БЛД (15; 29,41% случаев), бронхообструктивному синдрому (11; 21,57%), фиброателектазам (8; 15,67%), картине БЭБ (7; 13,72%), плеврофиброзу (2; 3,92% случая). Картина ХНЗЛ отражалась в 20 (39,22%) случаях госпитализаций. 1. Врожденная патология органов дыхания, острые постнатальные заболевания органов дыхания одинаково часто способствуют развитию хронических обструктивных бронхолитов у детей школьного возраста. 2. Для физического развития школьного возраста характерно низкое гармоничное (45,10%) и дисгармоничное физическое развитие (19,61%). 3. Хронический обструктивный бронхолит у детей школьного возраста в половине случаев характеризуется тяжёлым течением процесса с возможностью трансформации в сторону более легкого течения. 4. КТ-картина органов дыхания у детей с хроническим обструктивным бронхолитом характеризуется очаговым и диффузным пневмофиброзом, преимущественно двусторонним увеличением частоты формирования бронхоэктазов, феноменом матового стекла, фиброзными спайками.

Список литературы.

1. Маршалкина Т.В., Жанузакова Н.Т., Заитова Г.Т. Хронический облитерирующий бронхолит у детей// Педиатрия и детская хирургия. –2020. № 1 (99). С. 18-22.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Голомако Ю.Н., Лане С.О., Кривицкая Л.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Введение. Характер вскармливания ребенка является важным фактором, способствующим реализации генетического потенциала морфологического и функционального развития, как на ранних этапах, так и в последующие периоды жизни [1]. Самым сбалансированным продуктом для детей раннего возраста является женское молоко, которое рассматривается как «золотой стандарт» оптимального питания, отработанного многотысячелетней эволюцией человека. В женском молоке содержится большое количество иммуноглобулина А, в основе защитного действия которого лежит его антиадсорбционное свойство, благодаря которому бактерии не прикрепляются к поверхности эпителиальных клеток слизистой оболочки кишечника. Макрофаги, в норме присутствующие в и женском молоке, обладают способностью синтезировать комплемент, лизоцим и лактоферрин, которые обладают антибактериальными свойствами [2, 3]. Целью нашей работы явилась оценка влияния видов вскармливания на частоту острой респираторной патологии (ОРИ, бронхит, пневмония), хронических расстройств питания (гипотрофия, паротрофия) и дефицитных состояний (рахит, анемия).

Материалы и методы. Было проанализировано 152 истории развития детей первого года жизни, находившихся под наблюдением в Гомельской центральной городской детской клинической поликлиники. Из них 38 детей (25%) находились на грудном вскармливании до 3-х месяцев, 38 детей (25%) – до 9 месяцев, такое же количество (38 детей – 25%) находились на грудном вскармливании до 1-ого года и 38 детей – 25% полностью на искусственном вскармливании. **Результаты и обсуждение.** Удельный вес детей, перенесших ОРВИ 1 раз в год существенно не отличался во всех группах детей и колебался в пределах 3,9%-5,4%. В группе детей, болевших ОРВИ 2 раза в год преобладали дети, находившиеся на искусственном вскармливании (8 детей – 6,2%); в группе детей, находившихся на грудном вскармливании до 9 месяцев, было 4 ребенка (3,1%), на грудном вскармливании до 1 года – 3 ребенка (2,3%) перенесли ОРВИ дважды в год. Наибольший удельный вес детей, перенесших ОРВИ 3 раза и более за первый год жизни отмечался в группе детей, находившихся на искусственном вскармливании – 12 детей (9,3%); в то время, как дети, находившиеся на грудном вскармливании до 3-х и до 9 месяцев и перенесшие ОРВИ 3 раза в год составили 2,7% (5 детей), на грудном вскармливании до 1 года трижды в год болел только 1 ребенок (1,8%). По мере увеличения длительности грудного вскармливания частота развития осложнений ОРВИ – бронхитов и пневмоний постепенно уменьшались от 4 детей (3,1%), находившихся на грудном вскармливании до 3-х и 9 месяцев; до 1 ребенка (0,8%), в группе детей, находившихся на грудном вскармливании в течение года. В то время в группе детей, находившихся на искусственном вскармливании, перенесли данную патологию 8 детей (6,2%). Развитие дефицита массы тела у детей на естественном вскармливании чаще всего обусловлено либо проблемами с установкой грудного вскармливания, либо транзиторным дефицитом грудного молока в первые месяцы жизни. Так в исследуемой группе детей в возрасте до 3-х месяцев, находившихся на грудном вскармливании дефицит массы тела в пределах 10-15% отмечался у 3-х детей (2,3%), в остальных группах детей он не был выявлен, в том числе и на искусственном вскармливании. В то же время явления паратрофии с избытком массы тела от 10% до 25% были выявлены у 4 детей (3,2%), находившихся на искусственном вскармливании, тогда как на грудном вскармливании во всех группах было выявлено лишь по 1 ребенку (1,6%). При анализе исследуемых групп детей начальные проявления рахита были выявлены у 2,5% детей (2 случая) в группе детей в возрасте до 3-х месяцев грудного вскармливания (в связи с поздним назначением

профилактических доз витамина Д) и лишь у 1 ребенка в возрасте до 9 месяцев. У детей, находившихся на искусственном вскармливании, клинических проявлений рахита выявлено не было, так как все адаптированные молочные смеси обогащены витамином Д. При анализе развития железодефицитных состояний в исследуемых группах детей наиболее часто анемия была диагностирована при искусственном вскармливании – 8 детей (6,3%). У детей, находившихся на грудном вскармливании до 3-х месяцев анемия была выявлена в 3 случаях (2,3%). По мере увеличения длительности грудного вскармливания частота анемии уменьшилась до 1 случая.

Заключение. Грудное вскармливание является одним из основных средств обеспечения длительной иммунной защиты детей раннего возраста. Пассивный иммунитет, полученный от матери в виде иммуноглобулинов G, а также секреторный IgA женского молока препятствуют развитию инфекций у ребенка, в том числе и острых респираторных заболеваний: так удельный ОРИ, бронхитов и пневмоний в группе детей, находившихся на искусственном вскармливании, был практически в 3 раза выше, чем на естественном. Оптимальное соотношение основных ингредиентов в грудном (белков, жиров, углеводов), минералов и витаминов препятствуют развитию хронических расстройств питания и дефицитных состояний (рахит, анемии): так частота развития паратрофии была в 2,5-3 раза больше, при искусственном вскармливании. Таким образом, здоровье, рост и гармоничное развитие ребенка существенным образом зависят от характера питания, и естественное вскармливание является наиболее оптимальным его вариантом.

Список литературы.

1. Суразова, Л. В. Оценка качества жизни детей первого года жизни, в зависимости от вида вскармливания / Л. В. Суразова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 10-15.
2. Баранов, А. А. Национальная программа оптимизации вскармливания детей 1-го года жизни: руководство для врачей / А. А. Баранов. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2018. – 125 с.
3. Абольян, Л. В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства: руководство для врачей / Л. В. Абольян. – М.: ММА им. И.М. Сеченова. – 2015. – 110 с.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ИНДЕКС КАК МАРКЕР ПАТОЛОГИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ Г. ПЕРМИ

Дерюшева А.В., Гараев П.А.

Пермский государственный медицинский университет

Введение: Актуальность вопросов, связанных с изучением патологии лимфоидного глоточного кольца у детей, обусловлена тем, что в последние десятилетия отмечается увеличение числа длительно и часто болеющих детей, посещающих детские дошкольные учреждения. По данным Роспотребнадзора, территория Пермского края является напряженной по заболеваемости гриппом и ОРВИ. На сегодняшний день частые детские респираторные заболевания являются важной медицинской и социальной проблемой. В общей структуре инфекционных болезней вирусные инфекции составляют приблизительно 90%. На протяжении последних лет уровень заболеваемости населения Пермского края гриппом и ОРВИ превышает среднероссийские показатели в 1,2-1,4 раза. Чаще всего регистрируется заболеваемость ОРВИ и гриппом у детей третьего

критического периода (1-3 год жизни), что связано со значительным расширением контакта ребенка с внешним миром. В этот период, как правило, проявляются первичные иммунодефициты, малые аномалии иммунитета, аутоиммунные и иммунокомплексные болезни. Кроме того, заболеваемость среди детей до 14 лет значительно превышает заболеваемость взрослых. Статистика по заболеваемости гриппом и ОРВИ в Пермском крае показывает, что, к примеру, в 2010 году уровень заболеваемости детей в возрасте от года до шести превысил этот показатель у взрослых примерно в 5,5 раз. Это объясняется несформированной системой местного иммунитета.

Целью исследования является анализ состояния лимфоидного глоточного кольца у длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста, проживающих в Дзержинском и Мотовилихинском районах города Перми.

Материалы и методы: в ходе исследования проанализировано 97 амбулаторных карт детей, посещающих ДДУ, из группы ЧБД (часто болеющие дети), т.е. детей с частыми респираторными инфекциями, которые возникают из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма. В исследовании использовались следующие критерии группы ЧБД: число эпизодов ОРВИ в год, инфекционный индекс и индекс резистентности. Для включения ребенка в группу ЧБД в период от 1 до 3 лет число эпизодов ОРЗ в год должно быть не менее шести, а с 4 до 5 лет – не менее пяти раз в год. Инфекционный индекс (ИИ) определялся как соотношение суммы всех ОРЗ за год к возрасту ребенка. В норме ИИ = 0,2 – 0,3; у часто болеющих детей он = 1,1 – 3,5. Для того чтобы использовать ИИ в нашем исследовании, мы придали ему 3 степени значимости: 1 степень – значение индекса от 1 до 1,9; 2 степень – от 2,0 до 2,9; 3 степень – более 3. Таким образом, 3 степень ИИ определяет группу наиболее часто болеющих детей из всех обследованных. Индекс резистентности (ИР) - определяется как отношение числа заболеваний на число месяцев жизни с начала рецидивирования респираторного заболевания (с момента взятия на диспансерный учет) и выражается в процентах. В зависимости от величины индекса выделяют три группы часто болеющих детей: — относительно часто болеющие дети – ИР=33-40% (0,33-0,4); — часто болеющие дети – ИР=41-50% (0,4-0,5); — очень часто болеющие дети – ИР>50% (>0,5). Дети с ИР>0,5, т.е. дети, болеющие в среднем 1 раз в 2 месяца и чаще, требуют принятия неотложных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения индекса резистентности. Контрольная группа составила 50 детей, частота респираторных заболеваний у которых не превышала 4 раз в год, ИИ был менее 1,1, ИР – менее 0,33. Все дети были осмотрены врачом-педиатром кабинета иммунопрофилактики. Повод для обращения – частая респираторная заболеваемость. Дети контрольной группы обратились на прием для решения вопроса о вакцинации. Во всех случаях оценивалось состояние лимфоидного глоточного кольца: размер и состояние слизистой небных миндалин, выраженность фолликулов задней стенки глотки, размер аденоида (в случае имеющегося осмотра ЛОР-врачом). Расчет производился при помощи электронных таблиц Microsoft Excel, с использованием критериев параметрической статистики – Стьюдента, Пирсона, критерия Z.

Результаты и обсуждение Было проведено сравнение основной и контрольной групп по следующим параметрам: 1. Средняя частота ОРЗ - 6,6 в основной и 3,4 в контрольной ($t=24,8$, при $t_{0,05}=2,36$, $p<0,05$); 2. Средний инфекционный индекс – 1,55 в основной и 0,7 в контрольной группе ($t=7,24$, при $t_{0,05}=2,57$, $p<0,05$); 3. Средний индекс резистентности – 0,54 в основной и 0,29 в контрольной группе ($t=12,8$, при $t_{0,05}=2,36$, $p<0,05$). В обеих группах проводилась визуальная оценка степени гипертрофии небных миндалин, результаты оказались следующими: - гипертрофия миндалин отсутствовала (у 19,6% детей основной группы и у 72,0% детей контрольной группы ($z=6,04$, при $p=0,00$); - гипертрофия миндалин 1-2 степени отмечалась у 69,1% детей основной группы и у 28,0% детей контрольной группы ($z=2,5$, при $p=0,005$); - гипертрофия миндалин 3 степени

отмечена у 11,3% детей только в основной группе. В основной и контрольной группах дети были осмотрены врачом-отоларингологом для определения степени имеющихся аденоидных разрастаний в носоглотке, в основной группе осмотрено 89,7% детей, в контрольной – 26%. Достоверные различия получены только для состояния соответствующего возрастной норме, таковых в основной группе оказалось 31%, а в контрольной 84,6% ($z=3,4$, при $p=0,00$). Вторая и третья степень аденоидных вегетаций отмечалась только в основной группе, для 1 степени достоверных различий получено не было. Методом корреляционного анализа проведено сравнение двух групп по вышеперечисленным параметрам. Достоверная прямая сильная корреляционная связь ($r=0,9$) выявлена только для двух критериев: инфекционного индекса и степени гипертрофии небных миндалин.

Выводы. 1. Выявлена прямая сильная корреляционная связь ($r=0,9$) между гипертрофией лимфатического глоточного кольца и инфекционным индексом в группе часто болеющих детей.

2. Гипертрофия небных миндалин и аденоидов является более выраженной в группе часто болеющих детей ($p<0,05$).

3. Выявленную закономерность можно использовать для построения математической модели патологии лимфатического глоточного кольца у часто болеющих детей дошкольного возраста.

Список литературы.

1. Зайков С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии / С.В. Зайков // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2012, № 4. — С. 16-24.

2. Терещенко С.Ю. Периферическая лимфаденопатия у детей: дифференциальная диагностика / С.Ю. Терещенко // Consilium Medicum, Педиатрия. — 2011, № 4. — С. 54-59.

О ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Дерюшева А.Ю., Пермякова А.В.

Пермский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время стартовая терапия острых кишечных инфекций у госпитализированных детей является эмпирической, так как многообразие и неспецифичность клинико-лабораторных данных не позволяют в первые сутки установить этиологию (бактериальная/вирусная) заболевания. Поэтому представляет интерес изучение возможности использования интегральных показателей общего анализа крови (ОАК) в качестве критериев для проведения объективной дифференциальной диагностики, поскольку патогенетический механизм возникновения кишечной инфекции и лабораторные критерии эндогенной интоксикации, развивающейся при инвазивном характере патологии, находятся в тесной взаимосвязи.

Целью исследования является сопоставление интегральных показателей общего анализа крови у детей раннего возраста при острых кишечных инфекциях различной этиологии.

Методы: Ретроспективно проанализированы истории болезней 76 детей в возрасте от 0 до 3 лет, госпитализированных по поводу острой кишечной инфекции. Сравнивали 2 группы детей – 34 человека с сальмонеллезом/шигеллезом и 42 ребенка с вирусной диареей. Осуществлялась клиническая оценка основных симптомов, проводился общий анализ крови, рассчитывали «ядерный индекс интоксикации» (ЯИИ) по формуле Г.А. Даштаянца: $ЯИИ = ((\text{моноциты} + \text{юные} + \text{палочкоядерные, \%}) / \text{сегментоядерные, \%})$.

%)100(%). Показатели сравнивались с регионарными нормами для данного возраста [1]. За возрастную норму были приняты значения ЯИИ в диапазоне от 0,08 до 0,32.

Результаты: В первой группе наблюдения сальмонеллезная этиология заболевания была установлена в 73,5% случаев, в 26,5% – шигеллез. Во второй группе наблюдения причиной заболевания являлся ротавирус в 42,8%, в остальных случаях (57,2%) этиология была смешанной (ротавирус и условно-патогенная флора - *St.aureus*, *Kl.pneumoniae*, *Morganella morganii* и *E. Coli* лактозонегативная). Лейкоцитоз свыше $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ определялся у 29,4% (10/34) детей первой группы и у 28,5 % (12/42) детей второй группы, что затрудняло принятие решения о необходимости назначения антибактериальной терапии. Определили ЯИИ: = 24 (ДИ 15;31), =42 (ДИ 25;57), ($p=0,003$). Применяв логистическую регрессию, определили формулу вероятности бактериальной этиологии острой кишечной инфекции: $P = \frac{e^{X \cdot \beta}}{1 + e^{X \cdot \beta}}$, где P - вероятность (%) бактериальной этиологии острой кишечной инфекции; e - основание натурального логарифма, равное 2,7, X - значение ЯИИ конкретного больного. Рассчитали, что 50%-вероятности бактериальной этиологии ОКИ, соответствует ЯИИ=40.

Выводы. Таким образом, для оценки вероятности бактериальной этиологии кишечной инфекции у детей в возрасте до 3 лет, в первые сутки заболевания, можно использовать вышеприведенную формулу, учитывающую «ядерный индекс интоксикации» лейкоцитов.

Список литературы.

1. Бахметьев Б. А. Основные показатели иммунограммы детей и взрослых Пермской области / Б.А.Бахметьев, С.В. Ширшев, Н.Н. Кеворков. – Пермь: 2002. 45 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АБЕТАЛИПОПРОТЕИНЕМИЯ У РЕБЕНКА

Дроздова Е.Ю., Климов Л.Я., Курьянинова В.А., Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Детская городская клиническая больница имени Г.К. Филиппского г. Ставрополя

Абеталипопротеинемия (ABL) - редкое аутосомно-рецессивное заболевание с мультисистемными проявлениями, характеризующееся нарушением всасывания жиров, акацинтозом и гипохолестеринемией [1]. Причина заболевания – абсенс-мутация функциональной единицы 97-KDa гена МТТР, ответственного за экспрессию белка – микросомального транспортера триглицеридов, в следствии чего изменяется экспрессия гена, ответственного за продукцию β -липопротеинов, в частности аполипопротеина В (хиломикронов), нарушается синтез жиров, всасывание жиров и жирорастворимых витаминов [2]. ABL – орфанное заболевание, распространенность менее 1:1000000 населения. Выполнен обзор литературы, ретроспективный анализ истории болезни и медицинской карты амбулаторного больного. Клиническое наблюдение. Больной М., 2016 г.р., поступил в гастроэнтерологическое отделение ГДКБ им. Г.К.Филиппского с жалобами на: рвоту, боли в животе, слабость, вялость, повышение T тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, задержку физического и нервно-психического развития, рецидивирующие кровотечения. Из анамнеза заболевания известно, что мать считает ребенка больным с рождения. На первом году жизни отмечалась задержка физического развития (ежемесячные прибавки около 200 г) и нервно-психического развития (начал переворачиваться с 1 года, стоять с 1 года 9 месяцев, ходить с 2,5 лет, фразовая речь с 2,7 лет), кроме того с первых месяцев жизни мать отмечала гипергидроз. До настоящего момента ребенок неоднократно проходит стационарное обследование и лечение в профильных отделениях. В возрасте 1 месяца обследован аллергологом, выставлен диагноз: Атопический дерматит,

младенческая эритематозно-сквамозная форма, локализованный, обострение. Функциональное нарушение пищеварения. Вторичные изменения паренхимы печени. Гипотрофия 1 степени. В терапии получал ферменты, урсодезоксихолиевую кислоту (УДХК), пробиотики без положительного эффекта. В возрасте 5 месяцев обследован инфекционистом по поводу жалоб на разжиженный стул с прожилками крови, выставлен диагноз: Дисбактериоз кишечника, субкомпенсированный. В терапии получал иммуностимулирующие препараты и пробиотики без эффекта. С возраста 8 месяцев состоит на учете у невролога с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС. Задержка психомоторного развития. Смешанный тетрапарез. Регулярно получает курсы амбулаторного лечения – ноотропы, средства улучшающие мозговой кровоток, аспаркам, диуретики по поводу гидроцефалии, курсы физиопроцедур. На фоне терапии мать не отмечала выраженной положительной динамики. В возрасте 13 месяцев направлен на консультацию генетика, исключены лизосомные болезни накопления (болезнь Помпе, Гоше, Нимана-Пика), мукополисахаридоз 1 типа. В возрасте 3-х лет по поводу выраженной задержки роста консультирован эндокринологом, выставлен диагноз: субклинический гипотиреоз вследствие йододефицита. В терапии получает левотироксин 0,8 мг/кг. В октябре 2019 г., в возрасте 3,5 лет, появились жалобы на снижение остроты зрения в темноте. Обследован офтальмологом по месту жительства, патологии не выявлено. В профилактических целях рекомендован прием витамина А и Е (аевит). В ноябре 2019 г., в возрасте 3.6 лет, появились жалобы на: многократную рвоту с примесью крови, геморрагическую сыпь на лице, запах ацетона изо рта. Обследован в инфекционном отделении, выставлен диагноз: ЦМВ приобретенная. Гепатит, тяжелая форма. ДВС-синдром. В терапии: переливание свежезамороженной плазмы, антибактериальная и посиндромная терапия с положительным эффектом. В апреле 2020 г. состояние ребёнка ухудшилось, появились вышеперечисленные жалобы. Объективно при поступлении состояние тяжелое. Вес 15,8 кг, рост 92 см. SDS веса/возраст -0,49, SDS роста -3,18, SDS веса/рост +2,18. Hábitus: макроцефалия, выступающие теменные бугры, широкая переносица, широкий кончик носа, диспластичные ушные раковины, широкие межзубные промежутки, живот увеличен в объеме, печень пальпируется на 2-3 см ниже реберной дуги, край печени плотный, по срединной линии печень +5 см из-под реберной дуги. По остальным органам и системам – без особенностей.

По данным лабораторного обследования: HGB 110 г/л, RBC 3,8*10⁹/л, акацитароз эритроцитов +++, СОЭ 4 мм/ч; АСТ 106,6 ед/л, АЛТ 105,7 ед/л, ЛДГ 594,7 ед/л; холестерин 1,2 ммоль/л, ЛПНП 1,10 ммоль/л, ЛПВП 0,71 ммоль/л, триглицериды 0,20 ммоль/л; АЧТВ 62,8 сек, фибриноген 2,43 г/л, ПТВ 20,7 сек, МНО 2,4; ТТГ 6,89 мЕд/л, Т4 свободный 14,4 пмоль/л, Т3 свободный 12,72 пмоль/л; Витамин D 118 нг/мл, токоферол 0,00001 мг/100мл. Исключены аутоимунные заболевания печени (АМА-M2, LKM1, LC-1, SLA/LP не обнаружены), вирусные гепатиты (HBsAg, Hbcor, aHCV – отрицательно), ВЗК (фекальный кальпротектин < 50 мкг/г). УЗИ брюшной полости: гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы. ЭФГДС: кандидозный эзофагит, поверхностный гастродуоденит. КТ брюшной полости: гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы печени. Зрительные вызванные потенциалы: с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедленно, слева занижена амплитуда пика P100. Фиброэластография печени: результаты соответствуют фиброзу печени умеренному (F2 по METAVIR). Генетическое исследование: в работе. Сформулирован диагноз: Основной: Абетапопротеинемия. Хронический гепатит неуточненный, минимальной степени активности. Осложнения: Тяжелая мальабсорбция жиров. К-зависимая коагулопатия. Умеренный фиброз печени. Нейродегенеративное заболевание: миопатический синдром, атаксический синдром. Задержка физического развития. Сопутствующий: Субклинический гипотиреоз. Лечение основано на восполнении у ребенка жирорастворимых витаминов и симптоматической терапии: переливание

свежезамороженной плазмы, флуконазол 8 мг/кг, УДХК 500 мг/сут, экстракт расторопши 70 мг/сут, токоферол 800 мг/сут, токоферол 100 мг + ретинол 55 мг через день, холекальциферол 1000 МЕ/сут, менадион 10 мг в неделю, глицин 0,15 мг/сут, левотироксин 12,5 мкг/сут. На момент выписки состояние ребенка с выраженной положительной динамикой, лабораторные показатели в том числе коагулограмма нормализовались. Прогноз заболевания неблагоприятный. Своевременная диагностика и терапия позволяют отсрочить формирование цирроза печени, атаксии и слепоты.

Список литературы.

1. Баранова А.А. Атлас редких болезней: учебно-наглядное пособие / Баранова А.А., Намазова-Баранова Л.С – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ПедиатрЪ, 2016. – С.14.
2. Полякова С.И. Диагностика и лечение абеталипопротеинемии (клинический случай) / С.И. Полякова, И.Е. Смирнов, Г.Ф. Задкова, Т.В. Ходунова // В помощь практикующему врачу – 2012. - №4. – С. 53.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ИДС

Захарова Д.А.

Смоленский государственный медицинский университет

Иммунодефицитные состояния - это количественные и/или функциональные нарушения основных компонентов иммунной системы, ведущие к нарушению защиты организма от антигенов. Вторичные ИДС - это иммунные нарушения не связанные с какими-либо генетическими дефектами.

Цель: изучение частоты встречаемости вторичных иммунодефицитов и их клинико-иммунологические особенности у детей. Был проведен ретроспективный анализ журналов движения больных, а также историй болезней больных с вторичным ИДС, поступивших в областной Центр аллергологии-иммунологии ОГБУЗ КБ 1 г. Смоленска за 2017 год. В исследовании приняло участие 38 детей в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст детей $5,4 \pm 0,6$ лет). Клинические проявления ИДС 2 типа оценивали по данным анамнеза и объективного осмотра. Иммунологическое исследование включало оценку экспрессии CD маркеров лимфоцитов периферической крови, а также уровень сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G. Исследование CD маркеров было проведено на проточном цитофлуориметре FC500 с использованием моноклональных антител фирмы Beckman Coulter, определение иммуноглобулинов в крови - ИФА "Диаплюс". Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ MS Excel SPSS. В исследовании участвовало 25 мальчиков (65,8%) и 13 (34,2%) девочек. Рецидивирующие бактериальные инфекции дыхательных путей встречались более чем у девочек (54,3%), чем у мальчиков (45,7%) $p < 0,05$. Сочетанные инфекции бактериальной и вирусной этиологии с поражением ЛОР-органов, органов дыхания и кожи выявлены у 26,3% детей, 13%. Пациенты с аллергическими заболеваниями являются более восприимчивыми к ОРВИ и бактериальным инфекциям. По данным объективного осмотра было установлено, что у 7,8% были увеличены до 1-2 размеров подчелюстные, задне- и переднешейные лимфатические узлы. На основании клинико-anamnestических данных выявлена иммунная недостаточность с преимущественным нарушением гуморального иммунитета у 14 (36,8%) пациентов, с нарушением со стороны Т-клеточного иммунитета - у 14 (36,8%), комбинированные - у 10 (26,4%). Изучение частоты обострений инфекционного синдрома у больных показало, что он встречался достаточно часто и колебался от 5 до 12 обострений в год и в среднем составил $9,1 \pm 2,7$ раз в год. Анализ

данных показал, что в большинстве случаев (87%) встречалась спонтанная форма и лишь у (13%) детей-индуцированная. Исследование показателей клеточного иммунитета, гуморального иммунитета и врожденного иммунитета было выполнено у 22 пациентов (57,9%). Мы оценили отклонение выше указанных показателей от условно принятой нормы, поскольку для детей разных возрастных групп существуют свои референтные значения показателей иммунитета. Анализ количества больных, имеющих отклонения от условной нормы клеточного иммунитета, составил 45 %, гуморального иммунитета - 50% обследованных. 1. Частота встречаемости вторичной иммунной недостаточности среди госпитализированных в центр ИМА за 2017 год составила 4,8% от всех случаев госпитализации. Дети – 77,5%, взрослые 22,5%.

2. «Болезнями-масками» вторичной иммунной недостаточности более чем у ½ детей являлись рецидивирующие респираторные заболевания верхних и нижних дыхательных путей бактериальной и вирусной этиологии. Рецидивирующие гнойные инфекции кожи встречались среди детей (45,7%) мальчиков и (54,3%) девочек. Среднее число эпизодов инфекционных заболеваний у детей составило $9,1 \pm 2,7$.

3. Клинические признаки нарушений иммунитета сочетались с изменениями в иммунограмме у 8 (21,1%) мальчиков и 9 (23,9%) девочек, а имели только клинические признаки недостаточности и отсутствие изменений в иммунограмме у 17 (44,5%) мальчиков и 4 (10,5%) девочек.

Список литературы.

1. Намазовой-Барановой Л.С., Л.В. Ганковской, Р.Я. Мешковой. Основы клинической иммунологии и аллергологии. Учебное пособие, 2016 - 151 с.

2. Новикова И.А. Клиническая иммунология и аллергология: учеб. пособие/ Минск: «Тесей», 2011. – 391 с.

3. Ярцев М Н., К.П. Яковлева, М.В. Платихиенко. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети// Сборник тематических статей по проблеме «Часто болеющие дети» -2006 – 21 с.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Иванова А.В., Кочнева Л.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целиакия – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся специфическим серологическим и гистологическим профилем, вызванное приёмом глютена у генетически предрасположенных лиц [1]. Важнейшим генетическим фактором в развитии заболевания являются гаплотипы HLA-DQ2, HLA-DQ8, которые выявляются практически у 100% пациентов с целиакией [1, 2]. Гетеродимер DQ2 (DQA1*0201-DQB1*0201 и DQA1*0501-DQB1*0201) отмечается в 90-95% случаев, а гетеродимер DQ8 (DQA1*0301-DQB1*0302) у 5-10% [3]. Гены HLA-DQ2/DQ8 в общей популяции встречаются у 30-40% здоровых людей, однако только у 1-2% развивается целиакия [3].

Цель исследования – изучить частоту, структуру гаплотипов HLA-DQ и влияние генетических характеристик на клинические проявления и течение целиакии у детей и подростков в Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО).

Материалы и методы. Проведено HLA-типирование у 121 ребёнка с целиакией, проживающих в Ставропольском крае и республиках Северного Кавказа. Средний возраст детей на момент постановки диагноза составил $4,7 \pm 0,3$ лет. Все пациенты находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2010-2020 годах. Мальчиков было 55 (45,5%), девочек – 66 (54,5%). Диагноз целиакии

был установлен в соответствии с клиническими, серологическими, морфологическими и генетическими критериями ESPGHAN (1990, 2012). Отклонения антропометрических показателей (SDS) рассчитывались с использованием программ WHO Anthro и AnthroPlus. Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились с использованием программ AtteStat, Statistica 10.0. Для выявления различий между признаками использованы критерии Стьюдента, Манна-Уитни, Пирсона (χ^2). Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. У 117 (96,7%) пациентов выявлены HLA- гаплотипы генетической предрасположенности к целиакии, что соответствует данным общероссийских и мировых исследований [4,5]. Наиболее часто встречающимся аллелем был DQ2 – у 95 (81,2%) детей, значительно реже DQ8 – у 17 (14,5%) человек и лишь у 5 (4,3%) пациентов выявлен аллель DQ7. Средний возраст появления жалоб и постановки диагноза у наблюдаемых больных ($X \pm m$): с DQ2 – $2,4 \pm 0,3$ лет и $5,1 \pm 0,4$ лет, с DQ8 – $1,2 \pm 0,3$ лет и $4,0 \pm 0,6$ лет, а с DQ7 – $1,6 \pm 0,5$ лет и $4,7 \pm 2,6$ лет. Первые проявления целиакии у пациентов с гаплотипом DQ2 отмечались позже, чем у больных с DQ8 ($p < 0,01$). Средняя длительность латентного периода заболевания у детей с DQ2 составила $2,8 \pm 0,3$ лет, с DQ8 – $2,6 \pm 0,3$ лет и DQ7 – $3,1 \pm 2,2$ лет ($p > 0,05$). Клиническая характеристика обследованных групп в зависимости от наличия и гаплотипа HLA не показала достоверных различий. Энтеральный синдром был обозначен у больных с аллелем DQ2 в 55-60% случаев. Во всех исследуемых группах отмечалась задержка физического развития с преобладанием дефицита массы тела (около 63%). Z-score массы тела и длины тела у пациентов с аллелем DQ2 составил $-1,2 \pm 0,1$ SDS и $-0,91 \pm 0,1$ SDS, DQ8 – $-1,74 \pm 0,4$ SDS и $-1,84 \pm 0,5$ SDS, DQ7 – $-1,55 \pm 0,7$ SDS и $0,03 \pm 0,6$ SDS. У пациентов с аллелем DQ8 было зарегистрировано более выраженное отставание параметров физического развития. Средний Z-score длины и массы тела у пациентов с DQ8 превосходил у пациентов с DQ2 в 2,1 раза ($p < 0,005$) и 1,5 раза ($p < 0,05$) раза. Соматогенный нанизм (Z-score роста $-2,0$ SDS и более) был установлен у пациентов группы HLA-DQ8 в 35,3% случаев, что в 2,2 раза превосходит группу HLA-DQ2 ($p < 0,05$). В группе пациентов с HLA-DQ2 и HLA-DQ8 гистологическая картина слизистой тощей кишки соответствовала тотальной атрофии ворсин (Marsh 3C) в 60% случаях. У пациентов с HLA-DQ7 в 100% зарегистрирована умеренная степень атрофии (Marsh 3B).

Заключение. Распространённость гаплотипов HLA-DQ2/DQ8 у детей и подростков с целиакией в СКФО (96,7%) не отличается от данных других регионов России и Европы. На юге России в когорте детей и подростков с целиакией относительно чаще встречаются гаплотипы HLA-DQ8 и HLA-DQ7. Клиническая характеристика заболевания практически не различается в зависимости от гаплотипа HLA. У пациентов с гаплотипами HLA-DQ2, HLA-DQ8 отмечено превалирование наиболее тяжёлой степени атрофии тощей кишки – Marsh 3C.

Список литературы.

1. Lebowitz B., Sanders D.S., Green P.H.R. Coeliac disease. Lancet. 2018; 391 (10115): 70–81.
2. Singh P., Arora A., Strand T.A., [et al.]. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2018; 16(6): 823–836.e2.
3. Werkstetter K.J., Korponay-Szabó I.R., Popp A., [et al.]. Accuracy in diagnosis of celiac disease without biopsies in clinical practice. Gastroenterology. 2017; 153(4): 924–935.
4. Kasatkina, E.N. Distribution of HLA-DR-DQ genotypes in Russian children with coeliac disease / E.N. Kasatkina, Yu.A. Dmitrieva, E.A. Roslavtseva, T.E. Borovic, I.N. Zakharova // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2018. – Vol. 66, suppl. 1. – P. 151–151.
5. Klimov, L.Ya. Diagnosis of celiac disease in groups of genetic risk: modern view on the problem / L.Ya. Klimov, M.V. Stoyan, V.A. Kuryaninova, E.S. Gerasimenko, V.S.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ДИАГНОСТИКА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Ивенская Т.А., Климов Л.Я., Курьянинова В.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская Детская Клиническая больница им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя

Болезнь Вильсона–Коновалова (БВК) - редкое аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, в основе которого лежит мутация гена АТР7В, кодирующего медьтранспортирующую АТФазу 7В, что приводит к нарушению экскреции меди из организма, её избыточному накоплению в тканях и сочетанному поражению паренхиматозных органов, прежде всего печени и головного мозга [1]. В структуре хронических заболеваний печени у детей – БВК составляет 9,7% [2]. Частота встречаемости БВК в мире 1-9 случаев на 100 000 населения, в РФ – 1 случай на 166 600 населения, без гендерных особенностей [1, 3]. Средний возраст дебюта 5-45 лет, наиболее часто в 8-16 лет [1, 2]. В основе патогенеза лежит нарушение транспорта меди в аппарате Гольджи и её избыточное накопление в гепатоцитах, что приводит к их некрозу и нарушению включения меди в церулоплазмин, поступлению большого количества её в кровотоки и ткани [4]. Изучение литературных данных, анализ амбулаторной и стационарной карт пациента, находившегося на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СК им Г. К. Филиппского.

Клинический случай. Пациент А., 2014 г.р., поступил 09.09.2020 в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ СК ГДКБ им. Г.К. Филиппского с жалобами на желтушность кожных покровов и склер, увеличение объёма живота, отставание в физическом развитии, периодические умеренные боли в животе, не связанные с приемом пищи; астеновегетативные проявления (слабость, утомляемость). Из анамнеза известно, что родители находятся в близкородственном браке. Ребенок от 4-й беременности, 4-х преждевременных родов на 35 неделе. При рождении: Вес - 2350 гр., Рост - 48см., ОША 4 - 5 баллов, состояние тяжелое, обусловленное асфиксией, остановкой сердца, проведена интенсивная терапия, затем переведен на второй этап выхаживания, выписан на 30-е сутки. На 1 году рос и развивался соответственно возрасту, эпизодов кровотечений, судорог не выявлено. Впервые симптомы заболевания (иктеричность кожных покровов, склер) обнаружены педиатром в июле 2020 года. При обследовании выявлена: гепатоспленомегалия, гипербилирубинемия (общий билирубин – 69,3 мкмоль/л), гипертрансаминаземия (АЛТ – 579 ЕД/л, АСТ – 101 ЕД/л). Пациент направлен в инфекционное отделение, где исключены: вирусная (гепатиты В, С, ВИЧ, ЦМВ, простой герпес); бактериальная и протозойная (хламидиоз, микоплазмоз, иерсиниоз, бруцеллез, токсоплазмоз) и паразитарная (лямблиоз, токсокароз, описторхоз, аскаридоз) причины гепатита. Проведено КТ брюшной полости, на котором объемных образований брюшной полости не выявлено, подтвердилась гепатоспленомегалия без структурных изменений паренхимы печени. Ребенок консультирован специалистами: гематолог исключил наличие талассемии; генетик рекомендовал проведение tandemной масс-спектрометрии, в ходе которой данных за наследственные аминокислотопатии, органические ацидурии и дефекты митохондриального бета-окисления не выявлено. В гастроэнтерологическом отделении при объективном осмотре: ребенок в сознании, вялый, заторможенный. Физическое развитие низкое, дисгармоничное: вес — 18,1 кг (SDS -1,39), рост — 107,5 см (SDS -2,24),

ИМТ 15,7 кг/м² (SDS +0,2), окружность живота — 64 см. Кожные покровы смуглые, слегка иктеричные, сухие, множественные телеангиоэктазии на щеках; на ладонях — пальмарная эритема. Склеры иктеричны. Язык: ярко-розовый, влажный, обложен белым налетом. Живот: резко увеличен в объеме, вздут, трудно доступен пальпации, на передней брюшной стенке расширена венозная сеть, гепатоспленомегалия. Остальные органы и системы — без выраженной патологии. В ходе обследования: HGB 95 г/л, PLT 84*10⁹/л, СОЭ 12 мм/час; билирубин общий 81,3 мкмоль/л, прямой — 42,8 мкмоль/л, непрямой — 38,5 мкмоль/л, АСТ 12,8 Ед/л, АЛТ 33,2 Ед/л, ГГТ 208,5 Ед/л, ЛДГ 398,9 Ед/л, ЛПВП 0,5 ммоль/мл, ЛПНП 2,8 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, холестерин 4,4 мкмоль/л, индекс атерогенности 7,8; в протеинограмме: общий белок 59,9 г/л, альбумин 27,7 г/л, α-1 глобулин 2,4 г/л, α-2 глобулин 5,0 г/л, β-глобулин 6,7 г/л, γ-глобулин 18,1 г/л; в коагулограмме: ТВ 21,4 сек, ПИ 36,3%, фибриноген 2,8 г/л, АЧТВ 35,2 сек. В ходе инструментального обследования: на ФЭГДС: варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени; на УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, асцит. Исключены аутоиммунный гепатит (АТ к микросомам печени-почки рНИФ <40, антинуклеарные АТ IgG 0,3), воспалительные заболевания кишечника (фекальный кальпротектин <10 мкг/г), дефицит лизосомной кислой липазы (0,490 нМ/час/пятно). Обнаружена повышенная экскреция меди с мочой (127,8 мкг/л), незначительно снижена концентрация церулоплазмينا в крови (230 мг/л). Пациент консультирован неврологом, окулистом. Ребенку сформулирован клинический диагноз: Основной: Болезнь Вильсона — Коновалова, стадия клинических проявлений, абдоминальная форма. Осложнения: Цирроз печени, по шкале Чайлд — Пью класс С. Варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени. Анемия 1 степени хронического заболевания. Асцит. Печеночная энцефалопатия 1 степени. Флебопатия сетчатки обоих глаз умеренная. Согласно лейпцигской количественной шкале для диагностики БВК (2001) [5] у пациента 2 балла, так как не все показатели получены, из чего следует, что диагноз БВК на данном этапе обследования маловероятен, поэтому пациент направлен для подтверждения диагноза и оказания высококвалифицированной медицинской помощи в ФГАУ "НМИЦЗД" (г. Москва).

Данный клинический случай представляет интерес в связи с поздней клинической диагностикой заболевания, так как у пациента уже успел развиваться цирроз печени, сопровождающийся осложнениями. Педиатрам следует иметь в виду, что болезнь Вильсона — Коновалова может манифестировать в детском возрасте и сопровождаться тяжелым поражением паренхиматозных органов, отставанием в физическом развитии, снижением уровня церулоплазмينا в крови, повышенной экскрецией меди с мочой. Своевременная диагностика, сможет улучшить качество и продлить жизнь пациентам.

Список литературы.

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Вильсона Коновалова / А. Ю. Асанов [и др.] — М., 2015. — 71 с.
2. Камалова А. А. Болезнь Вильсона Коновалова у детей: вопросы своевременной диагностики / А. А. Камалова, А. Р. Шакирова, Г.М. Бикмуллина // Практическая медицина. — 2010. — №46 — С. 68.
3. Соколов А. А. Оказание медицинской помощи и лекарственное обеспечение пациентов, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими заболеваниями. Болезнь Вильсона (гепатолентикулярная дегенерация) / А. А. Соколов, В. Н. Дембровский, Е. Ю. Красильникова // Проблемы стандартизации здравоохранения. — 2015. — № 5-6. — С. 30-36.
4. Шифф Ю. Р. Алкогольные, лекарственные, генетические и метаболические заболевания / Ю. Р. Шифф, М. Ф. Соррел, У. С. Меддрей; пер. с англ. под ред. Н.А. Мухина, Д.Т. Абдурахманова, Э.З. Бурневича [и др.] — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 480 с. — (Серия «Болезни печени по Шиффу»).

5. Нутриционный статус при болезни Вильсона-Коновалова и его влияние на уровень окислительного стресса / А. Ю. Барановский, А. С. Белодедова, Т. Ф. Федорова [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – №4 – С. 39-45.

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Изох К.М., Оршанская В.О., Кишкурно В.А.

Гомельский государственный медицинский университет

Особенности течения неонатального периода у недоношенного ребенка являются крайне важными для последующего прогнозирования его развития, и патологические воздействия в этот период способны существенно и негативно повлиять на его онтогенез [1]. В 184 странах показатели преждевременных родов варьируются от 5% до 18% от числа рожденных детей [2, 3].

Данная работа направлена на оценку факторов риска рождения и патологию недоношенных детей с помощью статистических программ. Проведено ретроспективное исследование историй развития 45 новорожденных, родившихся в Гомельской областной клинической больнице за 2018-2020 гг. Статистическая обработка данных выполнена при помощи компьютерных программ STATISTICA 8.0 (StatSoft, USA) и Microsoft Excel 2013. Статистически значимыми считались различия при достигнутом уровне значимости (p) $< 0,05$. М — выборочное среднее.

Исследуемую группу составили новорожденные, родившиеся преждевременно, среди которых 26 мальчиков (59%) и 18 девочек (41%). Согласно рекомендациям ВОЗ, определяющим понятие «недоношенность» является именно гестационный возраст, указывающий на незрелость ребёнка к моменту рождения [3]. Таким образом, средний срок гестации в исследуемой группе составил М — 31 (29,15; 34,1) недель. При анализе антропометрических данных — средний вес при рождении составил М — 1440 (1162,5; 2220) гр., средняя длина тела М — 39 (36; 45,5). Средний возраст матерей исследуемой группы составил М — 30,5 (25,5; 35) лет. Для выявления основных факторов риска и причин преждевременных родов нами был проанализирован акушерско-гинекологический анамнез матерей ($n=44$): — Медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность в анамнезе — у 12 женщин (27,2%); — Урогенитальные инфекции — у 6 (13,6%); — Хроническая плацентарная недостаточность — у 6 (13,6%); — Эрозия шейки матки — у 5 (11,3%); — Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — у 4 (9,1%); — Инфекции передающиеся половым путем (ИППП) — у 3 (6,8%); — Задержка развития плода — у 2 (4,5%); — Антенатальная гибель в анамнезе — у 1 женщины (2,3%). Стоит отметить, что у большинства женщин (23, 52%) с помощью УЗИ визуализировались петрификаты и инфаркты плаценты, что соответствует преждевременному созреванию плаценты (ПСП). ПСП наблюдается при клинически диагностированных осложнениях течения беременности, экстрагенитальной патологии, внутриутробных инфекциях, урогинекологической патологии, синдроме задержки внутриутробного развития плода [4]. Ведущими факторами риска рождения недоношенных детей является наличие у матери хронических заболеваний и состояний, приводящих к длительным нарушениям питания плода. Среди соматической патологии матерей ($n=44$) были выявлены: — Патология сердечно-сосудистой системы — у 6 женщин (13,6%); — Патология мочевыделительных органов — у 7 женщин (15,9%); — Патология желудочно-кишечного тракта — у 7 женщин (15,9%); — Сахарный диабет — у 4 женщин (9,1%); — Тиреоидная патология — у 4 женщин (9,1%). Неонатальный период является наиболее сложным временным этапом для недоношенного ребенка - кроме процессов адаптации, в неонатальном периоде часто регистрируются расстройства, обусловленные патологией и/или незрелостью сердечно-

сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта, а также нарушениями в функционировании органов зрения и слуха, дефицитными состояниями (анемии, тромбоцитопении) и т. д. [3].

Выявлена следующая патология у новорожденных: — мочевыделительная система: гидронефроз почек (4 случая-9%), пиелэктазия (2 случая-4,5%), удвоение почек (1 случай-2%). — сердечно-сосудистая система: АХЛЖ (4 случая-9%), ОАП (4 случая-9%), ДМЖП (2 случая-4,5%), кардит (2 случая-4,5%), ДМПП (1 случай-2%), гидроперикард (1 случай-2%), АВ-блокада 1 степени (1 случай-2%). — дыхательная система: пневмония (39 случаев-89%), легочная гипертензия (3 случая-7%), гидроторакс (2 случая-4,5%), легочное кровотечение (1 случай-2%). — желудочно-кишечный тракт: парез кишечника (4 случая-9%), некротизирующий энтероколит (4 случая-9%), кальцинаты в печени (1 случай-2%). — центральная нервная система: церебральная депрессия (2 случая-4,5%), гидроцефалия (1 случай-2%), кровоизлияния в желудочки мозга (1 случай-2%), кровоизлияние в мозжечок (1 случай-2%), лейкомаляция (1 случай-2%), перивентрикулярная инфильтрация (1 случай-2%). — система крови: вторичная коагулопатия (3 случая-7%).

Полученные результаты свидетельствуют о серьезном влиянии факторов риска на формирование ближайших и отдаленных последствий у недоношенного ребенка. В связи с этим возникает необходимость обратить внимание на такие аспекты как: заблаговременное планирование беременности, лечение острых заболеваний матери и препятствование хронизации процесса, своевременный скрининг на протяжении всей беременности. Несмотря на достаточно большое количество проведенных исследований и освещение в научных публикациях вопросов развития недоношенных детей, вопрос о необходимости дальнейшей разработки мероприятий, внедрение которых позволит сохранить и укрепить здоровье недоношенных детей и минимизировать инвалидизацию, обеспечивая их гармоничное развитие, на данный момент времени всё ещё остается одним из наиболее актуальным.

Список литературы.

1. Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A.P., Merialdi, M., et al. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity // Bulletin of the World Health Organization. – 2016. – 88(1). – P. 31-38.
2. Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A.B., et al. (2012). National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis // CHERG/WHO. – 2010. – P. 88-97.
3. De Queiroz A.P., Costa C.F. Early placental maturation evaluated by ultrasound and perinatal prognosis // Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. - 2016. - 28(3). - P. 165-170.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ирбутаева Л.Т., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Проблема часто болеющих детей – это всеобщая клиническая проблема, одна из наиболее актуальных вопросов в современной педиатрии и находится в центре внимания врачей всех специальностей. Актуальность проблемы объясняется значительным увеличением число больных, увеличением коечных фондов детских стационарах,

длительный уход за больными детьми, за которого государства имеет огромный экономический ущерб [4,6].

По данным разных авторов, ЧБД составляют от 20 до 65% детской популяции [1,7] и характеризуются частотой повторных инфекций от 6 до 12-15 раз в году. В связи с этим понятен интерес к разработке тактике ведения детей повторными инфекциями. В структуре заболеваемости лидирующее положение продолжают занимать заболевания органов дыхания, следом идут заболевания органов пищеварения, крови и кроветворных органов, инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки, почек и мочевыделительной системы и прочие [3]. Известно, что при защите организма от инфекционного агента большую роль играет наряду со специфическими факторами неспецифические факторы защиты организма. К ним относятся содержание комплемента, лизоцима и бактерицидная активность сыворотки, активность и завершенность фагоцитоза и адсорбирующая способность эритроцитов. Посвященные работы к изучению данной проблемы незначительные и лишь обоснованы результатом немногочисленных наблюдений [2,5]. Таким образом, пониженное иммунное состояние организма маленьких детей приводит к формированию группы часто болеющих детей. Не требует объяснения тот факт, что при ослаблении иммунитета организм подвергается к атаке условно-патогенных микробов. Было обследовано 62 ребенка с бронхолегочными заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 6 лет, которые входят в группу часто болеющих детей. Все дети были обследованы в ГДБ №1 г. Самарканде. Из общего количества мальчиков было – 34 (54,8%), девочек – 28 (45,1%). Распределение больных по возрасту показал, что в основном дети болели в возрасте 3-6 лет (41,9%), 1-3 лет (33,8%), до 1 года (24,1%).

Анализ преморбидного фона показал, что у детей часто встречалась железодефицитная анемия – 56 (90,3%), рахит – 48 (77,4%), гипотрофия – 22 (35,4%), судорожный синдром – 21 (33,8%), хронический тонзиллит – 17 (27,4%), острый ринофарингит – 18 (29%).

У всех детей в ходе клинического обследования были выявлены частые заболевания такие как ОРВИ (32,2%), очаговая пневмония (29%), острый бронхит (20,9%), обструктивный бронхит (17,7%).

При общем осмотре детей были выявлены следующие жалобы: повышение температуры тела отмечено у 62 больных (100%), кашель – 57 (91,9%), рвота – 23 (37%), беспокойство – 60 (96,7%), одышка – 18 (29%), судороги – 21 (33,8%), снижение аппетита – 58 (93,5%).

Материалом для иммунологического исследования служила кровь. Определение титра комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотке крови проводилось фотонейфелометрическим методом, которые были разработаны сотрудниками кафедры микробиологии СамМИ Сидиковой К.А. (1987). При определении бактериостатической активности сыворотки крови применяли методику, основанную на измерении оптической плотности мясопептонного бульона при росте в нем культуры стафилококка. При определении титра сывороточного лизоцима – метод основан на высокой чувствительности культуры *Micrococcus lysodecticus* к воздействию лизоцима. Фагоцитарная активность лейкоцитов, индекс и степень завершенности фагоцитоза изучена на основании методики предложенной Е.А. Олейниковой, О.В. Миловидовой и Л.В. Новиковой в 1975 г. Реакция иммуноприлипания (РИП) использовали методику Пустоваловой Н.А. (1975). Количественное определение фракции иммуноглобулинов проводилась методом иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини. у ЧБД преморбидный фон имеет широкий диапазон. Среди которой очень часто встречается хронический тонзиллит, ринофарингит, рахит I степени, гипотрофия I степени и анемия I-II степени. Среди сопутствующих синдромов особое место занимает диарея. У ЭБД ни в одном случае не зарегистрированы гипотрофия и признаки рахита.

Для изучения иммунологического статуса применен комплекс методов, отражающих состояние иммунитета (количество иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови) и неспецифических факторов защиты организма (содержание комплемента, лизоцима и бактериостатическая активность сыворотки, активность, индекс и завершенности фагоцитоза и адсорбирующие способности эритроцитов). Использованы нормативные данные, полученные в Институте иммунологии АН РУз.

Высокие показатели IgG по сравнению нормой у ЧБД доказывают, что заболевание верхних дыхательных путей обусловлены грамположительными микроорганизмами. Во время заболевания накопление их в сыворотке крови усиливается, появляется защита. Отмечается высокие показатели IgM, что составляет 136, +7,4% по сравнению нормой – 97,5 + 4,2%. IgA у ЧБД отмечены в меньших количествах (112,0 + 10,1 у ЧБД, 156,8 + 12,0 у ЭБД, 151,0 + 11,0 норма у здоровых детей), что можно предполагать развитие патологического процесса со стороны ЖКТ.

В защите организма маленьких детей от инфекционного агента важную роль играют неспецифические факторы защиты. Результаты изучения клеточных факторов защиты организма, у здоровых детей, у ЭБД и ЧБД показывают иммунодефицитное состояние именно у ЧБД. Фагоцитарная активность лейкоцитов в норме у здоровых детей составляют 49,8 + 2,7%, у ЭБД – 52,8 + 3,8% и у ЧБД – 58,8 + 2,9%. Высокие показатели АФ показывает, что организм мобилизует все свои силы против болезнетворных микробов и количество активных лейкоцитов увеличивается. Но их переваривающая способность – индекс фагоцитоза резко падает. Если в норме у детей с месячного до 7 летнего возраста ИФ составляет 5,1 + 0,7 то у ЧБД – 1,6 + 0,6%. Каждый активный лейкоцит может поглощать только 1 микробную клетку. Соответственно ЗФ (норма – 4-6 балл, ЭБД – 4-6 балл, у ЧБД – 7-8 балл).

В наших наблюдениях отмечено, что количественное изменение эритроцитов у ЧБД по сравнению нормой не происходит. Однако, их адсорбирующие способности резко снижаются. В норме прилипающие способности эритроцитов, микробных клеток составляет – 18 - 20%, у ЧБД – 12 – 13%, что показывает, под действием длительной интоксикации эритроциты теряют своих рецепторов. У ЭБД показатели РИП не меняются. Низкие показатели РИП у ЧБД по сравнению со здоровыми еще раз указывают, что этот феномен является одним из факторов естественного иммунитета и активно участвует со всеми звеньями иммунитета в единой борьбе против инфекции. Таким образом, РИП – адсорбирующие способности эритроцитов патогенного стафилококка можно использовать как тест определяющие иммунное состояние у ЧБД. Аналогичные данные были получены при изучении гуморальных факторов. Уровень комплемента у ЧБД на 50% был низким по сравнению нормой. Норма – 0,62 – 0,76 ед., у ЭБД – 0,58 – 0,70 ед., у ЧБД – 0,32 – 0,38 ед. Бактериостатической активности сыворотки (БАС) в отношении культуры стафилококка выявлена у здоровых в разведениях 1:10-1:640, у ЭБД 1:10 - 1:160 и у ЧБД – 1:10 – 1:80. Содержание лизоцима соответственно 1:10 - 1:160, 1:10 – 1:80 и 1:10 – 1:20. Анализируя полученных данных можно заключить, что гуморальные факторы защиты у эпизодически и часто болеющих детей подавлены. Выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты является основной для включения иммунокорректирующих препаратов при лечении и профилактики заболевания у ЧБД.

Для подтверждения выше сказанного обследовано группа ЧБД. Они лечились с традиционным методом (32 детей), традиционным методом и Бронхо-Муналом (10 детей). Иммунологические показатели определяли до и после лечения. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения Бронхо-Мунала наряду с традиционными методами лечения, что выражается повышением иммунитета и быстро исчезновением клинических симптомов заболевания. Уровень иммуноглобулина А при традиционном методе составляет 112,0 + 10,1 мг/л, традиционный метод + Бронхо-Мунал

повышается от 112,0+10,1 – 125,0+10,1 мг/л. Аналогичные показатели иммуноглобулинов М и G. Под действием Бронхо-Мунала у часто болеющих детей поднялись и уровни неспецифических факторов защиты. АФ от 58,8+2,9 до 67,5+3,1%, ИФ от 1,6+0,6 до 5,2+0,7, ЗФ от 7- 8 баллов до 4-6 баллов. РИП 12 – 13% до 19 – 20%. Комплемент 0,32 - 0,37 ед. до 0,65 – 0,72 ед., БАС от 1:10 – 1:80 до 1:10 – 1:640, ЛАС от 1:10 – 1:20 до 1:10 – 160 .

Клиническая эффективность применения иммунокорректирующих препаратов проявлялась в исчезновении клинических симптомов и рецидивы заболевания. Так, если при лечении традиционным методом, кашель, одышка, судорожные симптомы, высокая температура исчезала на 6-7 день после применения лечения, то при лечении традиционным методом и с применением Бронхо – Мунала на 4 – 5 день. Повторные рецидивы из 32 больных, которые лечились традиционными методами, наблюдались через 1,5 – 2 месяца у 15 детей. Из 10 больных, которые применяли традиционный метод и Бронхо-Мунал, 2 раза обратились по поводу заболевания верхних дыхательных путей через 4 – 5 месяцев. Первая группа с рецидивом госпитализирована, вторая группа получила амбулаторное лечение.

Таким образом, нами выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты организма у ЧБД, что является основой для включения иммунокорректирующих препаратов для лечения и профилактики заболевания у ЧБД.

Таким образом, лечение и профилактику заболеваний у ЧБД успешно можно провести наряду с традиционным методом, в комплексе иммунокорректирующих препаратов Бронхо-Мунала.

Список литературы.

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Н.Новгород: НГМА, 2003, стр.180.
2. Балева Л.С., Баянская Г.Л., БлистиноваЗ.А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Медицинская технология. М., 2006, стр.48.
3. Булгакова В.А., Балоболкин И.И., Сенцово Т.Б. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей. Журнал «Медицинский совет». 2007, № 3, стр. 34.
4. Даукш И.А., Муратходжаева А.В. Эффективность применения некоторых иммуномодуляторов у часто болеющих детей дошкольного возраста. Педиатрия. 2009, № 1-2, стр. 114.
5. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. РМЖ. 2002, т.10, № 3, стр.125.
6. Chambaz H.Etude Clinique d'une immunotherapy polyvalente dans le traitement des parodontopathies. Chir Dent France, 2004, 44: 209: p. 41.
7. Rudely C.H., Fruhwirth V., Wick G., Wolf H. Immunol., Immune response in the lungs following oral immunization with bacterial lysates of respiratory pathogens. Clin. Diagn. Lab 2004, 3. P.51.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Каменева А.А., Верисокина Н.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Недоношенные дети являются особой группой пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания [1]. Чем больше степень недоношенности, а вместе с этим степень функциональной

незрелости ЖКТ, тем больше возникает проблем относительно толерантности к энтеральному питанию [2]. Сбалансированное и правильно организованное вскармливание недоношенных новорожденных, является одной из важнейших составляющих выхаживания таких детей, определяющих не только ближайший, но и отдаленный прогноз [3, 4]. Критерием успеха перинатальной медицины необходимо считать не только непосредственное выхаживание недоношенного ребенка, но и возможность его нормального развития и адаптации [5]. Цель работы – изучить тип питания недоношенных детей, рождённых в ГБУЗ СК «СККПЦ №1» в период с января по март 2019 года.

Проведено клинико-антропометрическое обследование 51 недоношенных новорождённых, рождённых в период с января по март 2019 г. в ГБУЗ СК «СККПЦ №1». Среди обследованных нами детей в I группу вошли младенцы, рождённые с 22 по 31 неделю гестации – 14 детей (27, 5%); II группа – дети, появившиеся на свет с 32 по 34 неделю гестации – 27 (52, 9%); III группа – с 34 по 37 неделю гестации - 10 детей (19,6%). Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ «Microsoft Excel 2010», AtteStat. Для выяснения типа распределения данных использовали тест Шапиро-Уилка. По каждому признаку в сравниваемых группах определяли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m), медиану (Me), а также 25-й и 75-й квартили (25Q-75Q). Для оценки межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$. Средний срок гестации недоношенных новорожденных, вошедших в исследование, составил $33,0 \pm 0,3$ недели. В городской местности проживали 26 (51%) женщин, 25 (49%) - в сельской. Среди всех недоношенных детей было 22 (43,1%) девочки и 29 (56,9%) мальчиков. Младенцев с ЭНМТ (экстремально низкой массой тела) было 6 (11,8%), с ОНМТ (очень низкой массой тела) - 5 (9,8%), НМТ (низкой массой тела) – 40 (78,4%). В ходе исследования был проведен анализ наиболее частотой патологии у матерей, которая могла стать причиной рождения детей раньше срока. Получили, что во всех группах наиболее часто встречались плацентарная недостаточность - в I группе у 92,9% женщин, во II и III группах практически с одинаковой частотой - 60,0% и 59,3% соответственно; угроза прерывания беременности - в I группе у 57,0% женщин, во II группе - 30,0% и в III - 33,3%; инфекционный процесс - в I группе у 35,7% женщин, во II группе - 29,6%, а в III группе - 30%. В I группе через естественные родовые пути на свет появились 8 (57,0%) недоношенных детей, а с помощью плановой операции кесарева сечения 5 (36,0%) детей, экстренной - 1 (3,0%). Во II группе роды были у 15 (55,5%) женщин, плановая и экстренная операция кесарева сечения в равном количестве у 6 (22,5%) женщин. В III группе через естественные родовые пути появились на свет 4 (40,0%) ребёнка, путем плановой ОКС (операции кесарева сечения) - 4 (40,0%), экстренной – 2 (20,0%). При изучении возрастного фактора матерей, было установлено, что во всех группах преобладали женщины активного репродуктивного возраста. Средний возраст которых в I группе составил $28,3 \pm 1,6$ лет; во II группе – $28,7 \pm 1,1$; в III группе – $29,9 \pm 1,9$. Анализируя данные антропометрических показатели новорождённых детей изучаемых групп, можно констатировать, что в I группе рост 37,5 [35,0-40,0] см и масса 1325 [970-1700] граммов при рождении были достоверно меньше, чем в III группе - 45,5 [44,0-50,0] см и 2575 [2300-2900] граммов соответственно ($p < 0,05$). При изучении вида энтерального субстрата, которым вскарммливались дети во всех исследуемых групп, было выяснено, что 6 (11,8%) детей получали грудное молоко матери, 18 (35,3%) - адаптированные смеси, 27 (52,9%) – смешенное вскармливание. По полученным данным, дети из I группы находились на ПП в 2 раза дольше, чем младенцы II группы - $14 \pm 3,7$ суток и $7,1 \pm 0,7$ суток соответственно, новорождённые III группы получали данный вид питания в течение $6,2 \pm 0,9$ суток. Достоверные отличия были получены при сравнении I и III групп ($p < 0,05$). Дети из I

группы достоверно более длительно питались через гастральный зонд - $29,9 \pm 5,9$ суток, чем младенцы II группы, которые получали энтеральное питание через желудочный зонд в течение $14,9 \pm 2,9$ суток, а дети из III группы - $8,7 \pm 1,8$ суток, что достоверно меньше по сравнению с I группой. ($p < 0,05$). При оценке объема энтерального питания полученного недоношенными разных групп в 1 сутки после рождения и при выписке, удалось сделать вывод о том, что дети из I группы в первые сутки усваивали достоверно наименьший объем энтерального питания ($1 [1-8]$ мл/сут), чем в остальных группах - во II группе - $24,0 [16,0-24,0]$ мл/сут, в III группе - $40 [16-40]$ мл/сут ($p < 0,05$). Это говорит о низкой толерантности к энтеральной нагрузке детей I группы сразу после рождения в силу своей морфофункциональной незрелости. «Поздние» недоношенные (III группа), лучше других детей в первый же день усвоили предлагаемый им объем питания, и к моменту выписки кормились большим объемом энтерального питания – $500,0 [416,0-640,0]$ мл/сут, когда как в I группе – $401,0 [360,0-480,0]$ мл/сут, а во II группе – $400,0 [360,0-480,0]$ мл/сут, что было достоверно меньше чем в группе III. ($p < 0,05$). Данные анализа длительности госпитализации показали, что I группа детей провела в стационаре $49,8 \pm 5,9$ дней, что достоверно дольше по сравнению с длительностью нахождения детей в стационаре из II и III группы, выписавшихся через $30,93 \pm 2,7$ и $23,3 \pm 2,7$ суток соответственно ($p < 0,05$).

В последние годы достигнут определенный прогресс как в совершенствовании методов вскармливания недоношенных детей, так и в совершенствовании рецептуры специализированных адаптированных смесей для недоношенных детей, что внесло свой существенный вклад в выживаемость данной группы новорождённых. Дети, рождённые на сроке гестации от 34 до 37 недель, достоверно меньше находятся на ПП по сравнению с детьми, рождёнными на сроке гестации с 22 по 31 неделю. В ходе проведенного исследования нами было выяснено, что более 50% детей находились на смешанном вскармливании. Продолжительность кормления через желудочный зонд была достоверно больше в I группе детей в сравнении со II и III группами. Группа «поздних» недоношенных достоверно быстрее выписывается из стационара, чем дети других исследуемых групп. Компенсаторные возможности детского организма достаточно велики, но они проявляются в полной мере лишь на фоне активной реабилитации, хорошего ухода, полноценного питания. Продолжение поиска эффективных и безопасных схем энтерального вскармливания, обеспечивающих оптимальные темпы роста недоношенных новорожденных, является актуальной задачей в неонатальной практике.

Список литературы.

1. Антонов, А.Г. Неонатология. Клинические рекомендации / А. Г. Антонов [и др.]; под ред.: Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 319 с.
2. Грошева, Е.В. Выбор энтерального продукта для вскармливания недоношенных детей / Е.В. Грошева, И.И. Рюмина, М.В. Нароган // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. – 2014. – Т.4, № 2. – С.49 - 51.
3. Молоканова, Н.П. Применение парентерального питания у недоношенных детей / Н.П. Молоканова, Л.К. Гавриков // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14, №2. – С.207–211.
4. Пруткин, М.Е. Парентеральное питание новорожденных. Клинические рекомендации под редакцией академика РАН Н.Н. Володина / М.Е. Пруткин, А.И. Чубарова, Д.С. Крючко, О.А. Бабак, Е.Н. Балашова, Е.В. Грошева и [др.] // Вопросы диетологии. — 2015. — №3. — 27–36.
5. Кривицкая, Л. В. Недоношенные дети: факторы риска, отдаленные последствия/ Л.В. Кривицкая // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 2. – С. 15–19.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТИРОЗИНЕМИИ 1 ТИПА (НТ1) У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

**Климов Л.Я., Аксёнов А.Г., Попова Е.В., Погорелова Л.В., Вдовина Т.М., Кашников В.С., Эльбекьян К.С., Гевандова М.Г., Егорова С.А., Быков Ю.В., Миронова Я.Д.,
Курьянинова В.А., Долбня С.В.**

Ставропольский государственный медицинский университет

Наследственная тирозинемия 1 типа (НТ1), впервые описанная М. Baber в 1956 г., представляет собой редкое (орфанное) наследственное метаболическое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, связанное с нарушением обмена аминокислоты тирозин, получаемой из пищевого белка и синтезируемой эндогенно из фенилаланина. Частота НТ1 в различных популяциях колеблется в пределах 1: 100–200 тыс. живых новорождённых, более высокая заболеваемость наблюдается в некоторых регионах, таких как канадская провинция Квебек, а также на западе Финляндии и в Бирмингеме. На сегодняшний день известны 78 мутаций, вызывающих тирозинемия 1-го типа, которые зарегистрированы во всём мире, за исключением Центральной Америки и островов Океании.

Заболевание обусловлено мутациями в гене фермента фумарилацетоацетазы (фумарилацетогидролазы – FAN). Фермент фумарилацетоацетаза осуществляет в норме конечный этап деградации тирозина с образованием нетоксичных фумарата и ацетоацетата. В результате генетически обусловленного дефекта распад тирозина осуществляется по альтернативному патологическому пути с образованием высокотоксичных сукцинилацетона, малеилацетоацетата, фумарилацетоацетата, которые, будучи митохондриальными токсинами, тормозят фосфорилирование и блокируют цикл Кребса. Накопление этих токсинов приводит к прогрессирующему заболеванию печени с развитием печёночной недостаточности, цирроза, тяжёлой коагулопатии; формированием ренальной тубулопатии, гипофосфатемического рахита, синдрома Фанкони; развитием гипертрофической кардиомиопатии, а также формированию тяжёлой неврологической симптоматики.

Цель исследования: проанализировать особенности анамнеза и клинической картины наследственной тирозинемии 1 типа у ребёнка грудного возраста. 1. Сбор и анализ литературных данных. 2. Сбор жалоб, анамнеза заболевания у больного и его родителей. 3. Выкопировка данных из истории развития больного и истории болезни стационарного больного. Ребенок С., 5 месяцев жизни, 11.04.2018 г. поступил в приёмное отделение ГБУЗ «ДГКБ им. Г.К. Филиппского» г. Ставрополя с жалобами на задержку прибавки роста, резкое вздутие живота, запоры, обесцвеченный стул, мелкоточечные кровоизлияния на коже нижних конечностей, вздрагивание во сне. После проведения дезинтоксикационной, регидратационной и симптоматической терапии ребенок обследовался в условиях гастроэнтерологического отделения.

По данным лабораторного обследования: на момент поступления у ребёнка в гемограмме отмечалась анемия (эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 99 г/л.), лейкоцитоз ($14 \cdot 10^9/л$) без выраженного сдвига формулы влево, тромбоцитопения ($61 \cdot 10^9/л$); в биохимическом анализе крови: гипопротейнемия (общий белок 45,0 г/л), незначительная билирубинемия с преобладанием непрямой фракции (общий билирубин – 29,3 ммоль/л., прямой – 10,34 ммоль/л), низкая цитолитическая активность (АСТ – 63 ед/л., АЛТ – 38,0 ед/л.); признаки гипокоагуляции: АЧТВ 82,7“, МНО 6,2, ПТВ 61,1 сек., ПТИ 20%, фибриноген 0,6 г/л. В ходе диагностического поиска проведены обследования: Рентгенография органов грудной полости: признаки отёчно-интерстициального синдрома, тимомегалия 2 ст. УЗИ органов брюшной полости: резко-выраженная гепатомегалия, с диффузными изменениями паренхимы органов, спленомегалия. Диффузные изменения

поджелудочной железы. Увеличение размеров почек с диффузными изменениями в их паренхиме. Признаки асцита. УЗИ почек: отёчно-инфильтративные изменения обеих почек (большие белые почки). КТ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, за счёт увеличения левой доли. Небольшое количество жидкости по нижнему краю печени. Увеличение размеров селезенки. Увеличение полостных элементов почек и их дилатация. Снижение накопительной функции почек. КТ головы с контрастированием: признаки открытой наружной гидроцефалии. ЭХО-графия головного мозга: субдуральное скопление жидкости по межполушарной борозде и лобных областях, признаки дилатации боковых желудочков головного мозга. Пациент был консультирован генетиком – диагноз «Цирроз печени неуточненного генеза. Гепатоспленомегалия. Асцит», гематологом – «Коагулопатия вторичная, на фоне цирроза печени, печёночной недостаточности 2-3 ст., неизвестного генеза. Гиперспленизм (анемия, тромбоцитопения)», нефрологом – «Врождённая аномалия органов мочевой системы: удвоение ЧЛС, двусторонняя пиелозктазия». При дообследовании по рекомендации генетика получены следующие результаты: 1) Определение уровня органических кислот в моче: 4-гидрокси-фенилацетат – 6,31 мМ/М креатинина (N 6-28), 4-гидрокси-фенилпируват – 2014,75 мМ/М креатинина (N 0-2), сукцинилацетон 215,85 мМ/М креатинина (N 0-2), 4-гидрокси-фениллактат 2234,26 мМ/М креатинина (N 6-28), фениллактат – 23,75 мМ/М креатинина (N 0-2).

Заключение: в моче повышена концентрация ряда метаболитов – данные изменения характерны для тирозинемии. 2) Определение сукцинилацетона в моче – 62,16 мМ/М креатинина (N 0-2). Заключение: резкое повышение концентрации сукцинилацетона в моче, установлен диагноз «Тирозинемия 1 типа». 3) В ходе ДНК диагностики методом ПЦР-ПДРФ пациенту проведён тест на частные мутации в гене FAN (MIM 613871, транскрипт (RefSeq: NM_000137.2), диагноз – тирозинемия 1 тип, аутосомно-рецессивный тип наследования. Обнаружена мутация p.Pro 3241Leu (NM_000137.2: c. 1025 C>T) в гомозиготном состоянии. Вариант описан в базах данных (dbSNP; rs779040832 и HGMD; CM940753).

Таким образом, в наблюдаемом нами случае диагноз тирозинемии 1 типа был верифицирован на основании типичных клинических данных, подтверждён биохимическими и молекулярно-генетическими методами исследования. Ведущими синдромами являлись гепатоспленомегалия, коагулопатия, одновременное повышение цитолитической активности и уровней билирубина, анемия, тромбоцитопения и признаки острого рахита в анамнезе, что является характерными синдромами для манифестации тирозинемии 1 типа у детей после 4-х месячного возраста.

Список литературы.

1. Намазова-Баранова Л.С., Волынец Г.В., Никитин А.В., Скворцова Т.А., Карулина А.С., Смирнов И.Е., Бушуева Т.В., Конова С.Р., Ильин А.Г., Курбатова О.В., Потапов А.С., Геворкян А.К. Пошаговая диагностика наследственной тирозинемии 1-го типа у детей. Российский педиатрический журнал, 2016, 19 (3): 132–137. doi: 10.18821/1560-9561-2016-19(3)-132-137.
2. Couce M.L., Sánchez-Pintos P., Aldámiz-Echevarría L., Vitoria I., Navas V., Martín-Hernández E., García-Volpe C., Pintos G., Peña-Quintana L., Hernández T., Gil D., Sánchez-Valverde F., Bueno M., Roca I., López-Ruzafa E., Díaz-Fernández C. Evolution of tyrosinemia type 1 disease in patients treated with nitisinone in Spain Medicine (Baltimore). 2019; 98(39): e17303. doi: 10.1097/MD.00000000000017303.
3. Kvittingen E.A., Jellum E., Stokke O. Assay of fumarylacetoacetate fumarylhydrolase in human liver-deficient activity in a case of hereditary tyrosinemia. Clin Chim Acta 1981; 115(3): 311–319. DOI: 10.1016/0009-8981(81)90244-8.
4. St-Louis M., Leclerc B., Laine J., Salo M.K., Holmberg C., Tanguay R.M. Identification of a stop mutation in five Finnish patients suffering from hereditary tyrosinemia type I. Hum Mol Genet 1994; 3(1): 69–72. DOI: 10.1093/hmg/3.1.69.

5. Linstedt S., Holme E., Lock E., Hjalmarson O., Strandvik B. Treatment of hereditary tyrosinemia type I by inhibition of 4-hydroxyphenylpyruvate dioxygenase. Lancet 1992; 340: 813–817. doi: 10.1016/0140-6736(92)92685-9.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ, ЛАБОРАТОРНЫМИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кочнева Л.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Большое количество исследований, проведенных за последнее десятилетие, подтверждают актуальность исследования показателей качества жизни (КЖ) при хронических заболеваниях, склонных к прогрессированию и возникновению осложнений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности пациентов [1]. Согласно современным статистическим данным, целиакия (CD) представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, так как выявляется в большинстве стран мира с частотой 1:100-1:250 случаев или 0,5-1% [2]. Несмотря на широкое распространение в мире исследований по изучению параметров КЖ пациентов при различных патологических состояниях, вопросы влияния CD на отдельные компоненты КЖ в детской популяции остаются малоизученными [3,4].

Цель исследования: комплексный анализ клинико-антропометрических, лабораторных, серологических, морфологических показателей и аспектов качества жизни детей и подростков с целиакией в активном периоде заболевания. Материалы и методы. Проанализировано КЖ и антропометрические (масса тела, длина тела, ИМТ), клинико-лабораторные, серологические показатели 100 пациентов в остром периоде целиакии в возрасте 1-18 лет. Мальчиков было 39%, девочек – 61%. КЖ изучено с использованием общего опросника PedSQL 4.0., включающего оценку физического (ФФ), эмоционального (ЭФ), социального (СФ), ролевого (РФ) и суммарную оценку (СО КЖ). Статистическая обработка, анализ данных проведены с помощью ПО AtteStat, Statistica 10.0. Для оценки связи между показателями использовали коэффициент парной корреляции Пирсона (r), Спирмена. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. В периоде клинической манифестации заболевания статистически значимые взаимосвязи связи между параметрами КЖ и изменениями серологических, биохимических, морфологических показателей как, по мнению родителей, так и, по мнению детей и подростков не подтверждены. По мнению родителей пациентов, установлены достоверные отрицательные корреляционные связи между ФФ пациентов и Z-score массы тела ($r = -0,35$, $p = 0,04$), перцентилем массы тела ($r = -0,26$, $p = 0,04$); между СФ и Z-score массы тела ($r = -0,33$, $p = 0,02$), перцентилем массы тела ($r = -0,34$, $p = 0,01$); РФ и Z-score массы тела ($r = -0,35$, $p = 0,01$), перцентилем массы тела ($r = -0,34$, $p = 0,03$). Анализ суммарной оценки КЖ также выявил достоверную отрицательную связь с Z-score массы тела ($r = -0,36$, $p = 0,03$) и перцентилем массы тела ($r = -0,35$, $p = 0,04$). Обнаружена достоверная ($p = 0,04$) положительная связь между ЭФ пациентов и Z-score длины тела $r = 0,28$ и достоверные отрицательные связи ролевого функционирования и Z-score длины тела ($r = -0,35$, $p = 0,04$) и перцентиля длины тела ($r = -0,34$, $p = 0,03$). Между Z-score ИМТ и РФ установлена достоверная ($p = 0,03$) положительная связь $r = 0,35$. По мнению пациентов, выявлена отрицательная связь между РФ и Z-score длины тела ($r = -0,52$, $p = 0,01$) и перцентилем длины тела ($r = -0,50$, $p = 0,03$).

Были проанализированы основные клинические симптомы пациентов в остром периоде СД и выявлен ряд корреляционных взаимосвязей со шкалами общего опросника. Так, по мнению детей и подростков, выявлены статистически значимые корреляции среди так называемых «больших» симптомов заболевания: увеличение размеров живота и СФ ($r=0,32$, $p=0,05$), рецидивирующие боли в животе и ЭФ ($r=0,31$, $p=0,05$), ФФ ($r=0,49$, $p=0,04$), раздражительность и РФ ($r=0,35$, $p=0,05$). Среди «малых» клинических симптомов обнаружена достоверная ($p=0,05$) слабая положительная связь болей в костях, ногах и ФФ ($r=0,47$, $p=0,05$).

Заключение. Полученные результаты показывают индивидуально-личностные особенности детей и подростков с СД, которые влияют на их субъективную оценку КЖ. Проведённое исследование свидетельствует о том, что между отдельными компонентами КЖ и антропометрическими параметрами, клинической характеристикой пациентов существуют взаимосвязи. Отношения шкал КЖ и антропометрических показателей пациентов с СД проявляется неравномерно в периоде клинической манифестации заболевания как по мнению пациентов, так и по мнению их родителей.

Список литературы.

1. Вихарева Е.Г., Баранов А.А., Винярская И.В., Третьякова Т.В., Черников В.В. Влияние типа личности подростков на показатели качества их жизни. Российский педиатрический журнал. 2018; 21(2): 93-96.
2. Парфенов А.И., Быкова С.В., Сабельникова Е.А. и др. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Терапевтический архив. 2017; 89(3): 94-107.
3. Singh P, Arora A, Strand TA, Leffler DA, Catassi C, Green PH, et al. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2018;16(6):823–36.
4. Rostami K., Bold J., Parr A., Johnson M. Gluten-free diet indications, safety, quality, labels, and challenges. Nutrients. 2017;9(8):846.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕ И ИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Кошелева А. В., Бойко В. С., Топчиу И. Ф.

Тюменский государственный медицинский университет

За последние десятилетия повсеместно регистрируется рост избыточной массы тела и ожирения особенно значимый у детей [1,2]. Актуальна проблема и среди детей, проживающих в ХМАО – Югре, так как данная территория относится к гипоконфортным природным условиям с сильным напряжением адаптационных систем организма [3,4]. Изучение изменений в состоянии здоровья детей приобретает все большее значение, так как социально-экономическое развитие нашей страны сопровождается миграцией в эти регионы больших контингентов населения. На Крайнем Севере формируется «полярный метаболический тип», который характеризуется переменной в работе всех видов обмена веществ – повышается потребность в белках, жирах, существенно уменьшается потребность в углеводах [6]. Значительные скачки напряженности геомагнитного поля, особенности фотопериодизма при полярном дне и полярной ночи и многие другие особенности условий Крайнего Севера оказывают действие на функции репродуктивной системы женщины в период гестации [7]. Именно поэтому необходимо уделить особое внимание на развитие осложнений, возникших в перинатальном исходе беременности и повлиявших на увеличение массы тела и ожирения у детей [8-9].

Целью исследования было проведение анализа распространенности ИМТ и ожирения на педиатрическом участке №3 БУ ХМАО – Югры «Кондинская районная больница», а также оценка факторов риска формирования ожирения.

В основу работы положены результаты обследования 965 детей 4-18 лет, проживающих в п.г.т. Междуреченский ХМАО – Югра. Исследование проводилось на базе педиатрического участка №3 с помощью антропометрических методик (измерение роста и веса), определение индекса массы тела. Полученные данные вносились и оценивались с помощью программного средства ВОЗ Anthro, позволяющее рассчитать SDS ИМТ и оценить их в соответствии с действующими нормами ВОЗ [5]. Комплексная оценка состояния здоровья, наличие факторов риска анализировалась по амбулаторной документации (форма 112/у) на педиатрическом участке.

Из 965 обследуемых детей 68 человек (7,1%) имели ИМТ и ожирение. Частота встречаемости избыточной массы тела составила 5,9% (57), кроме того, 1,2% (11) человек страдали ожирением. У девочек ожирение встречалось чаще, а избыточная масса тела составила у мальчиков и у девочек равное соотношение. Следует отметить, что ИМТ чаще всего встречалась в группе детей от 10-12 лет. Установлено, что за 2018-2019 года произошло значимое увеличение детей с избыточной массой тела в 1,2 раза. Анализ форм 112/у продемонстрировал следующие особенности анамнеза у детей с ИМТ и ожирением: наличие ожирения у родителей, раннее введение прикорма, наличие СД 2 типа у близких родственников.

По результатам исследования можно сделать вывод, что количество детей с ИМТ и ожирением от общего числа наблюдаемых составляет 7%. При этом высокий риск возникновения заболевания был у детей, рожденных у матерей с ожирением и сахарным диабетом в анамнезе. Следовательно, полученные данные говорят о необходимости проведения дальнейших исследований в данном округе и осуществление работ по профилактике возникновения ИМТ и ожирения среди детей.

Список литературы.

1. Ватаманюк Г. В. Предикторы развития крупного плода / Г. В. Ватаманюк, М. С. Уджмаджуридзе // Сб. научн. тр. / Неделя молодежной науки – 2020. -Тюмень, 2020. – С.27.
2. Макарова Е. Л. Оценка факторов риска развития избыточной массы тела и ожирения у женщин репродуктивного возраста / Е. Л. Макарова, А. А. Олина, М. М. Падруль // Анализ риска здоровью. – 2020. - №2. – С. 38-46.
3. Полякова В. А., Шевлюкова Т. П., Кручинин Е. В., Максюкова Е. Н., Лукашенко А. В., Мокин Е. А. Способ определения тактики терапевтического ведения пациенток с морбидным ожирением, метаболическим синдромом и гормональными нарушениями (GUNESTERPAT PRO) // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019615851, 14.05.2019. Заявка № 2019614093 от 15.04.2019.
4. Сандакова Е. А. Фетальное программирование / Е. А. Сандакова, И. Г. Жуковская // Медицинский алфавит. – 2019. - №14. – С. 17-20.
5. Сметанина С. А. Оценка частоты избыточной массы тела и ожирения, как фактора риска сахарного диабета 2 типа, на педиатрическом участке у детей, проживающих в ХМАО / С. А. Сметанина, Е. Н. Соловьева // Сб. научн. тр. / Сахарный диабет, его осложнения и хирургические инфекции Сборник тезисов III Всероссийской конференции с международным участием. – 2019. – С. 59.
6. Чабанова Н. Б. Роль алиментарных факторов и ожирения у беременных женщин в развитии акушерской и перинатальной патологии / Н. Б. Чабанова, С. И. Матаев, Т. Н. Василькова, Т. П. Шевлюкова, И. А. Трошина // Вопросы питания. – 2017. - №4 – С. 6-21.
7. Чабанова Н. Б. Значение висцерального ожирения в увеличении риска гестационного сахарного диабета у женщин в зависимости от индекса массы тела / Н. Б.

Чабанова, Т. Н. Василькова, Т. П. Шевлюкова // Университетская медицина Урала. – 2018.- № 4.– С. 44-45.

8. Чабанова Н. Б., Василькова Т. Н., Полякова В. А., Комаров А. П. Способ прогнозирования массы тела новорожденного по совокупности факторов риска в I триместре беременности (PROGNNEO) // Свидетельство о регистрации программы при ЭВМ RU 2018618311, 11.07.2018, заявка № 2018616197 от 13.06.2018.

9. Юшина К. А. Гестационный сахарный диабет у жительниц Крайнего Севера / К. А. Юшина, А. В. Тяпкин, Е. Н. Соловьёва // Сб. научн. тр. / Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации.– Тюмень, 2019. – С. 40-41.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У РЕБЕНКА

Кругликова А.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Неспецифический язвенный колит (НЯК) на сегодняшний день остается одной и наиболее сложных проблем в гастроэнтерологии. В основе данной патологии лежит хроническое неспецифическое диффузное воспалительно-язвенное поражение слизистого и подслизистого слоя прямой и толстой кишки, что обуславливает клиническую картину, проявляющуюся в виде болей в животе, тенезмов, обстипацией, кишечных кровотечений, частого жидкого стула с примесью крови и гноя. Также НЯК может проявляться различными внекишечными проявлениями в виде потери веса, слабости и тошноты, что обуславливает определенные трудности в ранней постановке диагноза и лечения этого заболевания [1]. Распространенность НЯК сохраняется постоянной, но варьирует в зависимости от региона. Он максимально распространен в странах Северной Европы и США (15:100 тыс. чел.), минимально – в Японии и Южной Африке (1:100 тыс. чел.) [2]. Дети имеют обусловленные возрастом особенности, такие как рост, половое развитие, питание, особенности минерализации костей, а также психосоциальные особенности. Необходимо отметить, что протяженность и раннее начало болезни ассоциируется с тяжестью ее течения. Таким образом, НЯК с началом в детском возрасте требует более жесткого подхода к диагностике и лечению по сравнению с язвенным колитом у взрослых. Для определения ремиссии, степени активности НЯК, а также в качестве критерия ответа на проводимое лечение рекомендуют пользоваться педиатрическим индексом активности язвенного колита – Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index, PUCAI. Данный индекс определяется путем сбора клинических данных об активности болезни и не включает результаты эндоскопии или лабораторные показатели, т.е. легко применим в повседневной практике. Однако диагноз детского НЯК должен базироваться на сочетании целого комплекса исследований. Стоит отметить, что во всех случаях рекомендуется проведение эзофагодуоденоскопии (ЭФГДС) для исключения болезни Крона [3].

Изучена история болезни ребенка 9 лет с неспецифическим язвенным колитом и подробно описаны в статье история заболевания, клинические проявления, лабораторно-инструментальные особенности, методы терапии. Пациент К., 9 лет, находился на лечении в стационаре с жалобами на периодические боли по ходу кишечника, послабляющий стул до 5 раз в день с прожилками крови (тип 6 по Бристольской шкале формы кала). Болеет на протяжении года. Несмотря на проводимую базисную терапию сульфасалазином и гормональными препаратами, за этот период наблюдалось 4 обострения заболевания в связи с чем, неоднократно лечилась в стационаре (последняя госпитализация была 5

месяцев назад). Состояние ухудшилось 3 недели назад, когда участился стул до 5 раз в день с прожилками крови. Состояние средней степени тяжести за счет болевого и диспептического синдромов. АД 95/60 мм рт. ст., ЧСС 88 уд. мин. Вес 25 кг, рост 133 см, физическое развитие среднее гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Дыхание свободное, через нос. Число дыхательных движений – 19 в минуту. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичны, шума нет. Живот обычной величины и формы, симметричный. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Диурез не изменен.

Были проведены следующие лабораторные исследования: 1. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево. 2. Биохимический анализ крови: снижение содержания железа и ферритина. 3. Определение циркулирующих иммунных комплексов: 51 Ед (до 25 Ед). 4. Коагулограмма: без патологий. 5. Кoproграмма: кал коричневого цвета, неоформленный, неперевариваемая клетчатка – 0-1, перевариваемая клетчатка – с внутриклеточным крахмалом 8-10, крахмальные зерна – в умеренном количестве, эритроциты – 2-4-6, простейшие и яйца гельминтов не обнаружены. 6. Анализ кала на скрытую кровь: положительный. 7. Анализ кала на флору: дисбактериоз (увеличение количества энтерококков и снижение количества *E. coli* с нормальной ферментативной активностью). 8. ЭФГДС с биопсией из антрального отдела желудка: эритематозная гастропатия. 9. Колоноскопия со ступенчатой биопсией: НЯК: умеренная активность. Был выставлен диагноз ХВЗК: НЯК (панколит), умеренно активный, гормонозависимая форма, непрерывно рецидивирующий, средней степени тяжести, обострение. Хронический неатрофический, умеренно выраженный, средней степени активности гастрит, без атрофии и метаплазии, НР+. Активный дуоденит. Аномальный желчный пузырь. Вторичное нарушение микробиоты кишечника. В настоящее время пациент получает базисную терапию препаратами аминосалициловой кислоты, гормональную терапию, решается вопрос о назначении цитостатиков с целью поддержания ремиссии.

Таким образом, мы видим вариант гормонозависимой формы, которая обостряется после отмены гормональных препаратов и требует подбора индивидуальной схемы лечения с целью поддержания ремиссии. Диагноз детского НЯК выставляется совместно педиатром, гастроэнтерологом, эндоскопистом, патоморфологом и должен базироваться на сочетании нескольких параметров: жалоб, анамнеза, тщательного осмотра пациента, результатов илеоколоноскопии с множественной биопсией и гистологического исследования биоптатов.

Список литературы.

1. Луговкина А.А. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита / А.А. Луговкина, Л.О. Рудакова, Н.А. Крюкова, А.А. Бессонов, В.В. Скворцов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – №4. – С. 10-16.
2. Ватутин Н.Т. Неспецифический язвенный колит / Н.Т. Ватутин, А.Н. Шевелёк, В.А. Карапыш, И.В. Василенко // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – №4. – С. 62-65.
3. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита / В.Т. Ивашкин и др. // Колопроктология – 2017. – №1 (59). – С. 6-30.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИММУННОЙ ОСТЕОХОНДРОДИСПЛАЗИИ ШИМКЕ

Кубанова Л.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Иммунная остеохондродисплазия Шимке – редкое мультисистемное аутосомно-рецессивное заболевание. Частота 1:2000000. Большинство пациентов умирают до 20 лет от инфекционных осложнений (23%), инсульта (17%), почечной недостаточности (15%), легочной гипертензии и сердечной недостаточности (15%), посттрансплантационных осложнений (9%), лимфопролиферативных заболеваний (9%), желудочнокишечных кровотечений (6%) и др.[1]. Обязательными клиническими проявлениями являются отставание в физическом развитии и нефротическим синдромом. У больных непропорционально короткое туловище, платиспондилия, аномально маленькие вертлужные впадины, дисплазия головки бедренной кости и др. Терапия гормоном роста неэффективна. Нефротический синдром дебютирует в среднем с 4,5 лет, не поддается иммуносупрессивной терапии. Терминальная почечная недостаточность развивается к 8,7 годам [2]. Часто встречаются множественная стигматизация и пятна «кофе с молоком», атеросклероз, не поддающийся коррекции гиполипидемическими препаратами, стойкая артериальная гипертензия, 97% больных имеют клеточный дефицит иммунитета и других ростков кроветворения, не поддающийся лечению колониестимулирующими факторами, у 42% - субклинический гипотиреоз, 47% страдают от транзиторных ишемических атак, у 44% возникает инсульт. У некоторых больных развивается эмфизема легких, рестриктивная болезнь [3]. Причина заболевания в биаллельной мутации гена SMARCA1, кодируемый им белок обладает активностью геликазы и АТФазы и регулирует транскрипцию определенных генов, изменяя структуру хроматина вокруг них. Фенотип заболевания зависит от типа мутации: при нонсенс- и сплайсинг-мутациях, делеции, сдвиге рамки считывания заболевание протекает тяжелее, клиническая картина включает и экстраренальные проявления, а средний возраст смерти ниже; при миссенс-мутации фенотип включает остеохондродиспластические проявления и нефротический синдром, при этом тяжесть почечного поражения не зависит от типа мутации [1]. Пациентам проводится базисная посиндромная терапия, методами, способными продлить жизнь, являются трансплантация почек и костного мозга. Однако пока нет способов замедлить прогрессирование атеросклероза и снизить риски инсульта, предотвратить лимфопролиферативные и аутоиммунные заболевания [2].

Клиническое наблюдение пациента. Анализ медицинской документации.

Пациент А., 28.06.2020 г.р., от 1 беременности, протекавшей с гестозом с 26 недели, роды путем ОКС, рост 45 см, масса 1760 г. Вакцинация: БЦЖ, АКДС 1. Наследственность не отягощена. С рождения рецидивирующие бронхиты, отставание в физическом развитии. С 2 лет сколиоз. В 3 года появилась протеинурия 0,3 – 3 г/л. К 4 годам протеинурия до 4,3 г/л, гипопроteinемия. Проводилась терапия альбумином, преднизолоном, пульс-терапия метилпреднизолоном без эффекта. В 4,5 года установлен диагноз стероид-резистентный нефротический синдром. В 5 лет в НИИ педиатрии им. академика Ю.Е.Вельтищева установлен диагноз первичный иммунодефицит: синдром Шимке (мутации в гене SMARCA1 с.762C>A р.Tyr254* с.254G>T р.Glu848*), рекомендована регулярная заместительная терапия альбумином и ВВИГ. К 6 годам появились гиперхолестеринемия и эпизоды ишемических атак, стойкая пастозность конечностей. При госпитализации в 6 лет 3 мес. в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева для иммунологического обследования выявлено выраженное снижение CD4 0,189*106/мл, CD8 0,08*106/мл и TREC, KREC. На МРТ головного мозга данных о патологии не получено. Нефротический синдром, ХБП С1-2А3. К терапии добавлен профилактический прием антибиотиков, рекомендована трансплантация костного мозга с последующей/предшествующей трансплантацией почки в центрах, имеющих подобный

опыт. С октября 2019г. по июнь 2020г. 8 раз был госпитализирован в КДКБ, наблюдалось стойкое нарастание уровня протеинурии (от 3 до 15 г/л), креатина в крови (53 – 506 ммоль/л), холестерина (6,2 – 17,8 ммоль/л), снижение СКФ (89 – 9 мл/мин). 10 июня 2020г. поступил в реанимационное отделение с правосторонней полисегментарной пневмонией, гидротораксом, тяжелой анемией, гидроперикардом. На фоне интенсивной посиндромной терапии состояние ребенка прогрессивно ухудшалось. 29.06.2020 ребенок умер.

Посмертный диагноз: Основной: Иммунная остеохондродисплазия Шимке, прогрессирующее течение. Терминальная почечная недостаточность. ХБП С5Д. Программный гемодиализ. Осложнения: Симптоматическая артериальная гипертензия. Уремическая кардиомиопатия, экссудативный перикардит. НК 2б-3. Двусторонняя полисегментарная пневмония. Экссудативный плеврит. ДН 2-3 ст. Отек легких. Уремическая энцефалопатия, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Отек головного мозга. Анемия 2-3 степени. ДВС-синдром. Сопутствующий: Анизометропия. Дальновзоркость высокой степени обоих глаз. Амблиопия рефракционная средней степени левого глаза. Задержка физического развития. Первичный гипотиреоз, стадия субкомпенсации. Пациент имел биаллельную нонсенс-мутацию. Тяжесть течения заболевания в данном случае соответствовала описываемой при данном типе мутации.

Список литературы.

1. Baradaran-Heravi A, Lange J, Asakura Y, Cochat P, Massella L, Boerkoel CF. Bone marrow transplantation in Schimke immuno-osseous dysplasia. *Am J Med Genet A*. 2013 Oct;161A(10):2609-13. doi: 10.1002/ajmg.a.36111. Epub 2013 Aug 15. PMID: 23950031; PMCID: PMC3788057

2. Lipska-Ziętkiewicz BS, Gellermann J, Boyer O, Gribouval O, Ziętkiewicz S, Kari JA, Shalaby MA, Ozaltin F, Dusek J, Melk A, Bayazit AK, Massella L, Hyla-Klekot L, Habbig S, Godron A, Szczepańska M, Bieniasz B, Drożdż D, Odeh R, Jarmużek W, Zachwieja K, Trautmann A, Antignac C, Schaefer F; PodoNet Consortium. Low renal but high extrarenal phenotype variability in Schimke immuno-osseous dysplasia. *PLoS One*. 2017 Aug 10;12(8):e0180926. doi: 10.1371/journal.pone.0180926. PMID: 28796785; PMCID: PMC5552097

3. Morimoto M, Choi K, Boerkoel CF, Cho KS. Chromatin changes in SMARCA1 deficiency: A hypothesis for the gene expression alterations of Schimke immuno-osseous dysplasia. *Nucleus*. 2016;7(6):560-571. doi:10.1080/19491034.2016.1255835

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Кубанова Л.Т., Хачирова Л.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одним из основных инструментов для систематизации данных о первичных иммунодефицитах (ПИД) в мире считается создание регистров, являющихся платформой для эпидемиологического анализа, идентификации новых генов, разработки диагностических и терапевтических стратегий. Этнические и географические различия многонациональной России могут существенно влиять на частоту и структуру ПИД, поэтому региональные эпидемиологические данные представляют значительный интерес [1,2,3]. Клинико-лабораторные данные в соответствии с критериями Европейского общества иммунодефицитов (European Society for Immunodeficiencies. Registry Working Party Diagnosis criteria; 2018). Молекулярно-генетическое исследование методом прямого

секвенирования по Сенгеру или полногеномного секвенирования нового поколения (NGS) в лаборатории молекулярной биологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России.

В период с 2009 г. по июль 2020 г в Ставропольском крае (СК) зарегистрировано 88 пациентов с ПИД. На конец июля 2020 г. 79 (87,4%) пациентов живы, 6 (6,9%) умерли, 3 (3,4%) потеряны для наблюдения. Минимальная распространенность ПИД в СК рассчитана, как 3,1:100 000 населения. Соотношение пациентов женского и мужского пола составило 1:2,03. В когорте живых пациентов с ПИД преобладают дети – 59 (74,7%), в группу взрослых пациентов входит 20 (25,3%) человек. Медиана возраста педиатрической когорты регистра СК – 7 (3 мес.; 17 лет) лет, взрослых пациентов – 26 (18; 74) лет [2]. Основные группы ПИД представлены 27-ю нозологическими формами. Наиболее частыми являются дефекты гуморального звена (44,3%), на втором месте по распространенности находятся комбинированные иммунные нарушения с синдромальными проявлениями – 15,9%, на третьем – нарушения фагоцитоза (10,2%), на четвертом – аутовоспалительные заболевания и дефекты системы комплемента, представленные в равных долях – 8%, на пятом – комбинированные иммунодефициты (6,8%) и нарушения иммунной регуляции (4,5%). На долю неуточненных ПИД приходится 2,3%. У пациентов всех групп имела место существенная задержка постановки диагноза, которая колебалась от 2-х до 10 месяцев у пациентов с комбинированными иммунодефицитами, от 5 мес. до 3-х лет у больных с дефектами иммунной регуляции, от 2-х мес. до 3-х лет при аутовоспалительных заболеваниях, до 10-ти лет при дефектах фагоцитоза и до 50-ти лет у взрослых больных с нарушениями в системе комплемента. Медиана задержки постановки диагноза ПИД в СК составила 2,9 (0; 51) года. У детей заболевание диагностировалось быстрее (медиана – 2,6 года), чем у взрослых (медиана – 3,5 лет), $p < 0,001$.

Генетическое исследование проведено у 45,5% пациентов, молекулярно-генетический диагноз установлен в 38,6% случаев, что составило 85% от числа протестированных. Радикальная иммунореконструктивная терапия в виде трансплантации гемопоэтических клеток осуществлена у 10 (11,4%) детей. В заместительной терапии препаратами внутривенных иммуноглобулинов из 79 живых пациентов нуждается 23 (29,1%) человека. Регулярно получают лечение – 16 (20,2%) больных. У 5 взрослых пациентов заместительная терапия проводится нерегулярно. Двое детей не получают лечение в связи с отказом родителей. Непрерывная профилактическая противомикробная терапия проводится у 17,7% пациентов. Заместительную терапию ГКСФ (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор) получает 6 (7,6%) пациентов, С1-ингибитором – 4 (5%), таргетную антицитокиновую терапию – 7 (8,9%), колхицин – 3 (3,8%) больных.

Список литературы.

1. Gholami K, Laali E, Abolhassani H, et al. Costs of Hospital Admission on Primary Immunodeficiency Diseases. *Iran J Public Health*. 2017;46(3):342-350.
2. King JR, Hammarström L. Newborn Screening for Primary Immunodeficiency Diseases: History, Current and Future Practice. *J Clin Immunol*. 2018;38(1):56-66. doi:10.1007/s10875-017-0455-x
3. Castagnoli R, Delmonte OM, Calzoni E, Notarangelo LD. Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Primary Immunodeficiency Diseases: Current Status and Future Perspectives. *Front Pediatr*. 2019;7:295. Published 2019 Aug 8. doi:10.3389/fped.2019.00295

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ

Кухта В.В., Тарасик Е.И., Ивкина С.С.

Гомельский Государственный Медицинский Университет

Реактивный артрит (РеА) – это асептическое воспалительное заболевание суставов, развивающееся в ответ на внесуставную инфекцию [1]. Диагноз реактивного хламидийного артрита ставится на основании диагностических критериев (Берлин, 1995 г.): периферический артрит (асимметричный, олигоартрит (поражение до 4 суставов), преимущественное поражение суставов ног); инфекционные проявления (диарея, уретрит в течение 4 недель до развития артрита); лабораторное подтверждение инфекции (необязательно, но желательно при наличии выраженных клинических проявлений инфекции; обязательно при отсутствии явных клинических проявлений инфекции) [2]. Частота РеА в структуре ревматических заболеваний колеблется от 8,6 до 41,1%. Лабораторными тестами для подтверждения артритагенной инфекции являются культуральный анализ, полимеразная цепная реакция, серологическое обследование, иммунофлюоресцентная микроскопия [3].

Было проанализировано 27 карт стационарного пациента детей, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении в Гомельской областной детской клинической больнице с января по июль 2020 года. За 7 месяцев пролечено 27 детей в возрасте от 2 до 17 лет, из них 9 (33,3%) мальчиков и 18 (66,7%) девочек. При анализе физического развития пациентов было выявлено, что у 19 (70%) детей гармоничное физическое развитие, у 5 (18,5%) человек – дефицит массы тела I степени, а у 3 (11,5%) человек – избыток массы тела I-II степени. Основными жалобами у детей при поступлении в стационар были (таблица 1): Таблица 1 – Распределение жалоб у пациентов с реактивным артритом. Жалоба Количество человек, % Боль в суставе 27 (100%) Ограничение движений 6 (22,2%) Кашель 1 (3,7%) Повышение температуры 3 (11,1%) Хромота 10 (37%) Отечность сустава 8 (29,6%) Сыпь 2 (7,4%) Головная боль 1 (3,7%) Головокружение 1 (3,7%) Таким образом, пациенты с реактивным артритом чаще всего жаловались на боль в суставе, хромоту, а также на отечность сустава и ограничение движений в нем. Согласно полученным данным, чаще всего встречался реактивный артрит коленного сустава, затем – РеА тазобедренного и голеностопного суставов, а также РеА I плюснефалангового сустава и реактивный полиартрит. Воспалительный процесс, как правило, был односторонним, имел острое течение. При изучении локального статуса были выявлены следующие данные (таблица 2): Таблица 2 – Изменения суставов. Локальный статус Количество человек, % Отечность 14 (51,9%) Гипертермия 4 (14,8%) Гиперемия 0 (0%) Боль 23 (85,2%) Изучая лабораторные показатели, были получены следующие данные: лейкоцитоз наблюдался у 4 (14,8%) детей, ускорение СОЭ у 3 (11,1%) детей, лимфоцитоз у 12 (44,4%) детей, повышение показателя С-реактивного белка у 26 (96,3%) детей, серомукоида у 10 (37%) детей. В результате анализа лабораторных показателей у пациентов с реактивным артритом чаще всего были повышены такие показатели, как: С-реактивный белок (96,3%), лимфоциты (44,4%), серомукоид (37%), а также циркулирующие иммунные комплексы (18,5%).

При анализе инструментальных исследований получены следующие результаты: 1. УЗИ пораженного сустава (исследование проведено 27 пациентам): синовит соответствующего сустава у 9 (33,3%) пациентов; 2. Рентгенография пораженного сустава (исследование проведено 27 пациентам): синовит соответствующего сустава у 1 (3,7%) пациента; 3. УЗИ органов брюшной полости (исследование проведено 27 пациентам): • изгиб желчного пузыря – 3 (11,1%) человека; • гиперплазия внутрибрюшных лимфатических узлов – 5 (18,5%) человек; • липоматоз поджелудочной железы – 1 (3,7%) человек; • гепатомегалия – 3 (11,1%) человека. Из данных показателей следует, что синовит соответствующего сустава на УЗИ был выявлен у 9 (33,3%) пациентов; на

рентгенограмме – у 1 (3,7%) пациента. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости чаще всего обнаруживались гиперплазия внутрибрюшных лимфоузлов (18,5%), изгиб желчного пузыря (11,1%) и гепатомегалия (11,1%). Изучая проведенное лечение пациентам с реактивным артритом, мы выделили основной перечень используемых препаратов и способов лечения (таблица 3): Таблица 3 – Перечень используемых препаратов и способов лечения реактивного артрита. Лечение Количество пациентов, % Колекальциферол+кальция карбонат 12 (4,4%) Омепразол 18 (66,7%) Ибупрофен 23 (85,2%) Цефотаксим 15 (55,6%) Магнитное поле на пораженный сустав 19 (70,4%) Гефал 11 (40,7%) Лазерное облучение крови 7 (25,9%) Димексид 9 (33,3%) Амброксол 4 (14,8%) Фенкарол 4 (14,8%). Все пациенты (27 человек, 100%) были выписаны с улучшением. Средние сроки госпитализации составили 11,9 дней (разбегка от 4 до 28 дней). Реактивный артрит – часто встречающееся заболевание у детей, характеризующееся поражением суставов. За 7 месяцев в педиатрическом отделении прошли лечение 27 детей, среди них преобладали девочки. Большинство детей, находящихся на стационарном лечении, имели гармоничное физическое развитие. Основными жалобами, на которые указывали дети при поступлении, были боль в суставе, хромота, а также ограничение движений в суставе. Наиболее часто встречался реактивный артрит коленного сустава, причем процесс, как правило, был односторонним. Среди лабораторных показателей превалировал лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка, серомукоида. При инструментальной диагностике выявлялся синовит пораженного сустава. Все пациенты (27 человек, 100%) были выписаны с улучшением. Средние сроки госпитализации составили 11,9 дней (от 4 до 28 дней).

Список литературы.

1. Алексеева, Е. И. Реактивные артриты у детей / Е. И. Алексеева, Е. С. Жолобова // Вопросы современной педиатрии. – №1. – Т. 2. – 2013. – С. 51 – 56.
2. Алиева, Д. М. Клинические варианты реактивного артрита у детей / Д. М. Алиева, С. В. Акбаров // Научно-практическая ревматология. – №4. – 2011. – С. 74 – 80.
3. Гулидова, Н. С. Клиническая динамика реактивного артрита у детей / Н. С. Гулидова, Е. В. Матвиенко, Н. Д. Кривдина, Н. С. Разинькова, И. Г. Хмелевская, Т. А. Миненкова // Вестник ВолГМУ. – Выпуск 2 (70). – 2019. – С. 78 – 81.

ЭТИОЛОГИЯ, МАНИФЕСТАЦИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Леднёва В.С., Бурлакина О.С., Коломацкая В.В., Рашепова Е.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

В современном мире аллергические заболевания представляют собой значимую проблему в связи с их широкой распространенности. Одно из ведущих мест в структуре аллергопатологии занимает атопический дерматит (50-60%) [1]. Неуклонный рост этого заболевания обусловлен многими факторами. Цель нашего исследования заключалась в выявлении наиболее частых причины возникновения атопического дерматита среди детского населения в Воронежской области, установления срока манифестации и оценки частоты встречаемости данной патологии у детей в возрасте от 1 до 10 лет.

Сбор исследуемых данных проводился с помощью анонимного анкетирования. Контингент детей для заполнения анкет был выбран среди пациентов ВОДКБ №2 инфекционный корпус в возрасте от 1 года до 10 лет. В анкетировании приняли участие 60 детей, чьи родители дали добровольное информированное согласие. Родителям пациентов была предложена анкета - объединенная единым исследовательским замыслом

системы вопросов. Математическая обработка результатов была проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. В ходе проведенной работы удалось выявить количество пациентов с атопическим дерматитом, и триггеры, которые спровоцировали его появление. У 16 из 60 детей (8 девочек и 8 мальчиков) был выявлен атопический дерматит, который диагностировали им до 1 года. У 6 детей атопический дерматит ассоциирован с аллергией к белкам коровьего молока. Данные дети находились на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью на основе коровьего молока, которая была заменена при выявлении данной патологии (всего на искусственном вскармливании из всех проанкетированных было 12 детей). У остальных 10 детей атопический дерматит ассоциирован с аллергией к пыльце растений. У 14 детей, страдающих атопическим дерматитом один или оба родителей, страдают аллергическим заболеванием. У двух детей в семье никто не более аллергией. По результатам всех 60 анкет: 4 родителей курили в присутствии ребёнка на первом году его жизни, во время беременности курила одна мать (у ее ребенка был диагностирован атопический дерматит). 20 детей находились в постоянном контакте с домашними животными на первом году жизни, из них атопическим дерматитом болеют двое, аллергия на шерсть животных, у них не была выявлена.

Таким образом, процент проанкетированных нами детей, страдающих атопическим дерматитом, составил 26,7%. У всех диагноз был выставлен до 1 года. Дети мужского и женского пола страдают данным заболеванием с одинаковой частотой. Причиной возникновения данного заболевания являлись аллергия к пыльце растений и белкам коровьего молока. Нашим исследованием было подтверждено, что атопический дерматит с большей вероятностью развивается у детей, которые имеют наследственную предрасположенность. Основываясь на данных проведенного исследования можно сделать заключение, что атопический дерматит остаётся актуальной проблемой, требуя ранней диагностики и профилактики, особенно у детей имеющих наследственную предрасположенность. Полученные нами данные интересны для дальнейшего исследования и полезны в клинической работе врачей педиатров с пациентами больными атопическим дерматитом.

Список литературы.

1. Котлуков В.К. Атопический дерматит в детском возрасте / Котлуков В.К., Казюкова Т.В., Айрапетян А.С., Антипова Н.В. //Медицинский совет. – Москва, 2015 – № 1 – С. 60-65
2. Макарова Н.Г. Пищевая аллергия и сенсibilизация у больных с атопическим дерматитом/ Макарова Н.Г., Сергеева И.Г., Криницына Ю.М., Денисов М.Ю.// Клиническая дерматология и венерология – Новосибирск, 2014 – С. 85-92

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ И СЕМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Лемачко Е. В., Минкова В. В., Зарянкина А. И.

Гомельский государственный медицинский университет

Острые респираторные инфекции – наиболее часто встречающиеся заболевания у детей и подростков во всем мире. Пневмонии, вызванные инфекционными агентами, являются опасными заболеваниями нижних дыхательных путей, которые могут приводить к летальному исходу. Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости и смертности, в мировом масштабе, обуславливает актуальность проблемы [1].

Целью исследования является определение особенностей течения очаговых и сегментарных форм внебольничных пневмоний у детей Гомельской области.

Было проанализировано 142 медицинские карты стационарного пациента детей, находившихся на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ) за период январь-сентябрь 2020 г. с диагнозом внебольничная пневмония. Исследуемую группу составили дети в возрасте от 0 до 14 лет, из них: 76 мальчиков (54%) и 66 девочек (46%). 63 ребенка госпитализированы с диагнозом очаговая пневмония, из них 35 мальчиков (56%) и 28 девочек (44%). Сегментарное поражение отмечалось у 79 детей: 41 мальчика (52%) и 38 девочек (48%). Среди госпитализированных с очаговой пневмонией дети первого года жизни составили 26 человек (41%), 2-3 года – 27 человек (43%), в возрасте 4-5 лет госпитализировано 5 детей (8%), 6-10 лет – 2 человека (3%), 11-14 – 3 человека (5%). С сегментарной пневмонией дети первого года жизни составили 34 человека (43%), 2-3 года – 17 человек (22%), 4-5 лет – 9 человек (11%), 6-10 лет – 12 человек (15%), 11-14 лет – 7 человек (9%). Из 63 детей с очаговой пневмонией 25 человек (40%) посещали дошкольные учреждения, школу. Из 79 детей с сегментарной формой пневмонии – 38 человек (48%).

Наиболее часто дети с пневмонией госпитализировались в зимне-весенний период, что говорит об увеличении числа заболевших в это время года. Установлено, что у 48 детей (76%) с очаговой формой пневмонии отмечается среднетяжелое течение заболевания, тяжелое течение отмечалось у 15 детей (24%). При сегментарной пневмонии среднетяжелое течение было у 59 детей (75%), тяжелое – у 20 (25%). Основными клиническими проявлениями очаговой пневмонии были: в 98% случаев (62 пациента) – кашель (у 37 детей (60%) – сухой, у 25 (40%) – влажный), у 59 детей (94%) – повышение температуры тела (до субфебрильных значений – у 15 человек (25%), до фебрильных значений – у 44 человек (75%). Признаки дыхательной недостаточности выявлены у 12 детей (19%): I степень диагностирована у 9 человек (75%), II степень – у 3 (25%). При аускультации выслушивались мелкопузырчатые хрипы у 42 детей (67%), ослабление дыхания – у 5 (8%), удлинение выдоха – у 15 детей (24%). При сегментарной пневмонии клиническая картина характеризовалась следующей симптоматикой: кашель отмечался у 78 человек (98%) (сухой – у 44 человек (56%), влажный – у 34 (44%)), повышение температуры тела – у 72 детей (91%) (субфебрильная температура отмечалась у 19 человек (26%), фебрильная – у 53 человек (74%)). Признаки дыхательной недостаточности выявлены у 18 пациентов (23%): I степень – у 12 человек (67%), II степень – у 6 человек (33%). При аускультации выслушивались мелкопузырчатые хрипы у 59 человек (75%), ослабление дыхания отмечалось у 6 детей (8%), удлинение выдоха – у 17 (22%). При анализе результатов клинического анализа крови у детей с очаговой пневмонией лейкоцитоз был выявлен в 44% случаев (28 детей). В 41% (у 26 детей) наблюдалось повышение СОЭ. У 22 детей (35%) показатели общего анализа крови оставались в пределах нормы. У пациентов с сегментарной пневмонией лейкоцитоз выявлен у 38 человек (48%), повышение СОЭ – у 23 (29%). Нормальные показатели общего анализа крови отмечались у 26 человек (33%). У 7 (11%) детей с очаговой пневмонией определен этиологический агент.

Основными возбудителями явились: у 2 человек (29%) – *Staph. Aureus*, единичные случаи: *Chlamydomphila pneumoniae*, *M. Pneumonia*, *Strept. Pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*. У детей с сегментарной пневмонией этиологический агент определен в 22% случаев (у 17 детей): у 5 детей (29%) – *M. Pneumonia*, у 3 (18%) – *Chlamydomphila pneumonia*, у 3 детей (18%) – смешанная флора (*M. Pneumonia* + *Chlamydomphila pneumoniae*), у 3 (18%) – *Staph. Aureus*, единичные случаи: *Klebsiella pneumoniae*, *Strept. Pneumoniae*, *Shigella*. При рентгенологическом исследовании правостороннее поражение легочной паренхимы у пациентов с очаговой формой пневмонии имело место у 35 (56%) пациентов, левостороннее – у 19 (30%), двустороннее

– у 9 (14%) человек. При сегментарной форме, правосторонняя локализации воспалительного процесса отмечалась у 39 (49%) человек, левосторонняя – у 33 (42%) человек, двусторонняя – у 7 человек (9%).

1. Наиболее часто внебольничной пневмонией, независимо от формы, болеют дети раннего возраста, дошкольники, посещающие организованные коллективы и дети младшего школьного возраста. 2. Наиболее часто пневмония у детей, как очаговая, так и сегментарная, протекает в среднетяжелой форме, имеет правостороннюю локализацию. 3. Отмечается низкий уровень этиологической диагностики пневмоний у детей. *M. Pneumonia* – наиболее часто определяемый агент при сегментарной пневмонии. 4. В картине крови, вне зависимости от формы пневмонии, преобладал лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Список литературы.

1. Сергеева Е. В. Внебольничная пневмония у детей. Современные особенности. / Е.В. Сергеева, С. И. Петрова // Педиатр. – 2016. - т.7 №3 – С. 5 – 6.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА НОЯ-ЛАКСОВОЙ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА

Логвинова А.Е., Верисокина Н.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Синдром Ноя–Лаксовой – редкое генетически-детерминированное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования и комплексом множественных летальных врождённых аномалий с преимущественным поражением нейроэктодермального и мезенхимального дисгистогенеза [1, 2]. Частота встречаемости синдрома Ноя – Лаксовой до настоящего времени неизвестна. В популяции данный синдром встречается крайне редко, в медицинской литературе описано около 75 клинических случаев. Заметно чаще синдром встречается в странах, где в силу национальных особенностей не запрещены близкородственные браки [3]. Патогенез малоизучен, имеются данные о том, что синдром возникает в результате мутаций в ряде генов, участвующих в биосинтезе L-серина [4].

В отделение реанимации и интенсивной терапии недоношенных детей ГБУЗ СК «СККПЦ №1» г. Ставрополя поступил ребёнок Н. От 4-й многоплодной беременности (1-я, 2-я беременность – самопроизвольные выкидыши в раннем сроке; 3-я беременность – роды путём ОКС, мальчик, здоров), протекавшей, со слов матери без особенностей. Роды 2, преждевременные, в 35 недель 4 дня. Путём операцией кесарево сечения. Родители в кровном родстве не состоят. Отец соматически здоров, мать страдает язвенной болезнью желудка, хроническим вирусным гепатит В. На учёте в женской консультации женщина состояла с 19 недель беременности. УЗИ в сроке 19 недель определило дихориальную, диамниотическую двойню, оба плода женского пола, масса первого плода составляла 300 граммов, второго – 278 граммов, грубых пороков развития на момент осмотра не выявлено. УЗИ в 31 неделю беременности выявило выраженную задержку внутриутробного развития второго плода с диссоциацией в весе 52% и ВПР ЦНС у этого же плода: микроцефалию с вентрикуломегалией. Были отмечены особенности профиля второго плода: уплощенный лоб, укорочение носовой кости, микрогнатия и ограничение подвижности конечностей плода во время УЗИ-осмотра. Допплерометрия сосудов пуповины обнаружила нарушение маточно-плацентарного кровотока 1Б степени. Первая девочка из двойни родилась с массой тела 2100 граммов, длиной 42 см., окружностью головы 31 см., оценкой по шкале Апгар – 6/7 баллов, с признаками недоношенности, незрелости, синдромом фето-фетальной трансфузии: реципиент. При осмотре фенотип без

особенностей. На ЭХО-КГ выявлено открытое овальное окно 3,4 мм. Выписана домой через 1 месяц 6 дней в удовлетворительном состоянии. У второй девочки, отмечались выраженные признаки синдрома задержки внутриутробного развития: масса при рождении 950 граммов, длина тела 33 см., окружность головы 21 см. Состояние при рождении крайне тяжелое, за счет тяжёлой асфиксии, дыхательной недостаточности 3 степени, синдромом фето-фетальной трансфузии: донор. Девочка сразу после рождения была интубирована и переведена на аппарат ИВЛ. При объективном осмотре девочка находилась в позе характерной для децеребрационной ригидности: голова запрокинута назад, руки сжаты в кулаках и плотно приведены к туловищу, присутствовала патологическая глазная симптоматика: горизонтальный нистагм, расходящееся косоглазие, синдром Грефе. Изменения на коже характеризовались выраженным гиперкератозом на фоне тотальной эритемы и отека. К особенностям фенотипа можно отнести микроцефалию, узкий и резко скошенный лоб, выступающий затылок; глазной гипертелоризм, отсутствие бровей и ресниц, лагофтальм, экзофтальм; короткую и уплощенную спинку носа, удлинённый фильтр со сглаженными колоннами; округлый, открытый рот с вывернутыми губами, макростомию, «рыбий» рот; низкорасположенные диспластичные ушные раковины; короткую шею с отеком подкожно-жировой клетчатки; укороченные верхние и нижние конечности; сгибательные контрактуры локтевых, коленных суставов и суставов кистей; неполную кожную синдактилию кистей и стоп; стопы-качалки. По данным инструментальных исследований: при нейросонографии выявлены микроцефалия, гидроцефалия и агенезия мозолистого тела; при мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга выявлены МР-признаки микроцефалии, выраженной наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии, ретроцеребеллярной субарахноидальной кисты задней черепной ямки, незавершенной миелинизации белого вещества больших гемисфер. На 8-е сутки жизни появилась отрицательная динамика в состоянии девочки, возникли тонические судороги в верхних и нижних конечностях, развился опистотонус со снижением сатурации до 75%. В терапию добавлены противосудорожные препараты. Тем не менее, тремор конечностей сохранялся, особенно при перекладывании ребёнка и гигиенической обработке. Попытки экстубировать и перевести на СРАР были безуспешны (снижение сатурации до 60%, приступы глубокого апноэ). Спонтанная двигательная активность отсутствовала. Периодически отмечались отведение глазных яблок и ротаторный грубый нистагм, которые были расценены как эквиваленты судорог. Проводимое лечение включало мероприятия, направленные на поддержание витальных функций организма. Осуществлялась респираторная поддержка, зондовое питание, антибактериальная и антимикотическая терапия на начальных этапах. Судорожный синдром купировался тиопенталом натрия в качестве базовой терапии и при необходимости реланиумом. Однако, несмотря на проводимую терапию, общее состояние ребенка постепенно ухудшалось, и в возрасте 89 дней 12 часов 19 минут (3месяца и 1 день) девочка умерла вследствие развившейся несовместимой с жизнью полиорганной недостаточностью: дыхательной, сердечно-сосудистой, церебральной. При патологоанатомическом вскрытии: труп ребенка женского пола правильного телосложения, весом 1660 граммов, длиной 41 см, окружность головы 25,5 см, окружность груди 27 см. Кожные покровы бледные, с наличием шелушения и с мелкими желтовато-серыми корочками на поверхности в области черепа, шеи, на передней брюшной стенке и на нижних конечностях с розовой пигментацией. Лицо широкое с широкой переносицей. Кости черепа в теменной и затылочной области находят друг на друга. Намет мозжечка и серповидный отросток утолщены. Головной мозг весом 60 гр. Микрогирия, местами рельеф коры не определяется. Полость боковых желудочков резко расширена. Ткань мозга больших полушарий истончена до 0,2–0,3 см. Мозолистое тело мозжечка уплощено,

сливается с тканью полушарий. Полости сердца расширены. Слизистая желудка рыхлая, с точечными кровоизлияниями.

Таким образом, описываемое нами наблюдение позволяет на основании клинических, инструментальных и патологоанатомических данных указать на редкость генетического синдрома у девочки из дихориальной диамниотической двойни. У данного ребёнка имелись возможные характерные признаки, которые были описаны на УЗИ в сроке гестации 31 недели беременности.

Список литературы.

1. Neu R.L., Kajii T., Gardner L.I., Nagyfy S.F. A lethal syndrome of microcephaly with multiple congenital anomalies in three siblings. *Pediatrics* 1971; 47(3): 610–612.

2. Ильина Е.Г., Новикова И.В., Лиштван Л.М., Савенко Л.А., Касецкая Т.В., Михеева Н.Г. Синдром Ноя-Лаксовой-Повышиловой: 4 случая из Республики Беларусь и обзор литературы. *Медицинская генетика* 2009; 8(7): 42–47.

3. Ozcan D., Derbent M., Seçkin D. Bikmaz Y.E., Ağildere M., De Sandre-Giovannoli A., Lévy N., Gürakan B. A collodion baby with facial dysmorphism, limb anomalies, pachygyria and genital hypoplasia: A mild form of neu-laxova syndrome or a new entity? *Ann Dermatol.* 2013; 25(4): 483–488.

4. Driggers R., Ishister S., McShane C., Stone K., Blakemore K. Early second trimester prenatal diagnosis of Neu-Laxova syndrome. *Prenat. Diagn.* 2002; 22(2): 118–120.

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА D И АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА КАТЕЛИЦИДИНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Мамеди К.И., Верисокина Н.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Витамин D – жирорастворимый витамин, получаемый с пищей или синтезируемый в коже человека под воздействием УФ лучей. Значительные успехи в медицине изменили представление об обмене витамина D и его физиологической функции. Помимо прямого модулирующего действия. VD обладает способностью индуцировать синтез антимикробных пептидов – ключевых молекул врожденного иммунитета, обладающих антибактериальным, противовирусным, противогрибковым и противопаразитарным эффектом.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – анализ взаимосвязи обеспеченности витамином D и уровень антимикробного пептида кателицидина у недоношенных детей с инфекционным процессом и без него. Проведено клинико-антропометрическое и лабораторное обследование 90 недоношенных новорождённых, появившихся на свет в период с февраля 2018 г. по январь 2020 г. в ГБУЗ СК «СККПЦ» и ГБУЗ СК «СККПЦ №1» г. Ставрополя.

В исследуемой группе 56 (62,2%) новорождённых имели врожденную пневмонию; 24 (26,7%) – не имели инфекционных заболеваний; 10 (11,1%) младенцев умерли, 7 (70%) из которых в раннем неонатальном периоде, 3 (30%) в позднем неонатальном периоде. Забор крови у всех новорождённых осуществлялся из центральной вены в первые трое суток жизни. Определение содержания витамина D, кателицидина в сыворотке крови у детей проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства Euroimmun AG (Германия), Нусcult biotech (Нидерланды) соответственно. Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ AtteStat. Для выяснения типа распределения данных использовали тест Шапиро-Уилка. По каждому признаку в сравниваемых группах определяли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической

величины (m), медиану (Me), а также 25-й и 75-й квартили ($25Q-75Q$). Для оценки межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни.

Для оценки связи между показателями использовали коэффициент парной корреляции Пирсона (r). Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Все новорожденные появились на свет недоношенными, от женщин с патологией, возникшей во время беременности. Более 50,0% женщин имели плацентарную недостаточность и угрозу прерывания беременности, также 42,2% беременных имели инфекционный процесс. Через естественные родовые пути на свет появились 38 (42,2%) новорожденных, 52 (57,8%) – путём операции кесарева сечения. Срок гестации в исследуемой группе составил 31,0 [29,0–33,0] неделя. Масса недоношенных детей при рождении – 1490 [1100–1900] граммов, рост – 41,0 [36,0–45,0] см. Мальчиков было 50 (55,6%), девочек 40 (44,4%).

Медиана уровня кальцидиола у младенцев составила 17,9 [12,2–23,3] нг/мл. Тяжелый дефицит 25(OH)D (менее 10 нг/мл) имели 12 (13,3%) недоношенных детей, дефицит (10–20 нг/мл) – 42 (46,7%), недостаточность (20–30 нг/мл) – 20 (22,2%) и лишь 16 (17,8%) детей имели оптимальный уровень кальцидиола D (более 30 нг/мл). Анализ лабораторных данных показывает, что уровень кальцидиола в группе недоношенных детей с врождённой пневмонией был меньше — 17,9 [10,8–23,4] нг/мл, чем у младенцев, не имеющих инфекционного процесса — 20,1 [16,2–33,0] нг/мл ($p < 0,05$). Показатель 25(OH)D у умерших детей был в 1,5 раза ниже — 13,8 [10,1–17,1] нг/мл., чем у детей без инфекции ($p < 0,01$) и в 1,3 раза чем у детей с инфекционным процессом ($p > 0,05$). В группе детей без инфекции и с врождённой пневмонией, показатель LL-37 не отличался — 1,1 [0,6–2,1] нг/мл и 1,1 [0,5–2,4] нг/мл соответственно, скорее всего это связано с исходно низким уровнем витамина D в группах. В сравнении с умершими детьми показатель кателицидина был меньше в 1,8 раза – 0,6 [0,2–1,0] нг/мл при сравнении недоношенных детей с инфекционным процессом и без него ($p > 0,05$). Корреляционный анализ в исследуемых группах позволил установить наличие достоверной положительной связи между уровнем витамина D и LL-37 ($r = 0,71$, $p < 0,05$) в группе умерших детей.

Проведённое нами исследование в группе недоношенных детей позволяет сделать вывод о том, что более чем в половине случаев младенцы имели дефицит витамина D (менее 20 нг/мл). Полученные данные указывают на то, что содержание 25(OH)D в сыворотке крови достоверно выше в группе детей без инфекционного процесса – 20,1 [16,2–33,0] нг/мл, чем в группе детей с инфекционным процессом – 17,9 [10,8–23,4] нг/мл ($p < 0,05$) и достоверно выше чем в группе умерших новорожденных – 13,8 [10,1–17,1] нг/мл ($p < 0,01$). Умершие новорожденные имели уровень LL-37 ниже, чем дети с врождённой пневмонией и без неё. От уровня 25(OH)D, зависит уровень LL-37 и можно предположить, что зависит исход заболевания. Более высокий уровень кальцидиола способствует синтезу кателицидина, а его большое количество у детей способствует их выздоровлению.

Список литературы.

1. Денисова Т.Г., Самойлова А.В., Васильева Э.Н., Герасимова Л.И. Влияние витамина D на репродуктивное здоровье. Клиническая и профилактическая медицина. 2018; 3: 9–14.
2. Захарова И.Н., Климов Л.Я., Касьянова А.Н., Ягупова А.В., Курьянинова В.А. Долбня С.В., Батурин В.А., Болатчиев А.Д. Роль антимикробных пептидов и витамина D в формировании противoinфекционной защиты. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017; 96(4):171–179.
3. Agier J, Brzezinska-Blaszczyk E. Cathelicidins and defensins regulate mast cell antimicrobial activity. Postepy Hig. Med. Dosw. 2016; 70: 618–636.
4. Katrinaki M., Kampa M., Margioris A. Vitamin D levels in a large Mediterranean cohort: reconsidering normal cut-off values. Hormones (Athens). – 2016; 15: 205–223.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГОМОЗИГОТНОЙ ФОРМОЙ ТАЛАССЕМИЕЙ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ОБЩИХ РОДИТЕЛЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Момотова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди наследственных гемолитических анемий свое распространение получила талассемия. В настоящее время в мире живут миллионы людей, которые имеют гетерозиготную форму β -талассемии. Это форма является носительством и может их особо не беспокоить. Такие пациенты могут не ощутить на себе проявления данного заболевания, но есть высокая вероятность передать патологию по наследству причем в гомозиготной форме.

Ежегодно среди младенцев рождаются около 100 тысяч детей с выявленной гомозиготной формой β -талассемии. Такая форма наследования значительно сказывается на здоровье ребенка и не позволяет им дожить до своего совершеннолетия.

Цель – проанализировать течение заболевания у пациентов с гомозиготной формой талассемией, которые имеют общих родителей.

Задачи: провести ретроспективный анализ истории развития детей, имеющих семейную наследственную гемолитическую анемию; на основе клинических случаев оценить эффективность хелаторной терапии, спленэктомии; рассмотреть значимость информирования пациентов в вопросе профилактики β -талассемии.

Исследование проводилось на базе гематологического отделения Ставропольской детской краевой больницы. Рассмотрен анамнез семьи М., которые являются выходцами из Азербайджана, оба родителя предположительно носители гена талассемии. Из выписки известно, что первый ребенок унаследовал один дефектный ген, поэтому является лишь носителем с легкой формой анемии. Средний унаследовал от обоих родителей дефектный ген β -талассемии – гомозиготная форма, умер в 2010 году. Точно такой, большой формой талассемии, в настоящее время болеет их третий младший сын. Клинические случаи В работе провидена сравнительная характеристика истории болезни братьев с гомозиготной формой β -талассемии. Последняя выписка из стационара среднего ребенка (3.12.2009г) Пациент В., 15 лет жаловался при поступлении на выраженную бледность, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, слабость, вялость, постоянную сонливость, отсутствие аппетита, потемнение мочи, учащенное сердцебиение, выраженную боль в левой половине живота с иррадиацией в спину, резкую потерю в весе, одышку в вертикальном положении, эпизоды повышения температуры. Из анамнеза известно, что дебют заболевания был практически с рождения, однако диагноз был поставлен в возрасте 3-х лет. Имеет врожденный порок сердца: умеренный стеноз легочной артерии. После установления диагноза получал лечение в стационаре во время кризов, которые возникали 1 раз в 3-4 недели. Хелаторную терапию получал препаратом эксиджат. От спленэктомии мама отказалась. С 13 летнего возраста ситуация приобрела агрессивный характер. Частота кризов составила 1 раз в 1-1,5 недели, инфарктизация селезенки с нагноением, асцит, выявлен выраженный гемосидероз органов. Данное состояние привело к летальному исходу в возрасте 15 лет. Историю болезни другого ребенка, младшего, из этой же семьи. Больной М., 17 лет, поступил с жалобами на бледность и желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение аппетита. Из истории известно, что диагноз поставлен в 3 месяца. С того времени регулярно получает заместительную гемокомпонентную терапию в отделении гематологии и детской онкологии в период криза, частота интервалов между кризами составляет 3-4 недели, также получает эксиджат. Врожденных пороков развития не имеет, но имеется гемосидероз внутренних органов. Проведена спленэктомия в

возрасте 12 лет. При последним контрольном исследовании ферритина в сыворотки крови в марте 2020 года его снижение не отмечается.

Сравнив 2 выше изложенных клинических случаев, можно сказать о том, что у младшего брата заболевание протекает с меньшей скоростью развития. Это связано в первую очередь с ранним выявлением заболевания. Несомненную роль сыграло своевременное проведение спленэктомии, которое снизило потребность в гемотрансфузионной терапии. Это доказывает и проведенный анализ литературы. Спленэктомия у младшего брата предотвратила развитие инфаркта селезенки и ее нагноение. Отказ родителей от удаления селезенки усугубил общее состояние у старшего брата. Гемосидероз внутренних органов присутствует у обоих братьев, несмотря на постоянную хелаторную терапию, и спленэктомия не предотвращает накопления ферритина.

В результате проведенной работы можно сделать вывод о том, что своевременная диагностика бета-талассемии и раннее начало специфического лечения, а также правильный подход к лечению, радикальная спленэктомия может продлить жизнь больного. Но не может полностью предотвратить последствия постоянного отложения гемосидерина в жизненно важные органы. Поэтому самой главной профилактикой в развитии наследственной гемолитической анемии является проведение генетического анализа родителей перед планированием беременности, особенно для лиц, относящихся к эндемическим районам по бета-талассемии.

Список литературы.

1. Байтаева Д.А., Бессмельцев С.С. Эффективность применения спленэктомии в комплексной терапии при большой и промежуточной формах β -талассемии. Журнал: оригинальное исследование, 2011.
2. Волкова С.А., Боровков Н.Н. Основы клинической гематологии: учебное пособие. 2013.
3. Воробьев А.И., Васильев С.А., Городецкий В.М. и др. Гиперкоагуляционный синдром: классификация, патогенез, диагностика, терапия, 2016.
4. Красильникова М.В., Лохматова М.Е., Сметанина Н.С. Гематология/онкология, иммунопатология в педиатрии. 2009.
5. Румянцев А.Г., Токарев Ю.Н. Перегрузка железом и хелаторная терапия Москва 2015.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ВСПЫШКЕ РЕСПИРАТОРНОГО МИКОПЛАЗМОЗА В ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.
Вернадского»

По данным Минздрава России, болезни органов дыхания занимают третье место в структуре причин детской смертности. Роль атипичной флоры в развитии внебольничной пневмонии растет. Так, на долю микоплазменной инфекции в структуре пневмоний приходится от 5 до 50%.

Исследование проводилось на базе ГБУЗС «ЦОЗМИР» г. Севастополя. В исследовании приняли участие 39 детей в возрасте от 8 до 17 лет. Из 39 заболевших детей мальчики составили 38,46% (15 человек), девочки – 61,54% (24 человека). Средний возраст заболевших детей – 11 лет, самому младшему пациенту – 8 лет, старшему – 17. В среднем от момента появления первых симптомов заболевания до госпитализации

проходило 6 дней. В дебюте заболевания основной жалобой детей был сухой кашель коклюшеподобного характера. При поступлении в стационар при аускультации выслушивались локальные влажные мелкопузырчатые хрипы, SaO₂ – 98-99%. Средняя температура составила 38,5 градуса Цельсия, колебания температурных кривых находились в диапазоне от 37,6 до 39,5 градуса Цельсия. Повышение уровня лейкоцитов до верхней границы нормы ОАК выявлено у 5% детей. Тенденция к лейкопении наблюдалась у 12,8% исследуемых. Среднее количество лейкоцитов составило $6,36 \cdot 10^9/\text{л}$, при минимальном значении в $3,9 \cdot 10^9/\text{л}$, максимальном – $9,4 \cdot 10^9/\text{л}$. Ускорение СОЭ было выявлено в 23% случаев. Максимально данный показатель увеличивался до 25 мм/ч, среднее значение находилось на уровне 8,9 мм/ч. Правосторонняя пневмония регистрировалась в 64% случаев, левосторонняя – в 33% случаев, в 3% был поставлен диагноз плевропневмонии. В 80% случаев преобладали долевые пневмонии, в 20% – полисегментарные. Положительный результат ПЦР на ДНК микоплазмы наблюдался в 56% случаев. В 18% случаев при наличии отрицательной ПЦР ИФА был положительный. В 26% случаев и ПЦР и ИФА были отрицательными. Среднее время пребывания в стационаре составило 10,6 дня. Основой лечения стала антибактериальная терапия: цефалоспорины – цефатоксим, макролиды – суммамед, клацид, вильпрофен.

Таким образом, на госпитальном этапе грамотная оценка состояний больных, вовремя начатая антибиотикотерапия с учетом возбудителя позволили в кратчайшие сроки добиться хороших результатов лечения. Значительную роль в подавлении микоплазменной инфекции сыграла своевременная госпитализация больных детей, санитарно-просветительская работа.

Список литературы.

1. Геппе Н.А. Педиатрия: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 21-22.
2. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 35-36.
3. Колобов С.И. Детская пульмонология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 47-48.
4. Шабалов Н.П. Микоплазменная пневмония. - М.: Бином, 2019. - С. 64-66.

СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Муратова А.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы неуклонно растёт частота хронической болезни почек, в том числе в детской популяции. Ведущей причиной ХБП у детей по-прежнему остаются врожденные аномалии развития органов мочевых путей (ВАПМП), объединенные в понятие Sakut-синдром (Congenital Abnormalities of Kidneys and Urinary Tract). Sakut-синдром является общей глобальной проблемой урологов, нефрологов и генетиков во всем мире. Частота Sakut-синдрома, по данным различных исследований, колеблется в пределах от 20 до 30 % всех аномалий, диагностируемых в пренатальном периоде.

В структуру Sakut-синдрома входят различные поражения почек (агенезия почки, гипоплазия/аплазия почечной ткани, дисплазии почечной ткани, кистозная почка, аномалии взаиморасположения почек (подковообразная почка, галетообразная почки, S- и L-образная почка, дистопия почки), и мочевых путей (экстрофия мочевого пузыря, эктопия устья мочеточника, мегауретер, уретероцеле, удвоение мочеточника, клапаны задней уретры, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и др.). Одним из наиболее тяжелых проявления Sakut-синдрома является развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса

(ПМР), представляющего собой ретроградное поступление мочи из мочевого пузыря в мочеточник и лоханку почки. ПМР встречается в 0,4-1,8% случаев у детей в возрасте от 0-15 лет, среди детей с пиелонефритами у 25-40 %. Вовремя не диагностированный ПМР приводит к повреждению тканей почки и мочеточника, постоянно рецидивирующему инфицированию мочевыделительной системы, и, как следствие, формированию очагов нефросклероза (рефлюкс-нефропатии), вторичному сморщиванию почек, что приводит в дальнейшем к развитию терминальной стадии ХБП, требующей проведения заместительной почечной терапии, что существенно влияет на качество и продолжительность жизни.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 190 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет с подтвержденным диагнозом пузырно-мочеточникового рефлюкса, находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии в ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополя в период с 2015-2019 гг. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета программ Microsoft Office Excel и AtteStat, STATISTICA 10.0 с использованием параметрических и непараметрических методов.

Среди всех больных, вошедших в исследование ПМР диагностировался в возрасте $3,27 \pm 0,22$ года, медиана составила 2,08 [0,83-5] года. Медиана давности заболевания составила 2 [2-4] года. При этом средняя частота обострений за период болезни в общей группе составила $2,48 \pm 0,19$ раз. За один год болезни пациенты переносят в среднем $0,95 \pm 0,04$ эпизода пиелонефрита. В группе обследуемых пациентов чаще диагностировался пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени – у 78 (41,1%) детей с рефлюкс-уропатией, рефлюкс 2 степени – у 60 (31,6%) пациентов. Также чаще у детей отмечалась смешанная форма ПМР, на долю которой пришлось 112 (58,9%) случаев. Активная форма отмечалась у 72 (37,9%) больных, пассивная у 6 (3,2%). Одностороннее поражение встречалось чаще: правосторонний ПМР был диагностирован у 53 (27,9%) детей, левостороннее поражение наблюдалось у 61 (32,1%) пациентов. При анализе зависимости частоты обострений за весь период заболевания (дебют – настоящая госпитализация) от степени рефлюкса в нашем исследовании мы не получили ожидаемой зависимости. Корреляционная зависимость между степенью рефлюкса и частотой обострений не выявлена, и составила $r=0,01$, $p>0,05$. В острый период заболевания положительный посев на флору был получен у 82 (43,1%) больных. Ведущей этиологической причиной ИМП на фоне ПМР являются представители семейства Enterobacteriaceae (79,3%). Изучение лабораторных показателей активности пиелонефрита при обострении заболевания у детей с ПМР показало, что ведущим симптомом является лейкоцитурия, которая была отмечена у 93 (49,%) человек. При оценке азотвыделительной функции, средние уровни креатинина и мочевины находились в пределах референсного интервала – медиана уровня мочевины в анализируемой группе пациентов составила 3,9 [2,96-4,92] ммоль/л, а креатинина сыворотки 39,0 [30-48] мкмоль/л. Фильтрационная функция почек оценивалась на основании значений расчетной скорости клубочковой фильтрации. У 61 (67,2%) пациента наблюдалось снижение СКФ ниже 90 мл/мин, из них у 16 (26,2%) СКФ была ниже 60 мл/мин, а у 4 (6,6%) ниже 40 мл/мин. Среди возбудителей ИМВП у пациентов с диагностированным ПМР по-прежнему преобладают представители семейства Enterobacteriaceae (79,3%). При этом ведущее место среди возбудителей ИМВП занимает E.coli (64,6%). СКФ является наиболее точным критерием нарушения функции почек, по сравнению с изменением концентрации креатинина сыворотки, поскольку снижению СКФ зафиксировано в более раннем возрасте по сравнению с повышением креатинина – в раннем и младшем школьном возрасте соответственно. В группе пациентов с нарушенной азотвыделительной функцией преобладали пациенты с ПМР 3-й и 5-й степени, что было достоверно выше по сравнению с пациентами без нарушения функции почек ($p=0,05$).

Необходимо осуществлять расчет СКФ при каждой госпитализации пациента с любым заболеванием органов мочевой системы.

Таким образом, в связи с быстрым прогрессированием ХБП на фоне ПМР, необходима своевременная диагностика врожденных аномалий развития органов мочевой системы, что снизит риск развития терминальной ХПН и инвалидизации детского населения. Также необходим более тщательный анализ данных генеалогического анамнеза и анамнеза жизни детей всех групп и возрастов для выявления факторов риска развития любых аномалий развития, включая ВАПМП.

Список литературы.

1. Детская нефрология: учебник /под ред. П.В. Шумилова, Э.К. Петросян, О.Л. Чугуновой. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 616 с.
2. Зорин И.В. Клинико-анамнестическая характеристика детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и рефлюкс-нефропатией // Нефрология. 2014; 18 (3): 77-83.
3. Комарова О.В., Цыгин А.Н., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Скорость прогрессирования хронической болезни почек различной этиологии у детей. Нефрология. 2016; 20(2):53-58.
4. Кутырло И.Э., Савенкова Н.Д. САКУТ - синдром у детей. Нефрология. 2017; 21 (3): 18-24. doi: 10.24884/1561-6274-2017-3-18-24
5. Терехин С.С., Маковецкая Г.А. Концепция хронической болезни почек - реальная основа оптимизации лечения детей с врожденными обструктивными уropатиями Практическая медицина. 2012; № 7-2 (63): 105-106.
6. Renkema K.Y., Winyard P.J., Skovorodkin I.N., Levchenko E., Hindryckx A., Jeanpierre C., Weber S., Salomon R., Antignac C., Vainio S., Schedl A., Schaefer F., Knoers N.V., Bongers E.M.; EUCAKUT consortium. Novel perspectives for investigating congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT). Nephrol Dial Transplant. 2011; 26 (12): 3843-51. doi: 10.1093/ndt/gfr655.
7. Stein R., Dogan H.S., Hoebeker P., Kocvara R., Nijman R.J.M., Radmayr C., Tekgu S. Urinary Tract Infections in Children: EAU/ESPU Guidelines // European urology. 2015; 67: 546 – 558. doi: 10.1016/j.eururo.2014.11.007

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПНОЭ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Надточеева Е.П., Авраменко М.Е.

Гомельский государственный медицинский университет

Введение. По данным национального статистического комитета Республики Беларусь, патология органов дыхания у новорожденных детей – одна из ведущих причин перинатальных потерь. Апноэ новорожденных определяется как дыхательные паузы продолжительностью более 20 секунд или менее 20 секунд, но сочетающиеся с брадикардией, центральным цианозом, низкой кислородной сатурацией [1]. Обследование новорожденных с апноэ, своевременная диагностика и усовершенствование принципов терапии данной патологии являются одними из важнейших задач современной клинической педиатрии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 54 новорожденных, находившихся на лечении в У «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с января по сентябрь 2020 года с зарегистрированными периодическими приступами апноэ. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения StatSoftStatistica 10.0 (USA) и Microsoft Excel 2013.

Результаты и обсуждение. В исследуемую группу вошли 30 (55,5%) новорожденных мужского пола, 24 (44,5%) – женского. В анализируемой группе было 6 (11,0%) новорожденных из двойни. Частота апноэ, тяжесть клинических проявлений зависят от веса ребенка, срока недоношенности: чем меньше срок и ниже вес, тем выразительнее и продолжительнее апноэ. По сроку гестации все недоношенные распределились следующим образом: 16 (30,0%) детей родились в сроке 35-37 недель гестации (1 степень недоношенности), 20 (38,0%) детей – в сроке 32-34 недели гестации (2 степень), 16 (30,0%) – 29-31 неделя гестации (3 степень), в сроке до 29 недель гестации родились 2 (4,0%) ребенка (4 степень). По литературным данным апноэ наблюдается у 25% детей с весом при рождении менее 2500 грамм и более чем у 80% детей с весом при рождении менее 1000 грамм. Согласно нашему исследованию, средняя масса тела детей при рождении составила 1965 грамм (1635; 2235). Новорожденных с низкой массой тела в исследуемой группе было 44 (81,0%) ребенка, с очень низкой массой тела – 8 (15,0%) детей, с экстремально низкой массой тела – 2 (4,0%) ребенка. Характеристика эпизодов апноэ. Чаще всего эпизоды апноэ возникали в течение первых суток от рождения (29 новорожденных; 54,0%), что не согласуется с литературными данными. Со вторых суток апноэ было зафиксировано у 9 (17,0%) новорожденных, с третьих – у 6 (11,0%), с четвертых – у 6 (11,0%), с пятых – у 4 (7,0%) детей. Средняя частота апноэ в сутки составила 6 (2;14). Анализируя, сроки возникновения апноэ в зависимости от степени недоношенности было установлено, что при всех степенях апноэ чаще возникает с первых суток жизни. Падение уровня сатурации во время приступов апноэ, регистрируемых в течение суток, у половины новорожденных (25 детей; 46,0%), оказалось в диапазоне от 60 до 75%. Сатурация 40-55% во время апноэ была зафиксирована у 9 (17,0%) новорожденных, 50-65% – у 16 (30,0%), 70-80% – у 4 (7,0%) детей. Анализируя уровни сатурации во время апноэ в зависимости от степени недоношенности, наиболее часто при 1 степени недоношенности сатурация находилась в диапазоне 60-75% (50,0%), при 2 степени – 50-65% (50,0%), при 3 степени – 60-75% (62,5%), при 4 степени (2 ребенка) – 50-65% и 60-75% (соответственно). У 24 (44,0%) новорожденных суточный уровень сатурации вне эпизодов апноэ находился в пределах 85-100%, у 14 (26,0%) детей – в диапазоне 75-85%, у 16 (30,0%) – 80-95%. Длительность клинически выраженного приступа апноэ, продолжающегося менее 20 секунд, была зафиксирована у 20 (37,0%) детей. Эпизоды апноэ более 20 секунд были зарегистрированы у 34 (63,0%). У новорожденных при всех степенях недоношенности чаще встречаются приступы длительностью более 20 секунд. Частота сердечных сокращений (ЧСС) во время эпизодов апноэ, регистрируемых за сутки, у 25 (46,0%) новорожденных составила 90-105 ударов в минуту, у 9 (17,0%) недоношенных – 60-75 ударов в минуту, у 16 (30,0%) – 75-90 ударов в минуту, у 4 (7,0%) детей – 105-115 ударов в минуту. Анализируя ЧСС во время апноэ в зависимости от степени недоношенности, выявлено: у детей с 1 степенью недоношенности во время приступа ЧСС находилась в диапазоне 90-105 ударов в минуту в 50,0% случаев, со 2 степенью – 75-90 ударов в минуту в 50,0%, с 3 степенью – 90-105 ударов в минуту в 62,5% случаев, при 4 степени – 75-90 (50%) и 90-105 ударов в минуту (50%). Заключение. Апноэ встречается одинаково часто у новорожденных с различной степенью недоношенности. Наиболее часто регистрируется с первых суток жизни. У большинства детей апноэ длится более 20 секунд и сопровождается падением сатурации в пределах 60-75% и снижением частоты сердечных сокращений в диапазоне 90-105 ударов в минуту. Выявленные особенности необходимо учитывать при выхаживании недоношенных на современном этапе.

Список литературы.

1. Lattari Balest, A. Apnea of prematurity [Electronic resource] / A. Lattari Balest; University of Pittsburgh, School of Medicine. – Mode of access:

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Польской В.С., Джару Р.М.

Курский государственный медицинский университет

Врожденные пороки сердца (ВПС) является одними из наиболее распространенных пороков развития у детей. ВПС наблюдается со средней частотой 5-8 на 1000 живорожденных. В Российской Федерации ежегодно рождается около 10 тыс. детей с ВПС, которые нуждаются в операции. Из них от 50 до 70% страдают так называемыми «критическими» пороками периода новорожденности и требуют экстренной помощи. Летальность при таких ВПС чрезвычайно высока: к концу первой недели умирают 29%, к первому месяцу – 42%, к первому году жизни – 87%. Наиболее часто встречаются ВПС: • дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 15-23%; • открытый артериальный проток (ОАП) – 6-18%; • дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 2,5-16%. Распространенность патологии увеличивается при учете детей с малым ВПС (например, с двустворчатым клапаном, малым открытым артериальным протоком, ОАП). Установлено, что мальчики более подвержены ВПС, чем девочки (57% и 43% соответственно) [1,5]. Также были обнаружены значительные географические различия распространенности ВПС среди живорожденных в мире, при этом самая высокая заболеваемость наблюдается в странах Азии. Например, в Китае среди живорожденных детей – 6,7 на 1000, наиболее частыми ВПС были ДМПП (34%), ОАП (24%), ДМЖП (11%) [2,4]. Персистирование протока и гемодинамическая значимость ОАП в значительной мере зависят от степени доношенности ребенка; чем меньше вес, тем чаще встречается данная патология. ОАП усугубляет тяжесть состояния недоношенных детей. У новорожденных с очень низкой массой тела ОАП встречается в 50–70 % случаев. Частота ОАП обратно пропорциональна гестационному возрасту и массе тела при рождении и составляет у недоношенных с массой тела при рождении менее 1 500 г - 30 %, с массой 750–1 000 г – 40 % и у новорожденных с массой 500–750 г – более 50. ОАП весьма часто является основной причиной смерти у детей, особенно первого года жизни [3].

Таким образом, обсуждение открытого артериального протока в настоящее время является актуальным, так как данный ВПС входит в число самых распространенных пороков, которые могут, или всегда вызывают «критическое» состояние, требующее немедленной экстренной помощи.

Цель: Изучить анамнез доношенных и недоношенных новорожденных детей с открытым артериальным протоком методом анализа статистических данных.

Нами проведен анализ историй болезни 380 новорожденных детей, из которых выявлено 132 случая проявления ОАП (66 мальчиков и 66 девочек). Каждому ребенку исследование проводилось 3-хкратно. Для статистической обработки полученных результатов нами были использованы возможности программ «Statistical3.3» и «MSExcel». Из 132 новорожденных 50 доношенных (37,9%) и 82 – недоношенных (61,2%). У 132 новорожденных в анамнезе отмечено наличие ОАП, среди которых у 80 детей артериальный проток закрылся (60,6%), 52 детей – не закрылся (39,4%). Увеличение артериального протока с момента рождения среди детей с не закрывшимся ОАП выявлено у 13 новорожденных (25,0%). Недоношенных детей, у которых закрылся ОАП выявлено 53 ребенка (64,6%), у которых не закрылся – 29 (35,4%). Среди недоношенных детей, у которых ОАП не закрылся, у 10 произошло увеличение диаметра протока (34,5%). Среди

доношенных, с закрывшимся ОАП, выявлено 27 детей (54,0%), с не закрывшимся – 23 (46,0%). Среди доношенных детей, у которых ОАП не закрылся, у 3 произошло увеличение диаметра протока (13,1%). Изучив особенности открытого артериального протока у новорожденных детей, было определено, что частота встречаемости ОАП у недоношенных детей выше, чем у доношенных, но при этом частота закрытия ОАП у доношенных детей ниже. Также увеличение диаметра артериального протока с течением времени у недоношенных детей встречается чаще, чем у доношенных. Количество мальчиков и девочек с ОАП в анамнезе одинаково.

Список литературы.

1. Чепурных Е.Е. Врожденные пороки сердца/ Е.Е. Чепурных, Е.Г. Григорьев// Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. - №3. – С. 121-127.
2. Саперова Е.В. Врожденные пороки развития у детей: распространенность, факторы риска, смертность/ Е.В. Саперова, Н.В. Вахлова// Вопросы современной педиатрии. – 2017. - №2. – С. 126-133.
3. Герасимов Н.А. Открытый артериальный проток у недоношенных новорожденных: современное представление о давней проблеме/ Н.А. Герасимов, А.Н. Шибает, Т.Ю. Лебедева, С.Ф. Гнусаев, О.Б. Федерякина// Астраханский медицинский журнал. – 2019. - №4. – С. 6-17.
4. Белозерова Ю.М. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе/ Ю.М. Белозерова, Л.В. Брегель, В.М. Субботин// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. - №6. – С. 7-11.
5. Игишева Л.Н. Критические врожденные пороки сердца периода новорожденности/ Л.Н. Игишева, Е.Г. Цой, О.В. Куренкова// Мать и дитя в Кузбассе. – 2012. - №2. – С. 8-14.

ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В ПЕДИАТРИИ

Леднёва В.С., Воронина А.Г., Коломацкая В.В., Несинова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Изучение витамина Д на современном этапе весьма актуально, так как он обладает уникальными биологическими свойствами. Исследования, проводимые в России и других странах мира, позволяют демонстрировать проблемы недостаточности витамина Д в популяции населения [1].

Цель нашего исследования - определение обеспеченности витамином Д детей до 7 лет, изучение мнения родителей и их знаний об этом витамине методом анкетирования.

Нами была разработана анкета о витамине Д, состоящая из 22 вопросов. В анонимном анкетировании приняли участие 76 родителей, детей до 7 летнего возраста. Математическая обработка данных была проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. 76 родителей заполняли анкету на 1 ребенка. Возраст детей составил: до года – 34,2%, с 1 до 2 лет – 28,9 %, 2-3 года – 18,4%, 3-4 года – 7,8% и дети в возрасте 5-6 лет – 10,5%. Витамин Д дают своему ребенку 79,4% родителей. Регулярно и круглогодично дают препарат 50,1% детей, только в осенне-зимний период 41,3%, редко 8,6% детей. По результатам обследования в г. Москва с 2012 по 2015 год выявлено, что у обследованных детей даже летом уровень витамина Д не достигает уровня нормальной обеспеченности, а в зимний период у детей наблюдается дефицит данного витамина [1]. При этом летом препараты витамина Д не дают 46% родителей. В дозировке 500 МЕ принимают 28,4 % детей, в дозировке 1000 МЕ 44,2%, больше 1000 МЕ 27,4%. Также нас интересовало из каких источников родители узнали про витамин Д.

Полученные данные: от врача педиатра – 63,1%, от знакомых – 7,8%, из интернета – 15,7%, от врачей других специальностей (гинеколог, эндокринолог, ортопед) – 23,6%. Следует отметить, что только 21% родителей знают о существовании Национальной программы «Недостаточность витамина Д у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции». Сами родители в опрашиваемых семьях принимают витамин Д в 45,1%. Во время беременности принимали витамин Д 32,7% будущих мам. Процент детей, который сдавал на витамин Д составил 10,5%. Многоцентровое исследование «Родничок» продемонстрировало, что лишь 34% детей имеют показатели выше 30 нг/мл, 24% детей относится к группе с недостаточностью и у 42% наблюдается дефицит витамина Д [1]. Было выявлено, что при регулярном приеме витамина Д 60,2% родителей отметили его положительное влияние на организм ребенка, которое выражалось в повышении иммунитета и улучшении общего самочувствия. У одного ребенка родители отметили при приеме препаратов витамина Д побочную реакцию в виде сыпи, рвоты, снижения аппетита. Но семья не обращалась к врачу и о точности данных побочных эффектов судить тяжело. В ходе проделанной работы было установлено, что 92,1 % детей не имеет хронической патологии со стороны лор-органов, а 7,9% находятся на диспансерном учете с гипертрофией аденоидов. За последний год 44,7% детей перенесло 1-2 эпизода простудных заболеваний, 34,3% 3 – 6 эпизодов, 21% детей не болели. Ни одному из детей не был поставлен диагноз «Рахит», но следует обратить внимание на то, что у 42,7% детей наблюдалось облысение затылка, у 11,6% были такие симптомы, как потливость, раздражительность и податливость костей черепа, а у 12,3% были деформации костей по типу вальгусной деформации нижних конечностей.

В результате проведенного нами исследования было выявлено, что только половина детей получает витамин Д круглогодично, поэтому необходимо рекомендовать давать витамин Д детям и в летний период. Половина детей получает дозировку витамина Д меньше, чем необходимо для данного возраста, что не соответствует национальной программе недостаточности витамина Д, в связи с чем необходимо увеличивать дотацию витамина. Больше чем треть детей имела начальные проявления рахита, но диагноз им не выставляли. Несмотря на наличие показаний для сдачи анализа на витамин Д, только маленький процент детей прошел данное обследование. При регулярном приеме витамина Д половина опрошенных родителей отметила его положительные эффекты на организм и здоровье ребенка, за последний год дети стали реже болеть. Следует отметить, что в половине семей родители сами не принимают витамин Д, а во время беременности только треть женщин принимала витамин Д. Необходимо учесть то, что не все родители узнают от медицинских работников, в частности от врачей-педиатров, что необходимо принимать витамин Д, всего лишь несколько человек знает, что существует Национальная программа «Недостаточность витамина Д у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции».

Список литературы.

1. Захарова И.Н. Результаты многоцентрового исследования «Родничок» по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России / И.Н. Захарова, С.В. Мальцев, Т.Э. Боровик и др. // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. — 2015. — Том 94, № 1. — С. 62-67.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Леднёва В.С., Елизарова Е.К., Жоголева Е.Е., Коломацкая В.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Ожирение - актуальная проблема современного общества. Практически во всех странах мира отмечается рост численности детей и подростков с избыточной массой тела [1]. Ожирение в детском возрасте является фактором риска развития метаболических нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата [2]. Эта проблема также связана с нарушением адаптации детей в коллективе (из-за низкой самооценки). Воронежская область является регионом с дефицитом йода, в связи с чем у детей отмечается рост алиментарно-зависимых заболеваний, в число которых входит и ожирение.

Целью нашего исследования являлась оценка возможных факторов риска развития ожирения у детей. Определение отношения родителей к рациону и режиму питания их ребенка. Нами было проведено анонимное анкетирование 100 детей в возрасте 6 лет, 12 лет, 16 лет, и их родителей по вопросам питания, физической активности, данных анамнеза (акушерского, наследственного, аллергологического, наличия хронических заболеваний), влияния антропогенных факторов. Проведено определение индекса массы тела (ИМТ) и его оценка. Математическая обработка была проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. При анкетировании избыточная масса тела была выявлена у 17 % исследуемых детей и ожирение у 4 %, у оставшихся детей – нормальная масса тела. В питании детей преобладали мучные изделия (лапша, макароны, сдобные булочки, печенье), сахаросодержащие продукты (конфеты, пирожные, шоколад), продукты животного происхождения, был отмечен недостаток растительных блюд. Из 21% детей с проблемами лишнего веса физическая активность присутствовала лишь у 5 % детей.

Было отмечено, что ожирение и избыточная масса тела напрямую зависели от степени тяжести дефицита йода. Заболевания, обусловленные наследственной предрасположенностью (артериальная гипертензия, сахарный диабет) отмечались у 7 % детей. Из всех детей с нарушением веса, только 15% родителей признавали проблему у своего ребёнка. Из опрашиваемых подростков у 5 % были проблемы в коллективе из-за лишнего веса.

Несмотря на пропаганду здорового образа жизни и правильного питания, проблема ожирения и избыточной массы до сих пор остается актуальной и серьёзной проблемой, приводящей к нарушению социальной адаптации у детей и подростков. Основными факторами риска развития данной патологии являются: гиподинамия, несбалансированное питание и отсутствие внимания родителей к данной проблеме.

Список литературы.

1. Тутельян, В. А. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ: Мультицентровое исследование / В. А. Тутельян, А. К. Батурин, И. Я. Конь, А. Н. Мартинчик, А. К. Углицких, М. М. Коростелева, М. Л. Тоболева, И. В. Алешина // Педиатрия: журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2014. - Т. 93, № 5. - С. 28-31.

2. Джумагазиев, А. А. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения / А. А. Джумагазиев, Д. А. Безрукова, М. В. Богданьянц, Ф. В. Орлов, Д. В. Райский, Л. М. Акмаева, О. В. Усаева, Л. С. Джамаев // Вопросы современной педиатрии. - 2016. - Т. 15, № 3. - С. 250-256.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, КАК СЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОГО САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОГО ОБУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Леднёва В.С., Ишкова О.И., Коломацкая В.В., Перцева М.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

В настоящее время воспалительные заболевания занимают первое место в структуре заболеваемости наружных половых органов у девочек дошкольного возраста, составляя от 70 до 90% гинекологической патологии среди детей [1]. Развитию данных заболеваний могут способствовать такие факторы, как анатомо-физиологические особенности половых органов (в частности, до периода полового созревания), различные инфекционные агенты, нарушение правил личной гигиены, аллергическая реакция на пищевые продукты, лекарственные препараты. [2].

Данная информация подтверждает актуальность проведения исследования для того, чтобы предотвратить воздействие негативных факторов на репродуктивную систему девочек в возрасте до 6 лет, а также предотвратить возможное развитие хронического воспалительного процесса.

Целью данного исследования является: 1. Анализ осведомленности родителей девочек дошкольного возраста о причинах развития воспалительных заболеваний их детей. 2. Определение роли санитарно-просветительского обучения родителей о вопросах личной гигиены их детей.

В исследование включено 60 пациентов инфекционного отделения «БУЗ ВО ВОДКБ №2». Для статистического анализа данных были составлены анонимные анкеты для родителей девочек дошкольного возраста. Математическая обработка проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики.

Было установлено, что более 80% опрошенных подтверждают отсутствие проведения с ними просветительской работы по интимной гигиене ребенка. 20 человек (34%) отмечают, что их участковый врач-педиатр не проводит осмотр наружных половых органов ребенка при их плановых посещениях поликлиники. Также, у 25 пациентов (42%) среди всех опрошенных существует аллергическая реакция на пищевые продукты или лекарственные препараты. 14 родителей (24%) указывают на то, что их дети более 4 раз в год болеют заболеваниями ЛОР-органов. 5 человек из которых (35%) находятся на диспансерном учете у ЛОР-врача. Было выявлено, что 30 родителей (50%) самостоятельно отмечали у своих детей появление выделений, наличие зуда и болезненности в области наружных половых органов после длительного приема антибиотиков. Установлено, что 15 родителей (25%) используют мыло для подмывания девочек, что категорически не разрешается. Однако, опрошенные утверждают, что не были осведомлены об этом.

Статистический анализ анонимных анкет позволил выявить то, что родители, как правило, не знают о причинах развития инфекционно-воспалительных заболеваний наружных половых органов у детей. Из-за отсутствия проведенной санитарно-просветительской работы с родителями возрастает риск развития гинекологических заболеваний у девочек дошкольного возраста. Необходимо обучать родителей навыкам личной гигиены по отношению к их детям, контролировать выполнение всех рекомендаций. Данная статистика доказывает, что врач-педиатр в своей практике должен как уделять большее внимание осмотру наружных половых органов у девочек, тем самым, предотвращая формирования острой, а затем и хронических патологии репродуктивной системы.

Список литературы.

1. Богданова, Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек/ Е.А. Богданова//Гинекология. - 1999. - Т. 1. - №3. - С. 4-8.

АНАЛИЗ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В 2019 ГОДУ

Леднёва В.С., Коломацкая В.В., Павленко А.К., Чернышова В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

За первый год жизни ребенок стремительно растет так, к возрасту одного года утраивает первоначальную массу тела и практически удваивает свой первоначальный рост [1]. В связи с этим, детям данного возраста крайне необходимо рациональное питание и адекватное вскармливание.

В 2019 году Союзом педиатров России была разработана «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни», одним из изменений в программе, было изменение сроков введения некоторых прикормов. Знание родителей и следование этим рекомендациям, обеспечат ребенка грудного возраста необходимыми питательными веществами и пищевыми продуктами для его полноценного развития.

Цель нашего исследования заключалась в выяснении, знают ли родители, дети рождённых в 2019 году, о новой программе питания ребенка и следуют ли рекомендациям, изложенным в ней. Для опроса родителей, дети рожденных в 2019 году, нами была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов. В анонимном анкетировании приняли участие 48 матерей и 2 отца, всего 50 человек.

Математическая обработка была проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. Следует отметить, что в исследовании участвовали дети, проживающие не только в городе Воронеж, но и наблюдающиеся у педиатра по месту жительства в Воронежской области.

В результате проведения исследования, нами было выявлено, что всего 12% (6 родителей из 50) знают о существовании «Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни» 2019 г. и о существовании сайта <https://www.pediatr-russia.ru>. 100% детей получили первый прикорм не ранее 4 месяцев, но и не позднее 6 месяцев жизни. Первым продуктом прикорма в 6% случаев было фруктовое пюре, 2% детей получали кашу, 1 ребенок стал получать еду с общего стола сразу в 6 месяцев, а у 90% детей продуктом выбора было кабачковое пюре. Стоит обратить внимание на правильность введения прикорма, так 56% родителей сначала кормили ребенка грудным молоком, а после предлагали новый продукт прикорма, всего 44% родителей соблюдали правило, согласно которому, сначала должен быть предложен новый продукт, а затем ребенка необходимо докормить грудным молоком или адаптированной молочной смесью. Мясо и рыба в рацион детей на первом году жизни были введены в 100% случаев, только двое детей стали получать мясное пюре в возрасте 10 месяцев, рыбное пюре более 70% детей попробовали к 10,5-11 месяцам. Яичный желток и масла не получает 16% и 20% соответственно. Практически половина опрошенных родителей добавляли в питание своего ребенка соль или сахар. Дети, принявшие участие в исследовании, отказывались от кисломолочных продуктов, а если родители и вводили их, то в возрасте около 11-12 месяцев. Творог же, наоборот, чаще всего был введен в рацион питания детей слишком рано, в некоторых случаях даже до 6 мес. Стоит обратить внимание на то, что согласно новой программе питания, рекомендуется вводить соки в рацион ребенка в последнюю очередь. В ходе данного анкетирования было выявлено, что процентное соотношение детей, начавших получать сок в возрасте около 6 месяцев, не пробовавших сок вообще и детей, начавших употреблять сок в возрасте 12 месяцев, примерно одинаково.

Хотелось бы отметить то, что вероятнее всего, родители не имеют необходимых данных о каких-либо достоверных источниках информации, к которым можно и нужно обращаться по вопросам рациональности и правильности питания здорового ребенка. В свою очередь, врачи-педиатры должны в доступной форме доносить такую информацию родителям детей первого года жизни, настраивать их на оптимизацию вскармливания младенцев.

Список литературы.

1. Воронцов, И.М. Пропедевтика детских болезней. И.М. Воронцов, А.В. Мазурин – Санкт-Петербург, 2009. – 432 с.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Леднева В.С., Разуваева Ю.Ю., Сафронова К.В., Хребтова О.П.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Физическое развитие служит одним из важных показателей здоровья детей и подростков, который отражает индивидуальные половые и конституциональные особенности. Важно оценивать физическое развитие при каждом обращении ребенка к участковому педиатру, т.к. отклонение от нормы является первым важным симптомом, как функционального состояния, так и уже имеющегося заболевания, что и обуславливает актуальность данного исследования [1]. Ведущим способом оценки физического развития на современном этапе является метод сигмальных отклонений с использованием таблиц, компьютерных программ WHO Anthro и WHO AnthroPlus, приложения для телефона AnthroCalc.

Цель: определить широту использования современных методов оценки физического развития детей участковыми врачами-педиатрами.

Материалы и методы: На базе 5 детских поликлиник г. Воронеж было проведено анкетирование 32 участковых врачей-педиатров, г. Воронеж.

Была разработана специальная анкета, на каждый вопрос которой предлагалось дать один или более удовлетворяющих респондентов вариантов ответа. Математическая обработка проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. Результаты и обсуждение: На основании анализа полученных данных возраст опрошенных педиатров варьировался от 23 до 55 лет. По стажу работы анкетизируемые разделились следующим образом: до 1 года составлял 19 %, от 1 года до 10 лет- 59 %; свыше 10 лет- 22%. На амбулаторный прием за одну неделю в среднем приходят 135 [72;160] детей. Из них оценка физического развития проводилась 20 [15;35] детям. За один «День здорового ребенка» на прием приходят в среднем 15[13;19] детей, из них оценка физического развития проводилась 14[10;19] детям. Для оценки физического развития 21,9% педиатров используют метод сигмальных отклонений: таблицами пользуются 12,5% опрошенных, компьютерными программами WHO Anthro и WHO AnthroPlus – 9,4%, мобильным приложением AnthroCalc – 3,1%. Оценивают физическое развитие другими методами 78,1%. Центильный метод используют 65,6% педиатров, полагаются на личный опыт при оценке - 6,2%, индексами физического развития (Кетле, Брока) – 3,2%. Наиболее быстрым и удобным способом оценки физического развития большинство врачей признало центильный метод (81,25%), по 6,25% анкетизируемых выбрали таблицы сигмальных отклонений, компьютерные программы WHO Anthro и WHO AnthroPlus и приложение для телефона AnthroCalc.

Выводы: из приведенных данных следует, что большинство участковых врачей-педиатров в своей работе использует устаревшие методы оценки физического развития. Меньше четверти педиатров в своей работе используют для оценки физического развития метод сигмальных отклонений. Обращает на себя внимание то, что оценка физического развития детей первого года жизни проводится практически в ста процентах случаев, но при этом у детей старшего возраста показатели физического развития оцениваются лишь в 14,8%. Не было выявлено связи между стажем врача и используемыми им методами оценки физического развития.

Список литературы.

1. Изотова Л.Д. Современные взгляды на проблему оценки физического развития детей и подростков // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №6. - С. 1015-1021.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Никонова Ю.А., Касько М.И.

Гомельский государственный медицинский университет

Ожирение у детей занимает первое место по частоте встречаемости среди болезней обмена веществ и является тяжелым, прогрессирующим заболеванием с неблагоприятным прогнозом. По оценкам экспертов в развитых странах мира до 25% детей имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением [1]. Ожирение у детей – хроническое нарушение обмена веществ, сопровождающееся избыточным отложением жировой ткани в организме. Ожирение у детей проявляется повышенной массой тела и предрасполагает к развитию артериальной гипертензии, дислипидемии, инсулинорезистентности, дисфункции половых желез, артроза, плоскостопия, апноэ, булимии, анорексии, запоров, холецистита и др. [2]. Однако, существует противоположное понятие ожирению – недостаточность массы тела. Это серьезная проблема, так как от уровня физического развития зависит уровень психомоторного созревания. Кроме того, недостаточность массы тела часто является симптомом различных патологий – инфекций или соматических заболеваний. Проблемами детского и подросткового ожирения и недостаточности массы тела занимаются врачи-педиатры и эндокринологи, а также врачи других специальностей. При условии соблюдения врачебных рекомендаций можно гарантировать благоприятный прогноз и избежание нежелательных последствий в более старшем возрасте.

Нами была проведена случайная выборка медицинских карт стационарных пациентов кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического и неврологического отделений «Гомельской областной детской клинической больницы» за май-апрель 2019 гг. В исследовании было задействовано 120 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 7 до 16 лет, имеющих хроническую патологию, и не получающих системной гормональной терапии. При анализе учитывались: возраст, пол, наследственность, жалобы, данные лабораторной и инструментальной диагностики, антропометрические данные (рост, вес). Оценка физического развития проводилась согласно формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$ (по Т. Дж. Коулу), и Anthro +.

Среди всех исследованных пациентов 87 (72,5%) проживают в г. Гомель, а 33 (27,5%) в Гомельской области. При обработке статистических данных выявили, что среди всех исследованных пациентов 56 (46,7%) приходится на лица женского пола, а 64 (53,3%) мужского. Средняя продолжительность пребывания всех пациентов в кардиологическом отделении составила 16 койко-дней (имеющих ИМТ выше нормы-16 койко-дней), в гастроэнтерологическом – 13 койко-дней (имеющих ИМТ выше нормы-13 койко-дней), в

пульмонологическом – 18 койко-дней (имеющих ИМТ выше нормы-18 койко-дней) и в неврологическом 15 койко-дней (имеющих ИМТ выше нормы-13 койко-дней). Анализируя физическое развитие пациентов находившихся в кардиологическом отделении, выявили, что пациенты школьного возраста (7-10 лет) имеют следующие показатели ИМТ: 6 детей (20%) имеют нормальный вес, пациенты подросткового возраста (11-16 лет): 1 ребенок (3,3%) – ниже нормального веса, 13 детей (43,3%) – нормальный вес, 8 детей (26,7%) – избыточный вес, и 2 ребенка (6,7%) имеют начальную степень ожирения. У обследуемых детей с ИМТ выше нормы преобладали следующие диагнозы: «Артериальная гипертензия 2 ст.» (у мальчиков – 53,8%, у девочек – 46,2%) и «Вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу» (у мальчиков – 66,7%, у девочек – 33,3 %).

Анализируя физическое развитие пациентов находившихся в гастроэнтерологическом отделении, выявили, что пациенты школьного возраста (7-10 лет) имеют следующие показатели ИМТ: 2 ребенка (6,7%) – ниже нормального веса, 8 детей (26,7%) имеют нормальный вес, 1 ребенок (3,3%) – избыточный вес, пациенты подросткового возраста (11-16 лет): 9 детей (30%) имеют нормальный вес, а 10 детей (33,3%) – избыточный вес. У большинства детей (63,6%) с ИМТ выше нормы преобладал диагноз «Хронический антральный гастрит» (у мальчиков – 37,5%, у девочек – 62,5%). Анализируя физическое развитие пациентов находившихся в пульмонологическом отделении, выявили, что пациенты школьного возраста (7-10 лет) имеют следующие показатели ИМТ: 3 ребенка (10%) – ниже нормального веса, 5 детей (16,7%) имеют нормальный вес, 3 ребенка (10%) имеют избыточный вес, пациенты подросткового возраста (11-16 лет): 5 детей (16,7%) – ниже нормального веса, 5 детей (16,7%) имеют нормальный вес, 7 детей (23,3%) имеют избыточный вес, и 2 ребенка (6,6%) – начальную степень ожирения. У большинства детей (58,3%) с ИМТ выше нормы преобладал диагноз «Бронхиальная астма IgE опосредованная/неуточненная» (у мальчиков – 47,6%, у девочек – 52,3%). Анализируя физическое развитие пациентов находившихся в неврологическом отделении, выявили, что пациенты школьного возраста (7-10 лет) имеют следующие показатели ИМТ: 10 детей (33,3%) – ниже нормального веса, 4 ребенка (13,3%) имеют нормальный вес, пациенты подросткового возраста (11-16 лет): 6 детей (20%) – ниже нормального веса, 8 детей (26,6%) имеют нормальный вес, и только 2 ребенка (6,7%) – избыточный вес, которые имели следующие диагнозы: «Вегетативная дистония со стойким цефалгическим синдромом» и «Эпилептическая энцефалопатия Леннокса-Гасто» имеют избыточный вес.

1. При обследовании была проведена оценка физического развития детей и подростков, которые страдают избыточной массой тела, и выявлено, что не в одной исследуемой медицинской карте стационарного пациента не было отмечено повышения массы тела, а также диагноза «Ожирение». 2. Анализируя взаимосвязь между данными индекса массы тела и Anthro plus, выявили, что при подсчете ИМТ детей с нормальным весом их процентное количество составило 48,3%, с избыточным весом и ожирением – 25,8%, а при подсчете с использованием Anthro plus процентное количество детей с нормальным весом – 16,7%, с избыточным весом и ожирением – 47,5 %, что свидетельствует о процентной разбежке (при нормальном весе – 31,6%, а при избыточном весе и ожирении – 21,7%) между данными показателями.

Список литературы.

1. Особенности пищевого поведения и качество жизни у детей с избытком массы тела и ожирением. Медицинский академический журнал / А.А. Гусева, М.М. Гурова, К.С. Прахина, Ю.П. Успенский // Метаболический синдром: междисциплинарные проблемы : материалы II науч.-практ. конгр. (Санкт-Петербург, 17-18 мая 2012 г.). - СПб., 2012. - С. 10-14.

2. Особенности состояния гепатобилиарной системы и отдельных метаболических параметров у детей с избытком массы тела и ожирением / А.А. Гусева, М.М. Гурова, Е.В. Калугина, Ж.Г. Никитина // Профилактик. и клин. медицина. - 2010. - № 3/4. - С. 195-196.

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В Г. ВОРОНЕЖ

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Разуваев О.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Детский церебральный паралич (ДЦП) - группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребёнка [2]. У детей с ДЦП имеет место замедленное развитие гипоталамических центров, обуславливающих рост ребенка. Прием антиэпилептических препаратов вызывает недостаточность минеральных веществ. Дисфагия, сниженная физическая активность, гиперкинезия приводят к быстрому возникновению и дальнейшему прогрессированию БЭН. Сопутствующая лактазная недостаточность, анемия, пищевая аллергия, мальабсорбция, частые бронхиты и пневмонии могут усугублять имеющиеся нарушения нутритивного статуса у детей с ДЦП. Это приводит к снижению эффективности лечебных мероприятий и реабилитационного потенциала [3]. Оценка нутритивного статуса у детей с неврологическими заболеваниями, в том числе ДЦП, является необходимой и значимой частью лечения данной группы пациентов. К методам оценки нутритивного статуса относятся: клинические (сбор анамнеза, физикальное обследование, антропометрия, калипометрия), лабораторные (клинический и биохимический анализ крови), инструментальные (биоимпедансный анализ тела или определение состава тела по формулам, предложенных J.Matiegka, оценка фактического питания, определение уровня основного обмена). Специалисты ESPHGAN рекомендуют проводить антропометрию детям с ДЦП не реже 1 раза в 6 месяцев, а лабораторную оценку микронутриентного состава не реже 1 раза в год. В силу особенностей развития детей с неврологической патологией, проведение методик оценки нутритивного статуса вызывает определенные трудности [1]. Цель: провести анализ оценки нутритивного статуса у детей с ДЦП в городе Воронеже на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы: На базе пяти поликлиник г. Воронежа было проведено анкетирование 32 педиатров. Средний возраст врачей составил 27[25;40] лет, стаж медицинской деятельности - 3 [2;8] года. Оценивалась частота антропометрии, методы оценки физического развития, методы оценки нутритивного статуса детям с ДЦП. Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение: в среднем на одном участке количество детей с ДЦП составляет 4 [2;5], регулярно приходят на прием 82,3% от общего числа. Проведение антропометрии у детей с ДЦП 1 раз в 6 месяцев осуществляется 65,6% врачей, раз в год данную процедуру проводят 25%, 1 раз в 3 месяца – 9,4%. Для оценки физического развития методом сигмальных отклонений, который является ведущим, пользуются только 9% врачей. Практически половина (40,6%) педиатров использует центильные таблицы для здоровых детей, 15,0% - центильные таблицы для детей с ДЦП, 15,6% оценивают только ИМТ. Стоит отметить, что четверть (25%) врачей-педиатров используют несколько методов для оценки физического развития детей с ДЦП. Регулярную оценку нутритивного статуса у детей с ДЦП проводит только 6,2% врачей, при этом 18,8% опрошенных врачей не знают, что такое нутритивный статус. Проведение

лабораторной оценки нутритивного статуса должно проводиться не реже одного раза в год. Большинство участковых педиатров (62,5%) проводят лабораторное обследование детей с частотой один раз в шесть месяцев, 21,9% - один раз в год, 12,5% - только при развитии острых состояний, вообще не проводят – 3,1%. Определять толщину ПЖК необходимо всем детям на каждом амбулаторном приеме: 28,1% педиатров оценивают данный показатель детям с ДЦП регулярно, 31,3% - периодически (один раз в полгода) и 40,6% не проводят данного обследования. При этом только у 12,5% опрошенных педиатров на рабочем месте есть калипометр. Измеряют детям с ДЦП окружность плеч, бедер, голеней, груди, живота 15,6% педиатров постоянно, 21,9% - периодически (один раз в год), 62,5% - не проводят данных исследований. Имеется центр здоровья в 25% детских поликлиник г. Воронежа. Среди опрошенных педиатров 62,5% работают в поликлиниках с центром здоровья, но при этом регулярно проводят биоимпедансметрию только 12,5% врачей. Ни один из опрошенных педиатров не определяют состав тела по формулам, предложенных J.Matiegka: 34,4% ввиду больших затрат времени, а 65,6% педиатров не слышали о них. Оценку фактического питания детям с ДЦП на амбулаторном приеме проводят 18,7% врачей, 12,5% не проводят, так как считают, что этим должен заниматься врач-диетолог, 68,8% не проводят по причине недостаточности времени на приеме. Оценивают уровень основного обмена по формулам Харриса-Бенедикта, Schofield, формуле ВОЗ, только 3,1% педиатров, 96,9% не оценивают ввиду недостаточности времени на амбулаторном приеме. Выводы: Регулярное проведение антропометрии детей с ЦДП проводится двумя третями врачей-педиатров амбулаторного звена, но при этом только 9 % используют рекомендованный в настоящее время метод сигмальных отклонений. Две трети педиатров работают в поликлиниках, где имеется центр здоровья и, соответственно, есть биоимпедансометр, но только 12,5% используют этот метод для оценки нутритивного статуса детей. Также большинство врачей не оценивают уровень основного обмена по формулам Харриса-Бенедикта, ВОЗ, Schofield и состав тела по формулам, предложенным J.Matiegka. Лабораторная диагностика нутритивного статуса у детей с ДЦП в большинстве случаев проводится регулярно.

Список литературы.

1. Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф. Особенности оценки нутритивного статуса у детей с детским церебральным параличом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63. №5. С. 212-216.
2. Союз педиатров России, Всероссийское общество неврологов, Национальная ассоциация экспертов по ДЦП и сопряженным заболеваниям, МООСБТ, Союз реабилитологов России. Детский церебральный паралич (ДЦП). М 2017; 62.
3. Студеникин В.М., Букш А.А. Нарушения нутритивного статуса у детей с церебральным параличом. // Лечащий врач. - 2016. - №11. - С. 68-71.

ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И ИСТИННАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 7 ЛЕТ

Разуваева Ю.Ю., Черток Е.Д., Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практической педиатрии. Особенно остро эта проблема стоит у детей в возрасте от 1 года до 7 лет в связи с расширением рациона питания и введением продуктов – гистамин-либераторов [2]. Часто у детей проявления псевдоаллергии путают с развитием истинной аллергии, не учитывая разные механизмы их развития, основываясь только на клинических

проявлениях заболевания [3]. В основе псевдоаллергии лежит повышенный выброс гистамина из тучных клеток, что чаще всего провоцируется употреблением в пищу продуктов–гистамин-либераторов [1].

Целью нашей работы было изучение распространенности, анамнестических, клинико-лабораторных и дифференциально-диагностических особенностей псевдоаллергических реакций у детей в возрасте от 1 года до 7 лет.

Материалы и методы: на базе детских поликлиник №2 и №5 г. Воронежа был произведен анализ амбулаторных карт и анкетирование матерей 91 ребенка в возрасте от 1 до 7 лет, имеющих клинические проявления атопического дерматита.

Оценивали частоту и количество употребления аллергенов и гистамино-либераторов, связь между употреблением этих продуктов и появлением сыпи, отягощенность аллергологического анамнеза, наличие сопутствующих гастроэнтерологических заболеваний, лабораторное подтверждение пищевой аллергии. Математическая обработка проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. Результаты и обсуждение: У 58 детей (63,7%) детей выявлен отягощенный наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям. Дебют кожных аллергических проявлений зарегистрирован в первые три месяца жизни у 38,5% детей, с 4 до 6 месяцев – у 48,3%, в возрасте от 1 года до 3 лет – у 13,2%. Лишь у 25,3% детей при проведении аллергических проб (исследование крови на уровень специфического иммуноглобулина Е) зарегистрирован подтвержденный диагноз пищевой аллергии на определенные продукты. Наиболее часто отмечена аллергия на белок коровьего молока (56%), рыбу (13,2%), яйцо (8,8%). При этом у 43,9% пациентов этой группы уровень общего иммуноглобулина Е был в пределах нормы, что не отрицает наличие аллергической патологии. Также нужно учитывать, что у детей раннего возраста возможны ложно-отрицательные результаты аллергических проб в связи с несовершенством иммунного ответа. Имеют сопутствующие гастроэнтерологические заболевания 18,7% детей, что не позволяет исключить аллергическое поражение желудочно-кишечного тракта. С учетом полученных данных можно думать о наличии атопического дерматита у 61,5% детей. У 33 детей (36,3%) достоверных данных, подтверждающих наличие аллергии, не выявлено. При анализе питания детей зарегистрировано, что 100 % употребляют в пищу продукты-гистаминолибераторы, из них 61,5% - 1 раз в неделю, 22 % - 1 раз в 3 дня, 16,5% - ежедневно. Наиболее часто употребляемые продукты-гистаминолибераторы – сладости (шоколад, конфеты, пастила, мармелад) – 63,7%, цитрусовые – 27,5 %, ягоды (клубника, малина) – 23 %, какао – 28,6%. У 80,2% детей этой группы отмечена четкая связь между выраженностью клинических проявлений и количеством употребленных гистаминолибераторов. При этом в медицинской документации все эпизоды кожной сыпи зарегистрированы как обострения атопического дерматита. В семейном анамнезе аллергическая отягощенность не зарегистрирована. Дебют кожных проявлений у 89% детей отмечен в возрасте от 2 до 5 лет. Уровень общего иммуноглобулина Е у 95,6% детей этой группы был в пределах нормы. У 58,2% детей имеются сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта. Полученные данные позволяют думать о наличии псевдоаллергических реакций у этих детей, которые имеют четкий дозозависимый эффект от поступления в организм гистамино-либераторов, дебют в возрасте старше 1 года, отсутствие наследственной предрасположенности к аллергии, сопутствующие гастроэнтерологические заболевания, негативные аллергопробы.

Выводы: 1. Псевдоаллергические реакции зарегистрированы у трети детей в возрасте от 1 года до 7 лет, имеющих кожные проявления аллергии. 2. Наиболее частым провоцирующим продуктом является шоколад. 3. Клинические проявления псевдоаллергии имеют четкий дозозависимый эффект. 4. Знание особенностей развития

псевдоаллергических реакций и их выявление необходимо для выбора корректной лечебной тактики.

Список литературы.

1. Зайков С.В. Псевдоаллергия и истинная аллергия: в чем сходство и различия? // Здоровье Украины. - 2018. - №16. - С. 18-19.
2. Мельников В.Л., Митрофанова Н.Н., Мельников Л.В.. Аллергические заболевания. - Пенза: ПГУ, 2015. - 88 с.
3. Павлов А.Н., Черток Е.Д. Диспансерное наблюдение детей с бронхиальной астмой в условиях поликлиники. – Молодежный инновационный вестник.- 2018, т.7, №S1.- с. 96-97.

ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ 25(ОН)D И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА

Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Рахит относится к группе дефицитных заболеваний, основным этиологическим фактором развития которого является недостаточное поступление с пищевыми продуктами или образование в коже витамина D у растущих детей [2]. Этой проблемой занимаются уже десятки лет, однако частота рахита не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 30% [4,5]. Несмотря на обилие солнца в нашей стране, рахит широко распространен. В Узбекистане рахит встречается у 27% детей 1-го года жизни [6]. Это диктует необходимость разработки и совершенствования методов его профилактики с учетом нынешних ситуаций, экологических и этнических особенностей. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р. В тоже время, содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита и, по мнению [1,3], проявления рахита могут быть и при нормальном содержании Са и Р в крови. Исследования по определению активного метаболита витамина D, который является прямым показателем дефицита, в условиях Узбекистана не проводилось.

Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 35,6%, до 12 месяцев - 43,7%, до 3-х месяцев - 20,6%. Отмечено преобладание мальчиков – 258 (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Определение 25(ОН)D3 в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -200С. Дети с 25(ОН)D3 менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющийся биохимический дефицит. Нами было установлено, что дефицит витамина D встречается у 77,2% детей, в том числе клинически выраженный рахит у 27,8% детей 1-го года жизни, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов профилактики рахита. Известно что, эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D3 с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска. Учитывая тот факт, что, несмотря на рекомендации участкового педиатра о даче витамина D3, с одной стороны, и об обязательном выполнении рекомендации врача родителями, с другой стороны, у наблюдавшихся нами детей имелись признаки рахита. По анкетным данным, мы установили, что при проведении стандартной профилактики

рахита из общего количества детей витамин D получили всего лишь 128 детей (27,4%). Следует сказать, что участковый врач путем выписывания рецепта назначал витамин D, но мать забывала ребенку ежедневно давать витамин D. Установлено, что несмотря на проведение традиционной профилактики рахита из 466 детей у 27,8% была отмечена легкая степень с степень средней тяжести, то у 72,1% клинические признаки рахита отсутствовали. У 86,1% детей с рахитом был выявлен низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови, тогда как у остальных они колебались в пределах нормы. Как ни парадоксально, у 73,8% детей без признаков рахита также нами был установлен низкий уровень основного метаболита витамина D (рис. 1). Видимо, это было связано не только отсутствием профилактических мероприятий, но и особенностями образа жизни и питания детей и их матерей. У 22,7% детей уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови был в пределах нормы, из них без признаков рахита у 26,1% детей, с признаками рахита – 13,8%. Было установлено, что несмотря на проводимую традиционную профилактику рахита, его эффективность остается низкой, о чем свидетельствуют высокая частота развития рахита и низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови детей. На наш взгляд немаловажное значение имеют также постоянная занятость матерей и неадекватное проведение профилактических мероприятий матерями. В связи с этим, мы решили модифицировать прием витамина D, а всю ответственность за проведение модифицированной профилактики возложить на патронажных медицинских сестер. Это было связано с тем, что ежедневный прием витамина D является неудобным, а порою, родители просто забывают. В связи с этим для повышения достоверности проводимой профилактики, было решено изменить не только схему, но и методику введения этого препарата. Анализ состояния детей доказал истинность нашего предположения. В связи с этим, всем детям в течение 3 месяцев витамин D давался непосредственно участковой медицинской сестрой по следующей схеме: витамин D (аквадетрим, деварон) по 4000 МЕ 1 раз в неделю с месячного возраста до конца 1-го года жизни при патронажном наблюдении ребенка (курсовая доза 160000-180000 МЕ). Следует сказать, что проведение модифицированной профилактики позволило нормализовать уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови у 89,8% детей. У 82,2% был отмечен начальный рахит и рахит периода разгара, у 17,7% - клинические признаки рахита отсутствовали. Исследования показали, что, после проведения модифицированной профилактики рахита лишь у 9,2% обследованных детей с признаками рахита уровень 25(OH)D3 остался низким, тогда как у 90,7% – он нормализовался. При этом у детей без признаков рахита у 14,3% отмечено низкое содержание 25(OH)D3 в сыворотке крови, а у 85,7% детей уровень нормализовался. Отмечалось улучшение самочувствия ребенка, нормализация аппетита и сна, прекращение обильного потоотделения при кормлении, улучшение прибавки массы тела. Общее состояние детей при обследовании после проведения курса профилактических мероприятий было удовлетворительное. Развития побочных эффектов и передозировки от применяемого препарата мы не выявили.

Следует отметить, что при проведении традиционной и модифицированной профилактики рахита в г.Самарканде и Акдарьинском районе показали свои результаты. В Акдарьинском районе рахит встречался у детей в 56,7% случаев, а в г.Самарканде – 28,5%. На момент исследования мы определили уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови у детей в зависимости от места жительства. Полученные данные показали, что в Акдарьинском районе низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови у детей с признаками рахита составил 80,2%, а нормальный уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови – 19,7%. В г. Самарканде низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови у детей с признаками рахита был отмечен у 82,9%, нормальный уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови – 17%. На момент проведения традиционной профилактики рахита в Акдарьинском районе уровень 25(OH)D3 в сыворотке крови был низкий у 96,4% детей, а нормальный – 3,4%. Аналогичная ситуация была и в г. Самарканде. Низкий уровень 25(OH)D3 в сыворотке

крови у детей с признаками рахита был у 80%, нормальный – 20% детей. После проведения модифицированной профилактики по предложенной нами схеме исследования показали блестящий результат. Так в Акдарьинском районе низкий уровень остался только у 9,5% детей, тогда как у 90,5% этот уровень нормализовался. В г.Самарканде также низкий уровень отмечался у 16,6% детей с признаками рахита, а нормальный уровень 25(ОН)D3 в сыворотке крови был у 83,4% детей.

Таким образом, предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(ОН)D3, снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

Список литературы.

1. Демин В.Ф. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста // Медицинская газета.- №13-20.2.-2004. -с.8-9.
2. Коровина Н., Захарова И., Чебуркин А. Витамин Д-дефицитный рахит // Медицинская газета №4 – 24. 1. 2001.- С.8.
3. Лукьянова Е. М., Антипкин Ю. Г., Омельченко Л. И. О современной классификации рахита у детей (в ответ на дискуссию) // Педиатрия 1991.-№7.-с.103-105.
4. Расулов А.С. и соавт. Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunorehabilitation. April, 2001, Volume 3, 17.
5. Расулова Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс.канд.мед. наук. Ташкент. – 2010.- С. 19.
6. Deniz Gungor, Ilke Biger, Rob Rodrigues Pereira, Alisher S.Rasulov e.a. Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan // J of Nutritional 2008; 000 (000): 1-9.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО ПОЛОЖЕНИЯМ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ

Сафроненко Л.А., Осипова А.В., Насытко А.Д., Кузнецов И.И.

Ростовский государственный медицинский университет

Одним из основных вопросов педиатрии является вскармливание ребенка на I-м году жизни. В настоящее время нутрициология доказала, что характер питания ребенка в первые годы жизни предопределяет, т.е. программирует особенности его метаболизма и, соответственно, развития и здоровья на протяжении всей жизни [2, 1, 4, 3]. В свете этой концепции в Российской Федерации разрабатываются клинические рекомендации, Национальные программы по оптимизации вскармливания детей первого года жизни. Последний пересмотр Национальной программы был проведен в 2017-18 гг. [2].

Цель исследования: изучить состояние вскармливания детей первого года жизни на городском педиатрическом участке и определить его соответствие основным положениям Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ (Программа).

Разработаны анкеты и проведен опрос 83 матерей детей грудного возраста в Дни здорового ребенка в детской поликлинике МБУЗ ГБ №1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону.

Результаты опроса проанализированы с позиций соответствия методики вскармливания основным положениям основополагающего документа и подвергнуты вариационно-статистической обработке при использовании Statistica 10.

Средний возраст матерей составил 25 лет. Роды были срочными у 98,8%, физиологическими – у 74 (89,2%), у 9 – путем кесарева сечения. Средняя масса

новорожденных составила 3363,2 г, длина - 51,5 см. Оценка по шкале Апгар – 8,1 балл. Грудное вскармливание 89,2% детей в период пребывания в роддоме проводилось в соответствии с режимами отделения через 3-3,5 часа. Остальные, пребывающие вместе с матерью, находились на свободном вскармливании, «по требованию». Со слов 12 матерей (14,4%) в связи с гипогалактией их дети получали докорм в роддоме искусственными смесями («Симилак», «Нутрилон»). После выписки из роддома на исключительно грудном вскармливании до 4-х месяцев находились 46 детей, до 6-ти месяцев – 58. Перевод на смешанное или искусственное вскармливание до 4-х месяцев осуществляли по разным причинам: гипо- и агалактия у 2/3; выход на работу, учебу – в остальных случаях. Выбор смесей для докорма или искусственного вскармливания был сделан по назначению участкового педиатра в 2/3 случаев. Чаще всего использовались смеси «НАН», «Нутрилон», «Малютка», «Симилак». Первый прикорм введен в период от 4-х до 6-ти месяцев в 64% случаев (в основном, в 5-5,5 месяцев), от 6-ти до 8-ми месяцев – в остальных. Причины позднего, позже 6-ти месяцев, введения прикорма в порядке убывания: достаточное количество грудного молока, убежденность во вреде «раннего» прикорма, советы педиатра, родственников, атопический дерматит. Блюдом первого прикорма в 2/3 случаев было овощное моно пюре (картофель, брокколи, цветная капуста, кабачок), у 1/3 опрошенных – каша. При этом, во многих случаях, выбор круп был беспорядочным и не соответствовал рекомендациям Национальной программы. В рационе использовались не только рисовая, гречневая, но и манная (10%), овсяная (9%) каши и их смесь. Фруктовые соки, тертое яблоко ранее 6-ти месяцев получали около 10% детей, хлеб введен в этот же период 8-ми детям. Второй прикорм был введен, в среднем, в 6,5-7 месяцев. Обращало на себя внимание беспорядочное, хаотичное по срокам (от 3-4-х до 8-ми месяцев) введение соков и фруктовых пюре у 15% детей. Интересно, что именно эта особенность рациона была в семьях, где за ребенком ухаживали бабушки. Малообъяснимо позднее введение мясных продуктов в рацион. Так, 66% детей начали получать мясо после 8-ми месяцев. Не соответствовало рекомендациям Национальной программы и время введения третьего прикорма. Так, творог и кисломолочные продукты из цельного коровьего молока вводились в 1/2 (53,2%) случаев позже 10 месяцев. У большинства опрошенных матерей дети в 9-12 месяцев вскармливались соответственно стандартам современной нутрициологии (2-3 базовых кормления и 3 прикорма). Лишь 11% малышей получали еду с «общего стола», без использования специальных блюд прикорма. Физическое и психомоторное развитие детей, в целом, соответствовало возрастным стандартам. Так, нормотрофия констатирована у 85%, паратрофия – у 14%. Пищевая аллергия (от транзиторной эритемы до атопического дерматита) отмечалась у половины детей, переведенных на смешанное и искусственное вскармливание, и у 18%, находящихся на вскармливании грудным молоком. Ни разу не болели 15 (18%) детей, неосложненные острые респираторные инфекции 1-3 раза перенесли 53 (64%), осложненные - 5 детей (средний отит, обструктивный ларингит, бронхит), неосложненные острые кишечные инфекции – 4 ребенка. При проведении вскармливания своих малышей 78% анкетированных матерей руководствовались, в основном, рекомендациями участкового педиатра, но при этом 64% из них «подкрепляли» свои знания информацией из Интернета, пользовались советами родственников, подруг – 22%, своим опытом – 14%. Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что методика проведения вскармливания детей I-го года жизни на педиатрическом участке в г. Ростове-на-Дону, в целом, соответствует основным положениям Национальной программы и, тем самым – современным позициям нутрициологии. Проводя вскармливание своих детей, матери руководствуются в большинстве случаев советами своего врача, что косвенным образом говорит о достаточной осведомленности участковых педиатров о рекомендациях основополагающего документа. Общепринятая в г. Ростове-на-Дону практика прикладывания новорожденных к груди в родильном зале способствует как оптимальному

становлению лактации, так и здоровью ребенка, в целом. Выявленная высокая частота грудного вскармливания соответствует лучшим показателям по стране. В то же время, сроки введения прикормов, их вид, не всегда соответствовали основным позициям нутрициологии.

Так, отмеченное позднее введение мясных продуктов способствует развитию железодефицитной анемии. Введение прикорма позже 6-ти месяцев также ведет к формированию дефицитных состояний (цинк, железо и пр.), нарушает развитие полезных пищевых привычек.

Список литературы.

1. Захарова, И.Н. Программирующее влияние питания на состояние здоровья ребенка / И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева, Е.Н. Суркова//Наука и здоровье. - 2013. - №2. - С. 31-36.
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. 4-е издание. - 2019.
3. Пырьева, Е.А. Новые продукты в питании детей раннего возраста и их роль в формировании пищевого поведения / Е.А. Пырьева, А.И. Сафронова, М.В. Гмошинская//Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2019. - Т. 64. - № 1. - С. 130-131.
4. Юрьев, В.К. Основные причины отказов от грудного вскармливания / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, А.В. Алексеев//Социальные аспекты здоровья населения. - 2019. - №2. - С. 11-17.

ТЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Синицкая Е.С., Шлянина Д.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Ювенильный идиопатический артрит относится к группе заболеваний, которые, как правило, поражают детей в возрасте до 16 лет. Термин «идиопатический», обозначает, что абсолютные причины её появления не изучены, а методы дифференциальной диагностики исключают остальные суставные аномалии системного характера [1]. Специалисты связывают риск развития патологического процесса, как с наследственными, так и внешними факторами и их сложным взаимодействием. Также установлено, что в формировании ювенильного идиопатического артрита у детей принимают участие сложные иммунологические механизмы [2].

Целью исследования является изучение особенностей клинико-лабораторной картины у детей с ювенильным ревматоидным артритом и выявление наиболее типичных симптомов для данного заболевания.

Материалами исследования являлись: 70 медицинских карт стационарного пациента учреждения здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница» с ювенильным идиопатическим артритом. Все дети находились на лечении в кардиоревматологическом отделении с января по декабрь 2019 года.

Методы исследования: аналитическая обработка медицинских карт стационарного пациента.

По результатам исследования было выявлено, что среди пациентов с диагнозом ЮИА преобладают лица женского пола – 47 (67,1%). Возраст детей, проходивших лечение в стационаре, составил от 1 года до 17 лет. У 8 (11,4%) детей обострение возникло после перенесенного ОРИ. Диагноз ЮИА впервые установлен (в 2019 году) 17 (24,3%) детям. Из числа госпитализированных пациентов городских жителей было 52 (74,3%) человека, сельских – 18 (25,7%). При поступлении из 2 (2,9%) ребенка не

предъявляли жалоб. Основные жалобы при поступлении: боль – 55 (78,6%) пациентов; ограничения движения – 39 (55,7%) пациентов; утренняя скованность – 30 (42,9%) пациентов; хромота – 14 (20%) пациентов; повышение температуры – 5 (7,1%) пациентов; сыпь – 3 (4,3 %) пациентов; отечность – 2 (41,4%) пациентов; снижение зрения – 2 (2,9%) пациентов. Чаще всего отмечалось поражение коленных суставов, что составило 45 (64,3%) случаев и межфаланговых суставов – 15 (21,4%) случаев. Реже поражение голеностопных суставов – 13 (18,6%) случаев, локтевых суставов – 10 (14,3%) случаев. Повторно госпитализировались в течение 2019 года 14 (20,0%) детей. Количество пациентов, которым был выставлен олигоартикулярный вариант заболевания составило 44 (62,9%) человека, полиартикулярный вариант – 20 (28,6%), моноартикулярный вариант – 3 (4,9%) человека. Серопозитивный вариант встречается только у 3 (4,9%) детей, серонегативный вариант – 61 (87,1%). Всем пациентам была проведена рентгенография суставов. 1 стадия нарушений была выявлена у 28 (40,0%) детей; 2 стадия у 13 (18,6%); 3 стадия у 2 (2,9%); 4 стадия у 1 (1,4%). По результатам УЗИ суставов были выявлены следующие изменения: синовит у 46 (65,7%) пациентов, бурсит у 11 (15,7%), киста Беккера у 9 (12,9%), выпот в полость сустава у 5 (7,1%). Системное начало было диагностировано у 4 (5,7%) пациентов. По течению: медленно прогрессирующее течение выявлено у 11 (15,7%) пациентов, быстро прогрессирующее – 6 (8,6%), непрерывно рецидивирующее – 1 (1,4%). Изменения со стороны внутренних органов были выявлены у 38 (54,3%) пациентов. Чаще отмечались поражения печени 14 (20%) и почек 8 (11,4%). По данным лабораторного обследования: отклонения от нормы выявлено у 52 (74,3%) пациентов, из них: нейтрофилез у 23 (32,9% случаев), повышение СОЭ - 17 (24,3%), снижен гемоглобин у 11 (15,3%). По результатам биохимического анализа крови: серомукоиды - повышены у 25 (44,6%) детей; СРБ повышен у 16 (22,9%) детей; повышение ревматоидного фактора наблюдалось только у 2 (3,4%) пациентов. ЦИК повышены у 17 (34,7%) детей. Среднее количество дней в стационаре составило – 17. Максимум – 52 дня, минимум – 3. Наибольшее количество обострений наблюдалось в летние месяцы - 24 (34,2%) ребенка. Выписаны с улучшением все дети. Базисную терапию метотрексатом получал 61 (87,1%) ребенок, глюкокортикостероидную терапию преднизолоном per os получали 12 (25,6%) детей.

За 2019 год в кардиоревматологическом отделении пролечено 70 пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, преобладали девочки. Из них 17 пациентам диагноз выставлен впервые, 14 детей госпитализировались дважды за год. При поступлении преобладали жалобы на боль в области суставов, ограничение движений в суставе, утреннюю скованность. У большинства детей преобладал олигоартикулярный вариант. Чаще поражались коленные суставы. Серопозитивный вариант встречался только у 2 детей. Более чем у половины детей в анализах крови отмечалась анемия, нейтрофилёз, повышение СОЭ. Все дети получали базисную терапию и выписаны с улучшением.

Список литературы.

1. Бубневич, Т. Е. Ювенильный ревматоидный артрит у детей и подростков : учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех фак. учреждений высш. мед. образования, субординаторов-педиатров, врачей общ. практики, кардиоревматологов, педиатров, слушателей курсов повышения квалификации и переподгот. / Т. Е. Бубневич, С. С. Ивкина, А.И., Зарянкина. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 49 с.

2. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник: в 2 т. / под ред. Неволainen. – СПб : Питер, 2017. – Т. 1. – 880 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Сиярова Ш.М.

Воронежский государственный медицинский университет

Состояние здоровья детского населения в настоящее время является одним из важнейших показателей качества работы здравоохранения и критерием оценки благополучия общества в целом [1]. Несмотря на внедрение новых перинатальных технологий, которые способствовали снижению перинатальной и младенческой смертности, распространенность хронической патологии у детей, а также уровень детской инвалидности остаются практически неизменными. В Воронеже функционируют три детских центра здоровья, за год в которых были обследовали 33323 пациента в возрасте от семи до 18 лет. Из них только у 14 600 не выявили факторов риска и патологий. У детей находили ожирение, сахарный диабет, бронхолегочную патологию [4].

Целью исследования стал мониторинг заболеваемости детей в Воронежской области.

Обработка информации и анализ данных, предоставленных Управлением Роспотребнадзора по Воронежской области.

В результате анализа данных доклада Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Воронежской области в 2019 году» установлено, что в 2018 году в структуре заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом среди детей в возрасте «от 0 до 14 лет» первое ранговое место заняли болезни органов дыхания - 64,5%, второе ранговое место заняли «травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (5,9%), третье - болезни органов пищеварения (4,4%). Рост показателей заболеваемости в Воронежской области за 2016-2018 годы зарегистрирован по следующим классам болезней [3]. - болезням органов пищеварения прирост составил 42,2%, т.е. увеличение с 37,33 (2016 г.) зарегистрированных больных с данным заболеванием с диагнозом, установленным впервые в жизни (показатель на 1000 населения) до 26,74 случаев (2018 г.); - болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани составил 41,6%, т.е. увеличение с 18,89 (2016г.) зарегистрированных больных с данным заболеванием с диагнозом, установленным до 53,07 случаев (2018 г.); - болезням субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности и другие формы гипотиреоза составил 49,4, т.е. увеличение с 25,76 (2016г.) до 38,48 случаев (2018 г.); - показатель заболеваемости язвой желудка и 12-перстной кишки среди детей от 0 до 14 лет за 3 года увеличился в 2 раза (2016 г. – 0,05, 2017 г. – 0,06, 2018 г. – 0,1 на 1000); - среди детей в возрасте 0-14 лет в 2016 году зарегистрировано 2 случая заболеваемости инсулиннезависимым сахарным диабетом (Таловский муниципальный район и городской округ город Воронеж), в 2017 году – 3 (Верхнемамонский, Верхнехавский муниципальные районы, Борисоглебский городской округ), в 2018 году – 2 (Бобровский и Верхнехавский муниципальные районы); - заболеваемость ожирением детского населения выросла за последние 3 года на 1,1% (2016 г. – 4,5, 2017 г – 4,23, 2018 г. – 4,55 на 1000 населения); - показатель заболеваемости гастритами и дуоденитами среди детей от 0 до 14 лет за 3 года вырос на 1,6% (2016 г. – 5,64, 2017 г. – 6,01, 2018 г. – 5,73 на 1000); - сохраняется тенденция роста случаев всех заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в данной возрастной группе: так, в 2018 году, относительно 2016 года, показатель вырос на 2,3% (2016 г. – 1550,9, 2017 г. – 1563,2, 2018 г. – 1586,8 на 1000); - в области показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2018 году вырос на 5,9%, относительно 2016 года, и составил 413,88 на 100 тыс. населения (2016 г. - 390,83, 2017 г. - 416,12 на 100 тыс. населения) [2]. В целом по Воронежской области показатели заболеваемости снизились по 11-ти классам болезней. Наиболее интенсивные темпы снижения отмечены по симптомам, признакам и отклонениям от нормы – на 69,8%, болезням системы

кровообращения – на 34,7%, болезням мочеполовой системы – на 11,2%. Рост показателей заболеваемости зарегистрирован по 7-ми классам болезней: болезням органов пищеварения (+42,2%), болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (+41,6%), новообразованиям (+6,4%), травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин (+5,8%), болезням глаза и его придаточного аппарата (+2,1%), болезням эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям обмена веществ (+1,3%), инфекционным и паразитарным болезням (+0,8%).

Список литературы.

1. Бондаренко, А.Е., Фомина, Н.Н. Медико-демографические показатели здоровья населения в Воронежской области с 2007 по 2017 годы / А.Е. Бондаренко, Н.Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № 2. С. 455-456.

2. Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Воронежской области в 2019 году» – Воронеж: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Воронежской области, 2020 – 200 с.

3. Иваненко, В.А., Фомина, Н.Н. Исполнение государственной программы «Развитие здравоохранения»: региональный аспект / В.А. Иваненко, Н.Н. Фомина. // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № S1. С. 62-63.

4. Фомина, Н.Н., Кретьова, О.Б., Маврина, Е.А. Практики по формированию здорового образа жизни горожан / Н.Н. Фомина, О.Б. Кретьова, Е.А. Маврина // В сборнике: Оздоровительная физическая культура, рекреация и туризм в реализации программы «Здоровье нации». Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 2019. С. 140-142.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У РЕБЕНКА

Ткаченко Е.А., Шеховцова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое воспалительное заболевание толстого кишечника, наиболее часто проявляется у детей и лиц молодого возраста. Риск развития серьезных осложнений при НЯК подчеркивает медико-социальную значимость данной проблемы. Цель работы: изучить особенности клинической картины НЯК у ребенка. Задачи исследования: проанализировать жалобы, данные анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра, результаты дополнительных исследований при НЯК.

Выкопировка данных из истории болезни ребенка; сбор жалоб и анамнеза; оценка данных объективного осмотра; оценка результатов лабораторных исследований; анализ литературных данных.

Больной Н. В. в возрасте 11 лет поступил в приемное отделение ДГКБ им. Г.К. Филиппского с жалобами на наличие жидкого стула до 12-14 раз в сутки с патологическими примесями (кровь, слизь, гнойное отделяемое); боли в околопупочной области, не связанные с приемом пищи; потерю массы тела (12 кг за месяц); выраженную слабость; отказ от еды.

Анамнез заболевания: в октябре 2019 года ребенок получал антибактериальную терапию (цефтриаксон) в связи с острым тонзиллитом. После этого появились боли в животе, ребенок был осмотрен участковым педиатром, назначен аципол, панкреатин, энтерофурил без эффекта. Через 2 недели появился неустойчивый стул до 3 раз в сутки, отмечалось однократное повышение температуры до 37,5 С. Вновь были назначены

биопрепараты, энтеросорбенты. В начале ноября отмечалось ухудшение состояния: стул частый, жидкий с примесью крови и слизи, усилилась боль в животе. В связи с данными жалобами пациент госпитализирован по месту жительства в инфекционное отделение ГБУЗ СК "Новоалександровская районная больница". В стационаре получал терапию: стопдиар, смекта, регидрон, бифидумбактерин, в/м цефтриаксон. Отмечался кратковременный "светлый" промежуток (температура тела нормализовалась, кровь в кале не определялась) и далее состояние вновь ухудшилось (появилась кровь в кале, гипертермия до 38.5). Отменен цефтриаксон, назначен амикацин. Был осмотрен хирургом, данных за хирургическую патологию нет. Ребёнок переведён в 3 ДИО КСКИБ. При обследовании был выявлен клостридиоз (*C. difficile*, токсин А и В). Получал лечение: смекта, энтеросгель, регидрон, аципол, метронидазол, ванкомицин. Повторное обследование не выявило *C. Difficile*. Жалобы на частый жидкий стул с кровью и слизью сохранялись, ребёнок госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГДКБ им. Г.К. Филиппского. Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, протекавшей физиологически. Роды 3, срочные. Закричал сразу. Масса 3450г, рост-53 см. К груди приложен сразу. Выписан из роддома на 7-е сутки. Вскармливание грудное до 1 года 3 мес. Физическое и психомоторное развитие на 1-м году жизни нормальное. Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост- 152 см. Вес- 44,5 кг. ИМТ: 19.3 (кг/м²). Кожные покровы бледные, сухие, эластичность снижена. Органы дыхания и кровообращения- без особенностей. Язык: розовый, сухой, обложен налетом. Живот вздут; при пальпации болезненный в околопупочной области. Стул до 10 раз в сутки, с примесью слизи, крови. Лабораторно-инструментальные исследования: В ОАК лейкоцитоз (WBC 17,95 *10⁹/L), моноцитоз (19%), ускорение СОЭ (27 мм/ч). В биохимическом анализе крови: сидеропения (железо 3,2 мкмоль/л), повышение уровня С-реактивного белка (> 10 мг/л). в копрограмме: консистенция – жидкая, слизь+, реакция на скрытую кровь – положительная, лейкоциты – большое количество.

УЗИ брюшной полости: умеренно выраженные диффузные изменения паренхимы печени. Контурная деформация желчного пузыря. Толстокишечная видеоскопия: осмотр до купола слепой кишки. Просвет кишки обычный. В просвете гноевидное содержимое. Складки и гаустры выражены нормально, расстояние между складками 3 - 4 см. Тонус кишки нормальный. Слизистая толстой кишки (от ануса и до купола слепой кишки) диффузно гиперемирована, отечна с внутрислизистыми геморрагиями, множественными эрозиями и поверхностными язвами. Контактная кровоточивость слабо выражена. Произведена биопсия. Баугиниева заслонка губовидной формы. Аппарат проведен в подвздошную кишку, просвет ее не изменен, слизистая розовая.

Заключение: Неспецифический язвенный колит умеренной степени активности, тотальное поражение. Морфологическое исследование препарата тканей толстой кишки: микроскопически биоптаты слизистой оболочки толстой кишки с густой инфильтрацией собственной пластинки лимфоцитами, плазмócитами, нейтрофильными лейкоцитами, регенераторными изменениями эпителия, единичным микрофокусом эрозирования. ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС=120 в мин. Нормальное положение ЭОС. АВ-блокада I степени. Выраженные диффузные нарушения процессов реполяризации миокарда. Эхокардиография: Гемодинамически незначимая регургитация митрального, трикуспидального клапана и клапана легочной артерии. ДХДЖ. Консультация кардиолога: Вторичная кардиомиопатия. ФЭГДС: Заключение: *Helicobacter pylori* – ассоциированный поверхностный гастрит. Эрозивный бульбит. Клинический диагноз: основной- неспецифический язвенный тотальный колит, средней степени тяжести, стадия обострения. Сопутствующий: хронический *Helicobacter pylori* – ассоциированный поверхностный гастрит, эрозивный бульбит, стадия обострения. Вторичная кардиомиопатия. Выводы: 1. Клинический случай НЯК представляет интерес в связи с тем, что при наличии типичной клинической картины диагноз был поставлен только

через три месяца от начала заболевания. 2. НЯК требует своевременной диагностики и адекватного лечения, так как заболевание может осложняться развитием кишечного кровотечения, перфорации стенки толстой кишки, токсического мегаколона, малигнизацией, которые представляют угрозу жизни больного.

Список литературы.

1. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / А. М. Запруднов [и др.]. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 488 с.
2. Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии: учеб. пособие / И.А. Новикова, С.А. Ходулева. - Минск : Вышэйшая школа, 2017. -154-160 с.
3. Заболевания толстой кишки в детском возрасте / А.Ф. Дронов, А.И. Лёнюшкин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Толеуова Д.М., Ерлан А.Е., Мусабеков М.Б.
Медицинский университет Семей, Казахстан

Актуальность. Инфекционные поражения органов дыхания, особенно среди детского населения – одна из актуальнейших проблем настоящего времени во всем мире. Патологии органов дыхания инфекционного генеза занимают одно из ведущих мест среди болезней детского возраста. До настоящего времени инфекционная заболеваемость у детей сохраняет огромную актуальность. Инфекционная патология занимает ведущее место в структуре болезней детского возраста, составляя около 75–80% всех случаев заболеваний. В структуре летальности детей инфекционные причины выявляются в 80% случаев. За последние 5 лет в 2,5 раза увеличилось число детей до 1 года, умерших от генерализованных форм инфекций, в том числе вирусной этиологии (62%), большинство из которых не распознается прижизненно [1].

Цель исследования: Провести статистический анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости и смертности детей первого года жизни от инфекционных болезней органов дыхания по Восточно-Казахстанской области (ВКО) за последние 20 лет. Был проведен анализ материалов официальной статистики Министерства здравоохранения Республики Казахстан за последнее двадцать лет (1999, 2004, 2009, 2015 и 2019 годы). Дизайн исследования: ретроспективный эпидемиологический анализ.

В 2019 году общая смертность детей в возрасте до 1 года от инфекционных болезней такие как, ОРВИ, грипп и пневмония составило 7,78 случаев на 10 000 родившихся живыми. Это в 5,8 раз меньше чем в 1999 году (45,1 случаев на 10 000 родившихся живыми), в 4,6 раза меньше чем в 2005 году (35,6 случаев на 10 000 родившихся живыми), почти 2,2 раза меньше чем в 2009 году (16,8 случаев на 10 000 случаев на 10 000 родившихся живыми) и 1,2 раза меньше чем в 2015 году (10,1 случаев на 10 000 родившихся живыми). Наблюдается положительную динамику в снижении показателей детской смертности [2-6]. Из общей заболеваемости инфекционными заболеваниями стоит отметить также болезни органов дыхания. В ВКО данный показатель также подвергся к снижению и уже к 2019 году составил 7,78 случаев на 10 000 родившихся живыми. В 1999 году показатель имел пиковый показатель 48,2 случаев, а в 2005 году 35,6 случаев, в то время как в 2009 году составило 18,5 случаев и 10,1 случаев в 2015 году на 10 000 родившихся живыми [2-6]. Уровень младенческой смертности - один из значимых показателей уровня здоровья населения. Как и упоминалось ранее, среди причин младенческой смертности инфекционные поражения дыхательных путей

занимают одно из ведущих мест. За последние 20 лет уровень смертности детей первого года жизни от инфекционных болезней органов дыхания стремительно идет на спад, отмечается положительная динамика. Своего пика младенческая смертность достигла в 2003 году, а после, с каждым годом наблюдалось улучшение ситуации. Так к 2019 году смертность детей первого года жизни от инфекционных болезней дыхательных путей снизилась в 8 раз [6]. В настоящее время наиболее серьезную проблему в патологии детей раннего возраста составляют инфекции нижних дыхательных путей, особенно пневмонии. Пневмония среди причин летальности как в целом среди детского населения, так и среди детей первого года жизни берет наибольшую долю. Но при этом, данный показатель в настоящее время имеет тенденцию к снижению, как и другие инфекционные поражения органов дыхания. В период с 1999 по 2003 гг. показатели младенческой смертности в нашем регионе от инфекционных поражений дыхательных путей, в том числе и от пневмонии достигали в среднем 44,4 на 10000 детей родившихся живыми. В то время, как в западных странах столь высокие уровни смертности не регистрировались. После 2003 года уровень летальности среди детей 1-ого года жизни стремительно идет на спад [2-3]. Несмотря на то, что за последние года мы наблюдаем положительную динамику, на сегодняшний день смертность от инфекционных поражений дыхательных путей, в том числе и от пневмонии все так же занимает одно из ведущих мест среди причин летальности.

Динамика заболеваемости детей первого года жизни инфекционными болезнями дыхательных путей заметно улучшилась, и к настоящему времени показатели заболеваемости снизились в 2 раза. Но патология дыхательных путей инфекционного генеза среди детей остается распространенной и по сей день является одной из ведущих причин госпитализации, а также младенческой смертности. Показатели младенческой смертности к настоящему времени от инфекционных болезней дыхательных путей в нашем регионе снизились в 8 раз. В развитии положительной динамики немаловажную роль сыграла результативность вакцинации за последние 20 лет.

Список литературы.

1. Мазанкова Л.Н., Горбунов С.Г. Инфекционные болезни у детей: актуальность и междисциплинарные аспекты подготовки педиатров в системе последиplomного образования врачей// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – №1. – С. 4-7.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 1999 году - стат. мат. - Алматы. - 2000.- С.73.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2005 году - стат. СБ. - Астана, 2004.-с. 79.
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году - стат. СБ. - Астана-Алматы, 2010.- с. 105
5. здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году - стат. СБ. - Астана, 2014.- С. 24.
6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году - стат. СБ. - Нур-Султан, 2020.- С. 22.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНТЕРОСОРБЕНТНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Федорова С.А., Ульянова Л.В., Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет

Эндотоксиновая агрессия оценивается как универсальный механизм, большинства заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза. Несмотря на некоторое снижение уровня заболеваемости кишечными инфекциями, их диагностика и проведение рациональной терапии, вызывают значительные затруднения [2].

В педиатрической практике применяется патогенетически обоснованный, эффективный и безопасный метод гастроинтестинальной энтеросорбции, механизм лечебного действия которой связан с прямым и опосредованным эффектом [3]. В ряде исследований показано, что даже кратковременная энтеросорбция (в течение двух дней) по дезинтоксикационному эффекту сопоставима с гемосорбцией [6].

При выборе энтеросорбента следует руководствоваться данными о степени его стандартизованности, технологичности и, главное, доказанной клинической эффективности. Карбопект – комбинированное энтеросорбирующее лекарственное средство отечественного производства с противодиарейным и дезинтоксикационным действием. Препарат относится к группе поливалентных антидотов, в составе которого только натуральные компоненты – уголь активированный, пектин и микрокристаллическая целлюлоза. Действие препарата заключается в нейтрализации токсинов и ксенобиотиков, в связывании газов, сорбции бактерий и продуктов их гибели, эндотоксинов и коррекции обменных процессов, при этом достигается снижение метаболической нагрузки на органы детоксикации. Цель исследования: оценить эффективность энтеросорбента карбопект в комплексном лечении детей с острой кишечной инфекцией вирусной и бактериальной этиологии. Проведено проспективное сравнительное исследование применения карбопекта у детей, в возрасте от 2 до 7 лет, при ротавирусной инфекции и острой бактериальной кишечной инфекции, госпитализированных в отделения Областной детской клинической больницы №2 г. Воронежа с мая по октябрь 2020 г. Критерии включения в исследование: подтвержденный диагноз острой кишечной инфекции, возраст от 2 до 7 лет. Включение пациентов в исследование осуществлялось после получения письменного согласия их родителей. Распределение по группам осуществляли в соответствии с порядком поступления в стационар. Пациенты с нечетными порядковыми номерами были включены в 1 группу, получавших базисную терапию инфекционного заболевания и карбопект (n-92), пациенты с четными порядковыми номерами были включены во 2 группу (контроля), которым назначалась базисная этиотропная терапия (n-86), с применением в качестве энтеросорбента – активированного угля в стандартной возрастной дозе. Подтверждение диагноза осуществлялась по протоколу клинико-лабораторного обследования пациента с острой кишечной инфекцией. Распределение пациентов по виду нозологий в 1 группе (n-92): ротавирусная инфекция (n - 39), эшерихиоз (n - 13), сабмонеллез (n - 8), дизентерия (n - 8), неуточненный гастроэнтерит и колит (n - 24). Распределение пациентов во 2 группе (контроль) (n-86) было сопоставимым с частотой нозологий в 1 группе: ротавирусная инфекция (n - 42), эшерихиоз (n - 10), сабмонеллез (n - 7), дизентерия (n - 5), неуточненный гастроэнтерит и колит (n - 22). Капсулы карбопект назначали за 1–2 ч. до или после еды или приема иных препаратов. Детям младше 6 лет капсулы перед приемом раскрывали, их содержимое добавляли в воду и давали в виде взвеси. Дозу подбирали индивидуально, исходя из расчета 50 мг/кг массы тела 3 раза в день, продолжительность лечения составляла 5 суток. Оценку динамики симптомов инфекционных заболеваний (регресс интоксикации и диспепсии) проводили с использованием 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ: 0 баллов – симптом отсутствует, 10 баллов – симптом

максимально выражен). Контрольные осмотры проводились на 3-й, 5-й и 7-й день от первичного осмотра, осуществлялись и ежедневные осмотры пациентов. Оценка переносимости препарата проводилась по наличию/отсутствию аллергических реакций и других побочных эффектов на фоне приема препарата. Для проведения статистического анализа были применены программы STATISTICA v. 10.0 (StatSoft Inc., США). При использовании критерия Стьюдента для достоверности различий уровень критической значимости (p) был принят равным 0,05. В первый день исследования 96% пациентов двух групп наблюдения предъявляли жалобы на симптомы инфекционного заболевания, на 3-й день лечения в первой группе пациентов с ротавирусной инфекцией жалобы предъявляли 62% пациентов, и 65% больных с бактериальной кишечной инфекцией, тогда как в контрольной «вирусной» подгруппе больных – 83%, а в контрольной «бактериальной» подгруппе – 71% ($p < 0,05$). На 5-й день от начала лечения отмечена положительная динамика жалоб у всех больных, но с достоверно лучшей динамикой у пациентов, получавших на фоне базисной терапии карбопект: в первой группе отмечены жалобы у 25% пациентов, а в контрольной группе у 39% ($p < 0,05$).

До начала лечения выраженность инфекционно-токсического синдрома в баллах ВАШ у пациентов групп исследования не отличалась ($p > 0,05$), на 3-й день лечения отмечали более выраженную положительную динамику в 1 и незначительную в контрольной группе, на 5-й день лечения выраженность инфекционно-токсического синдрома в 1 группе была в 2,5 раза ниже, чем в группе контроля больных с ротавирусной инфекцией ($p < 0,05$) и в 2,1 раз ниже, чем в группе контроля у пациентов с бактериальной кишечной инфекцией ($p < 0,05$). На 7-й день от начала лечения инфекционно-токсический синдром был устранен у всех наблюдаемых больных. До начала лечения выраженность кишечного синдрома, согласно показателям ВАШ, у пациентов групп исследования не отличалась ($p > 0,05$). На третий день лечения сохранялись проявления кишечного синдрома, однако в 1 группе положительная динамика более выражена, чем в контрольной. На 5-й день сохранялась стабильная положительная динамика в обеих группах, однако в 1 группе по сравнению с контролем выраженность кишечного синдрома была в 1,9 раза ниже ($p > 0,05$), на 7-й день кишечный синдром был купирован в обеих наблюдениях. Синдром рвоты зарегистрирован у всех пациентов и выраженность его была одинаково высокой до начала лечения, но на 5-й день терапии выраженность данных симптомов в 1-й группе пациентов с вирусной инфекцией была в 2,1 раза ниже, чем контрольной ($p < 0,05$), а у пациентов с бактериальной кишечной инфекцией – в 1,6 раз ниже по сравнению с контрольной «бактериальной» подгруппой ($p < 0,05$). По данным клинических осмотров продолжительность жалоб в первой группе в среднем была меньше на 3 дня по сравнению с группой контроля, как при вирусной, так и бактериальной кишечной инфекции ($p < 0,05$). Во время лечения была отмечена высокая комплаентность пациентов и их родителей к апробируемому энтеросорбенту. Наблюдалась его хорошая переносимость, побочных эффектов не зарегистрировано. В настоящее время существует большое количество адсорбентов: фильтрум, смектит, энтеросгель и др. Сравнение препаратов проводилось *in vitro* [5], показатели сорбционной активности фиксировались в лабораторных условиях, при этом сравнительных клинических исследований не проводилось. В сравнительном клиническом исследовании проведена оценка полисорба и смектита только у больных с вирусными гастроэнтеритами и лямблиозом, пациенты с бактериальными процессами не входили в группы изучения [1,2].

В нашей работе проведено сравнение клинической эффективности стандартного, часто используемого монокомпонентного сорбента – активированного угля и комплексного препарата карбопект у детей с вирусными и бактериальными гастроэнтероколитами, доказана его высокая эффективность. Преимущества карбопекта объясняются тем, что средство за счет своего состава обладает тройным эффектом – выводит токсины, восстанавливает работу желудочно-кишечного тракта и его

микрофлору. При этом препарат имеет высокий профиль безопасности, поскольку не метаболизируется в пищеварительном тракте. Энтеросорбция является эффективным и безопасным методом комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей. Патогенетически обусловленным является применение препарата карбопект у детей при энтероколитах различного происхождения, что обусловлено как его детоксикационными свойствами, так и возможностями нейтрализации самого инфекционного агента. Прием препарата приводит к быстрому улучшению самочувствия больных, положительной динамике клинических проявлений. Благодаря такому многоплановому позитивному воздействию на организм больного карбопект в качестве базового детоксиканта рекомендуется использовать в составе комплексной терапии кишечных инфекций в детском возрасте.

Список литературы.

1. Белоконова Л.В. Оценка клинической эффективности современных энтеросорбентов при лечении ротавирусных гастроэнтеритов у детей /Л.В. Белоконова // Современные проблемы науки и образования. –2017.–№3.–С.78-83.
2. Данилова Е. И., Трусова О. Ю., Головачёва Е. И. Эффективность применения энтеросорбентов в терапии лямблиоза у детей / Е. И. Данилова, О.Ю. Трусова, Е. И. Головачёва // Доктор.Ру. Педиатрия. - 2016. -№ 6 (123). - С. 32–37.
3. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г. Эффективность энтеросорбции в коррекции синдрома эндотоксинемии при атопическом дерматите у детей /Б.А. Шамов, Т.Г. Маланичева // Лечащий врач. - 2015.-№8.-С.21-26.
4. Филатова Т. А. Возможности энтеросорбентов при аллергических заболеваниях у детей / Т. А. Филатова // Практика педиатра. -2016. - №2. - С. 14–16.
5. Щербаков П.А., Петухов В.А. Сравнительная эффективность энтеросорбентов при диарее у детей// Вопросы современной педиатрии. -2010.-т4.-№4. – С.86-90.
6. Lee J. B., Yamagishi C., Hayashi K, Hayashi T. Antiviral and immunostimulating effects of lignin-carbohydrate-protein complexes from *Pimpinella anisum* / J. B. Lee, C.Yamagishi, K. Hayashi, T. Hayashi //Biosci. Biotechnol. Biochem. – 2014.- 75 (3).- P. 459-465.

ГЛИКОГЕНОВАЯ БОЛЕЗНЬ 1a ТИП: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Черкасова Е.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Гликогеновая болезнь относится к наследственной патологии углеводного обмена, причиной которой являются мутации различных генов, кодирующих ферменты, ответственные за синтез и распад гликогена. Вследствие энзимных дефектов происходит избыточное отложение гликогена в клетках различных тканей, главным образом в печени и мышцах.

Цель работы: изучить особенности клинической картины гликогеновой болезни 1 а типа (болезнь фон Гирке) у ребенка. Задачи исследования: проанализировать жалобы, данные анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра, результаты дополнительных исследований при гликогеновой болезни 1 а типа у ребенка.

Материалы и методы исследования: выкопировка данных из истории болезни ребенка; сбор жалоб и анамнеза; оценка данных объективного осмотра; оценка результатов лабораторных исследований; анализ литературных данных. Результаты и обсуждения. Больной N. В. в возрасте 4 лет поступил в приемное отделение ДГКБ им. Г.К. Филиппского в экстренном порядке. Основные жалобы (со слов матери): боль в животе,

тошнота, рвота 8 – 10 раз, общая слабость, вялость, беспокойный сон, гипогликемия 1,2 – 2 ммоль/л. Анамнез жизни и заболевания: ребенок от 1 – ой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 8 недель, в 37 недель. Роды срочные, 39 недель, путем ОКС. Вес при рождении 4790 г, рост 57 см, Апгар – 7/8 баллов.

Близкородственный брак: мать и отец – троюродные брат и сестра. С рождения на искусственном вскармливании. С рождения у ребенка отмечались: увеличение размеров живота, потребность в частых кормлениях, судорожная готовность при длительном голодании. Со слов мамы, педиатр не обращал внимание на увеличение размеров печени. В 8 месяцев проведено УЗИ органов брюшной полости: выраженная гепатомегалия, диффузное повышение эхогенности паренхимы печени. В биохимическом анализе крови в 11 месяцев – гипогликемия (0,3 ммоль/л), повышение АЛТ (89 ед/л), АСТ (125 ед/л). В возрасте 1 года ребенок был консультирован инфекционистом, диагноз «Ферментопатия, гликогеноз Гирке». Ребенок был направлен в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» в ОПГГиД, где была отмечена гепатомегалия, в биохимическом анализе крови: гиперферментемия, гипогликемия (снижение до 1,6 ммоль/л), , лактат-ацидоз, альфа – 1 – антитрипсин -0,751 г/л (норма 0,9 – 2г\л). Отмечалось снижение уровня глюкозы крови до 2,4 ммоль/л и до 2 ммоль/л в течение всего времени мониторингования. Был взят образец крови на генетическое исследование недостаточности альфа – 1 – антитрипсина, мутаций обнаружено не было; выполнен полный анализ гена G6PC (гликогеноз Ia тип). Исследованы экзоны 1 – 5 гена. В экзоне обнаружена частая мутация с.247C>T (Arg83Cys) в гомозиготном состоянии. Диагноз «Гликогеноз, Ia тип» с высокой вероятностью подтвержден. Очередная госпитализация в ФИЦ питания в возрасте 2 года 10 месяцев с жалобами на повышенную утомляемость, потоотделение, отставание в психоречевом развитии. Объективно: гепатомегалия, в ОАК –анемия 1 ст (Hb 109/108/101 г/л), в б \х крови -метаболический и лактат -ацидоз. Ребенок получал лечение: диета – индивидуальная с исключением пищевого сахара, крахмал 24 г каждые 4 часа, амоксилав, флуконазол, изофра, урсофальк, смесь Нутридринк. Ребенок выписан с улучшением. Данные объективного осмотра при поступлении: Ребенок, 4 года; состояние тяжелое, положение пассивное. Физическое развитие средне - низкое, резко дисгармоничное. Подкожно – жировой слой развит слабо. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах. Печень увеличена (по передней аксилярной линии +2, по правой средне – ключичной линии +4,5, по правой парастернальной линии +6, по срединной +7,5, по левой парастернальной +2,5, по левой среднеключичной линии +1 см), край печени выступает из – под края правой реберной дуги на 5 – 6 см, край упругий, эластичный, безболезненный. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В биохимическом анализе крови – гипогликемия, повышение трансаминаз. В общем анализе мочи – кетонурия. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия.

Клинический диагноз: Гликогеновая болезнь, 1 А тип. Дисфункция билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря. Дефект твердого неба (синдром Робина Пьера), состояние после оперативного вмешательства от 01.06.2017г. Задержка психоречевого развития на отягощенном соматическом фоне.

Выводы: 1. Клинический случай представляет интерес в связи с тем, что проявления гликогеновой болезни отмечались у ребенка с рождения, однако диагноз был поставлен только в возрасте 1 год, не смотря на наличие яркой клинической картины. 2. Возможной причиной появления редкой мутации, предающейся аутосомно – рецессивным путем, является рождение ребенка от близкородственного брака (мать и отец ребенка – троюродные брат и сестра). 3. Метаболические нарушения, происходящие в организме при гликогеновой болезни, способствовали снижению показателя уровня физического развития ребенка, отмечалось отставание в нервно – психическом и психоречевом развитии. 4. Гликогеновая болезнь представляет угрозу для жизни ребенка, т.к

проявляется частыми гипогликемическими приступами, требующими экстренной госпитализации и лечения. Список литературы.

1. Клиническая диетология детского возраста: Руководство для врача. Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2015. 720 с.

2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Сурков А.Н., Потапов А.С., Баканов М.И., Полякова С.И., Гундобина О.С., Лозоватор А.Л. Гликогеновая болезнь у детей: учебное пособие (Болезни детского возраста от А до Я) М.: ПедиатрЪ: Союз педиатров России, 2012. 128 с.

3. Гликогеновая болезнь у детей. Клинические рекомендации для педиатров. – М.: Союз педиатров России, 2016. – 53с.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ РОССИИ

Шанина С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская детская клиническая поликлиника №2 г. Ставрополя

Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. По крайней мере 300 млн. пациентов во всем мире страдают БА. Витамин D играет важную роль в регуляции клеточного и гуморального иммунитета, оказывая влияние на патогенез БА. В настоящее время особый интерес представляет возможное использование витамина D в качестве адъювантной терапии БА.

Цель работы: изучение обеспеченности витамином 25(ОН)D детей с бронхиальной астмой, постоянно проживающих на территории Ставропольского края в зависимости от сезона года.

Лабораторное обследование включало: определение концентрации кальцидиола (25(ОН)D) методом хемилюминесцентного анализа. Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Медико-генетический научный центр» (ФГБНУ «МГНЦ»), г. Москва. Забор крови детям КГ и пациентам с БА осуществлялся с 09.2018 по 03.2019 года. Обеспеченность витамином D оценивалась по суммарному уровню кальцидиола сыворотки: уровень от 30 до 100 нг/мл – нормальная обеспеченность, от 20 до 30 нг/мл – недостаточность, менее 20 нг/мл – дефицит витамина D. Методы статистической обработки: пакет программ Microsoft Office Excel, программа статистической обработки материала AtteStat.

В исследовании приняли участие 129 детей (61,2%) здоровых (КГ) от 0 до 18 лет, проживающих в СК. В группу пациентов с БА включены 79 (38,8%) детей от 3 до 18 лет. Забор крови осуществлялся по прошествии каждого сезона. Ме [25Q-75Q] возраста в группе здоровых пациентов составила 96 месяцев [6-192], в группе пациентов с БА - 156 месяцев [120-180]. Медиана [25Q-75Q] уровня 25(ОН)D среди детей контрольной группы по сравнению с детьми, страдающими БА составила: летний период – 37,0 [30,7-51,2] нг/мл VS 36,0 [29,7-45,8] нг/мл; осеннем периоде - 25,4 [12,8-32,7] нг/мл VS 19,1 [16,6-26,3] нг/мл ($p<0,05$); зимнем периоде – 34,8 [22,8-53,1] нг/мл VS 14,9 [10-20,7] нг/мл ($p<0,05$); весеннем – 31,1 [24,6-44,6] нг/мл VS 13,2 [11,2-12,3] нг/мл ($p<0,05$). При анализе обеспеченности витамином D среди больных с БА нормальный уровень (выше 30 нг/мл) выявлен: у 74,5% детей в летнем сезоне; 15,2% - осеннем; 45,0% - зимнем, 0% - весеннем.

Недостаточность 25(OH)D (20-30 нг/мл): 17,7% детей в летнем сезоне; 28,3% - осеннем; 21% - зимнем, 0% - весеннем. Дефицит 25(OH)D (10-20 нг/мл) имели 7,8% детей в летнем сезоне; 45,1% - осеннем; 46,8% - зимнем, 100% - весеннем. Среди участников в контрольной группы адекватный уровень 25(OH)D выявлен у 80,0% летнем периоде, осеннем – 30,9%, у 66,7% детей в зимнем сезоне; 56,7% - весеннем. При анализе распространённости тяжелого дефицита среди детей контрольной группы, обращает внимание, что он не выявлен ни в одном случае. Алиментарный фактор, помимо инсоляции, является основным фактором, поддерживающим достаточный уровень витамина D в организме человека. При снижении инсоляции и изменении угла падения солнечных лучей, фактор питания становится ведущим в осенне-весенний период. В связи с этим была проанализирована сапплементация рациона питания детей в контрольной группе и пациентов с БА препаратами витамина D. По результатам исследования в контрольной группе в зависимости от сезона года дотацию препаратами витамина D получали 52,5% в летний период, 84,6% осенний, 63,3% зимний и 46,7% весенний период, соответственно. При анализе частоты приема витамина D в группе детей с БА обращает на себя внимание, что наибольшее количество детей с БА, принимавших витамин D отмечена в осенний сезон, 11 детей (23,9%); наименьшая - весенний сезон, ни один ребенок не принимал витамин D. По результатам исследования медиана кальцидиола сыворотки крови у детей с БА, получавших дотацию препаратами холекальциферола, составила: летний сезон – 46,7 [33,6-52,0] нг/мл, осенний – 22,0 нг/мл [18,3-25,6], зимний – 24,8 нг/мл [13,7-32,7], весенний – ни один пациент не получал дотацию. Напротив, гораздо более низкие уровни получены у пациентов с астмой, не имевших сапплементацию рациона витамином D: летний сезон – 33,6 [25,6-43,4] нг/мл ($p < 0,05$), осенний – 19,0 нг/мл [14-24,7] ($p < 0,05$), зимний – 14,7 нг/мл [9,7-19,0] ($p < 0,05$), весенний – 13,2 нг/мл [11,2-12,3]. Данное закономерное снижение отражает, в первую очередь, естественное с сезоном года уменьшение инсоляции, и, во вторую очередь, важность и необходимость обогащения рациона питания пациентов с хроническими заболеваниями препаратами холекальциферола. Отсутствие обогащения рациона специализированными препаратами, не позволяет достичь целевых показателей уровня кальцидиола сыворотки крови.

Выявлены достоверно более низкие показатели медианы уровня кальцидиола сыворотки крови у пациентов с БА. Получена крайне низкая частота обеспеченности витамином D пациентов с БА при сравнении со здоровыми пациентами. Продemonстрировано закономерное сезонное снижение показателей кальцидиола сыворотки крови у пациентов с БА, не получающих дотацию препаратами холекальциферола.

Список литературы.

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2016 // www.ginasthma.com.
2. Chuchalin A.G., Khaltayev N., Antonov N. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation // International Journal of COPD 2014;9 963–974
3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», IV издание. - М., 2012. - 182 с
4. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции»//Союз педиатров России [и др.]. – М.:ПедиатрЪ,2018. – 96 с.

МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.

Самаркандский Государственный медицинский институт

В последнее время появился ряд исследований, свидетельствующих о благоприятном влиянии ингаляционной терапии небутамолом на обструкцию дыхательных путей [2,5]. Однако, недостаточно работ, в которых изучалось бы влияние перорального назначения препарата у детей раннего возраста. Известно, что эуфиллин является одним из наиболее популярных препаратов, применяемых при лечении бронхообструктивного синдрома [3]. Вместе с тем, он требует определенной осторожности при применении, поскольку имеет небольшую терапевтическую широту, длительный период полураспада и вызывает ряд побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы и других органов [1,4]. Все выше указанное диктует необходимость поиска наиболее эффективных и удобных при применении у детей грудного возраста препаратов, снимающих бронхообструкцию с наименьшим побочным влиянием.

Для достижения указанной цели был проведен анализ клинических данных у 48 больных. Дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением небутамола и эуфиллина. С целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляли ЭКГ исследование до и после лечения бронходилататорами у всех наблюдаемых больных. Чрезкожное определение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом осуществлялся с помощью аппарата пульсоксиметр NELLCOR до применения препаратов и в динамике через 60 мин., 24 ч., 48 ч., 72 ч. после введения небутамола и эуфиллина. Общее состояние наблюдаемых больных было средне - тяжелым в 81,2% (n-39) случаях, тяжелым в 18,8% (n-9). При осмотре отмечено: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа почти у всех больных. При аускультации легких у всех наблюдаемых больных выслушивались сухие, средне-, крупнопузырчатые, а также единичные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех больных тоны сердца были приглушены. Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии получали небутамол внутрь (1 мг/кг 3 раза в день). Во II-ю группу также были включены 24 ребенка, которым в составе комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был назначен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг. Полученные результаты показали, что у больных I-й группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение: уже на 10-й минуте после введения небутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ, у 22 больных на 2-3 й день выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: полное снятие бронхообструктивного синдрома наблюдалось у 11 больных на 3 день лечения; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения. У 6 больных было достигнуто лишь незначительное улучшение: мокрота стала слизистой, количество ее уменьшилось. Результаты наших исследований показали, что у больных, получавших небутамол, исчезновение симптомов интоксикации происходило на 2-3 день у 91,6% больных, а во II-й группе этот показатель составил 79,1%. Особый интерес представляет купирование бронхообструктивного синдрома: так, на 2-3 день лечения больных эуфиллином купирование обструкции отмечалось лишь у 66,6% больных, при применении небутамола полное снятие бронхообструктивного синдрома отмечалось у 91% больных. Кашель с выделением мокроты у больных, получавших небутамол, исчезал на 7 день у 91,6% больных, а в группе сравнения – на 7 день у 66,6% больных. Происходила нормализация оксигенации крови у детей I-й группы, причем

статистически достоверно увеличение насыщения крови кислородом было выявлено уже на 60-й минуте наблюдения (55%). Увеличение насыщения крови кислородом параллельно отмечалось и во II-й группе, но было менее выраженным (35%). У детей I-й группы мы наблюдали снижение частоты сердечных сокращений, что может быть объяснено уменьшением выраженности бронхиальной обструкции и нагрузки на аппарат дыхания, снижением сосудистого сопротивления в большом и малом кругах кровообращения. Тогда как у больных II-й группы отмечалась тахикардия к 60-й минуте после введения препарата, причем различия по этому показателю между группами оставались достоверными на протяжении всего периода исследования. У больных I-й группы наблюдалось уменьшение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, которые имели место до начала терапии, это могло быть связано, в том числе, с улучшением дыхательной функции легких. У 2 (8,3%) детей из II-й группы наблюдалось увеличение выраженности симптомов гипервозбудимости со стороны ЦНС, что могло быть связано с развитием побочных эффектов эуфиллина. Однако в целом эти явления были нестойкими и быстро исчезали на фоне отмены препарата. Еще одним из важных показателей клинической эффективности небутомола является сокращение пребывания больных в стационаре на 2,6 дней по сравнению терапией эуфиллином, что в среднем составило $7,4 \pm 0,6$ койко-дней против $10,0 \pm 0,6$. Таким образом, хорошая переносимость, легкая дозируемость, отсутствие необходимости в обучении правильной технике приема, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы позволяют рекомендовать небутопол при лечении бронхообструкции. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых могут быть сложности в проведении ингаляционной терапии. Наш опыт лечения острого обструктивного бронхита свидетельствует о возможности применения небутомола у больных с нетяжелым и среднетяжелым течением. При тяжелой бронхиальной обструкции преимущество следует отдавать небулизации небутомола, которая позволяет достичь эффекта в более короткий срок.

1. Пероральная терапия небутомолом у детей наиболее предпочтительна в связи с хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов и необходимости в обучении правильной технике приема.
2. Применение перорально вводимого небутомола обеспечивает более быстрый и стойкий эффект, чем эуфиллин при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.
3. Исследования основных витальных показателей и чрезкожного насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии желателно проводить через 60 минут, 24 ч, 48 ч, 72 часа после приема бронхорасширяющих препаратов. Такая последовательность дает возможность широкого их использования не только с целью диагностики, но и контроля эффективности проводимого лечения.

Список литературы.

1. Зубаренко А.В., Портнова О.А., Стоева Т.В. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного состояния у детей. // Здоровье ребенка.-2007.-№4(7).-С.95-99
2. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста.//Здоровье ребенка.-2007.-№3(6).-С.14-17
3. Охотникова Е.М. Синдром бронхиальной обструкции и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. // Здоровье ребенка.-2007.-С.82-86
4. Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом.// Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сб.науч. трудов, посвященный 85 летию профессора Е.М. Витебского.- Донецк,-2007.-С. 82-86

5. Юлиш Е.И., Большевцева И.В., Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. Особенности терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста, инфицированными внутриклеточными патогенами.// Современная педиатрия.-2007.-№3.-С.175-178



РАЗДЕЛ 5.

Стоматология

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕСЪЕМНОГО ПРОВОЛОЧНОГО РЕТЕЙНЕРА ИЗ RESPOND-ДУГИ В СОЧЕТАНИИ С РЕТЕНЦИОННОЙ ТЕРМОВАКУУМНОЙ КАППОЙ

Аджигова Ф.З., Кучукова А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ретенционный период является важным этапом, завершающий ортодонтическое лечение. Если за активным периодом не следует период ретенции, то не происходит тканевая перестройка, не выравниваются процессы резорбции и аппозиции костной ткани и развивается рецидив аномалии. Для этого используются ретенционные аппараты. По литературным данным 20-25% пациентов после завершения ортодонтического лечения, считают пользование ретенционными аппаратами обременительным, снимая их, вследствие чего возникают рецидивы зубочелюстной патологии [1,3,4].

Согласно Zachrisson B.U. (1997), через 10 лет после ортодонтического лечения, достигнутое положение зубов сохраняется только у 30% пациентов, при этом в 20% случаев наблюдался ярко выраженный рецидив, у 50% пациентов явления рецидива не значительные. Следовательно, одна из главных задач врача-ортодонта - выбор наиболее эффективного комплексного подхода в решении указанной проблемы [2,5]. В настоящее время существует большой выбор конструкций ретенционных аппаратов, способных эффективно фиксировать достигнутый лечебный результат. Знание особенностей применения этих аппаратов дает наиболее оптимальный вариант ретенции для каждого пациента в зависимости от возраста, выраженности аномалии, характера патологии и длительности ортодонтического лечения. Для обеспечения фиксации результатов лечения применяют различные съемные или несъемные ретенционные ортодонтические аппараты. Традиционным ретенционным аппаратом, применяемым после ортодонтического лечения с использованием брекет-системы, остается несъемный проволочный ретейнер, фиксирующийся на небную и язычную поверхности фронтальных зубов с помощью светового композита. У данного ретенционного аппарата имеются как достоинства, так и недостатки. Преимущества несъемных ретейнеров: быстрое привыкание, не требуют особого ухода, не нарушают эстетику, не мешают окклюзионным контактам, имеют малый размер. Недостатки: затруднение гигиенического ухода, возможность внезапного частичного отклеивания, что приводит к перемещению зубов на привычное место. Именно возможность внезапной отклейки несъемного проволочного ретейнера вовремя ретенционного периода с последующим рецидивом деформации способствует поиску более надежной фиксации достигнутого лечебного результата после проведенной ортодонтической коррекции. Мы решили сравнить эффективность применения стандартного проволочного ретейнера в сочетании с термовакуумной каппой, как второго дополнительного фиксирующего аппарата, способствующего более надежной фиксации в правильном положении зубов и зубных рядов после проведенного ортодонтического лечения. Цель: сравнение ретенционного периода при использовании только съемного проволочного ретейнера из Respond-дуги и в сочетании с термовакуумной каппой.

На кафедре стоматологии детского возраста СтГМУ на лечение было взято 10 пациентов с аномалиями положения отдельных групп зубов в возрасте от 13 до 15 лет. Пациенты были пролечены с использованием брекет-системы с использованием прямой дуги. После достижения лечебного результата и устранения скученного положения зубов, всем пациентам были наклеены несъемные проволочные ретейнеры из Respond-дуги диаметром 190. На этом этапе пациенты были поделены на 2 группы по 5 человек. В первой группе с целью фиксации положительного лечебного результата приклеивался только несъемный проволочный ретейнер из Respond-дуги. Во второй группе применялось сочетание несъемного проволочного ретейнера из Respond-дуги с термовакуумной каппой - жесткий чехол из биополимеров, одеваемый на весь зубной ряд до уровня 5-7 мм ниже

клинической шейки зубов и препятствующий перемещению зубов во всех трех плоскостях. После фиксации проволочного ретейнера и снятия брекетов, пациентам из второй группы были сняты слепки из альгинатной слепочной массы с обеих челюстей и изготовлены модели из супергипса. В дальнейшем были изготовлены ретенционные каппы и припасованы всем пациентам в полости рта. Каппы предназначались для круглосуточного ношения. Пациенты были отпущены на 6 месяцев. Через 6 месяцев, при осмотре всех пациентов, было выявлено следующее: в первой группе, где использовался только несъёмный проволочный ретейнер из Respond-дуги, было выявлено 3 (5%) отклейки с одиночных зубов, которые сопровождалось изменением положения соответствующих зубов. Во второй группе, из пяти человек только у одного (1,7%) пациента была выявлена отклейка композита с зуба, при этом положения зуба не изменилось, так как использование термовакuumной каппы как второго ретенционного аппарата предотвращало рецидив ортодонтической патологии. Применение двух ретенционных аппаратов (проволочного ретейнера из RESPOND-дуги и термовакuumной каппы) позволило более эффективно осуществлять ретенцию в области фронтальных зубов, по сравнению с ретенцией только проволочным ретейнером. Также их сочетанное применение не только приводит к значительно меньшему проценту отклеек, но и не приводит к изменению положения зубов, с которых отклеился ретейнер.

Список литературы.

- 1.Алимова М.Я. Современные технологии в ортодонтии // ортодонтия. -2005. - №3. – с 8-12.
- 2.Водолацкий М.П. Ортодонтия. Учебное пособие. Ставрополь, 2014.
- 3.Горева О.Б., Данилова М.А. Разработка комплекса ортодонтических ретенционных мероприятий у пациентов после лечения сагиттальных аномалий окклюзии в период продолжающегося роста лицевого скелета. -Практическая медицина № 4 (72) / 2013
- 4.Персин Л.С. Ортодонтия. Москва, 2005.
- 5.Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. - М., 2006. С. – 544.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПРИЧИНЫ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОВ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

Битман А.М., Шмыкова А.И., Семенова М.И

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького

Показатели заболеваемости полным отсутствием зубов и нуждаемости в протезировании у людей старше 60 лет составляет от 7 до 25 % [1]. Большинство из них нуждается в съёмных зубных протезах, имеет большую атрофию костной ткани челюстей и отсюда тяжёлые условия для протезирования. Для выбора конструкции и составления плана лечения необходимо учитывать имеющиеся индивидуальные особенности в зубочелюстной области. При полном отсутствии зубов на челюстях это особенно актуально. [2,5] На данный вопрос имеется ряд нерешённых проблем. Это обусловлено тем, что после удаления зубов отмечается различная резорбция и атрофия костной ткани челюстей. Атрофические процессы в структуре нижней челюсти протекают более интенсивно, чем в верхней. В связи с этим у пожилых людей, лишившихся зубов, отмечают существенное уменьшение просвета нижнечелюстного канала и снижение высоты тела нижней челюсти. Наиболее выражено это в участке альвеолярных отростков, в области гребня, ее выраженности и формы [3,5]. В случае значительной атрофии альвеолярного отростка возникает сложность эффективного восстановления функции. Проблему стабилизации съёмных протезов при значительной атрофии В.М.Василенко предложил

решить способом постановки искусственных зубов: вначале на нижней челюсти, а затем - на верхней [4]. Для разных показателей возможно применение разных видов протезирования [2]. Это определяет актуальность данных исследований.

Материалы и методы: Клиническую оценку состояния альвеолярных отростков беззубых челюстей проводили согласно классификации Оксмана И.М., включающей четыре типа: первый тип - хорошо выраженный альвеолярный отросток второй тип – умеренная атрофия третий тип - значительная атрофия четвертый тип – неравномерная атрофия [6] По данным статистического отдела 1-й ЦГКБ г. Донецка за 2019 год изготовлено 794 съёмных протезов, из них ЧСПП 567, ПСПП 222. Обследовано 73 гипсовых моделей беззубых челюстей пациентов в возрасте от 65 до 85 лет: 29 принадлежат пациентам женского пола из которых 9 моделей верхней челюсти, 7 – нижней и 13 моделей с отсутствием зубов на двух челюстях, 44 принадлежат пациентам мужского пола из которых 11 моделей верхней челюсти, 13 – нижней и 20 моделей с отсутствием зубов на двух челюстях. В общей сумме имеем 53 модели нижней челюсти и 53 верхней. Учитывалась причина утраты зубов по амбулаторным карточкам. К 1-му типу атрофий условно приняли высоту альвеолярного отростка у лиц с интактными зубными рядами. Для этого у добровольцев снимали с активным формированием края полные анатомические оттиски. На 12 гипсовых моделях измеряли высоту альвеолярного отростка от переходной складки до шейки зубов в области медиальных резцов, клыков, первых премоляров и первых моляров с двух сторон. Высота альвеолярных отростков варьировала от 14 мм до 17 мм. Аналогичные измерения проводили на гипсовых моделях изготовленных по индивидуальным ложкам пациентов, проходивших лечение в отделении. Измерения проводили с помощью Устройства для определения высоты альвеолярных отростков и высоты бугров гипсовых моделей челюстей (Рацпредложение №6338 от 14.11.2019).

Результаты и обсуждения: Высота альвеолярного отростка, условно относящаяся к первому типу, составляет 15 мм. Диапазон высоты альвеолярных отростков в среднем на беззубых моделях составил минимально 3 мм, максимально 13 мм. Данный цифровой ряд был коррелирован с типами предлагаемой классификацией. Исследуемые модели беззубых челюстей высотой альвеолярных отростков 11-15 мм можно отнести к первому типу (хорошо выраженные альвеолярные отростки), 6-10 мм – ко второму типу (незначительная равномерная атрофия), 1-5 мм – к третьему типу (значительная равномерная атрофия), разность высоты альвеолярного отростка на одной челюсти между разными участками измерения составившую 6-7 мм было принято отнести к четвертому типу (неравномерная атрофия). Анализ амбулаторных карт показал, что в 78% случаев причиной утраты зубов стал осложненный кариес, а в 22%- пародонтит, как симптоматическое проявление сахарного диабета второго типа что соответствует 15 моделям челюстей с равномерной значительной атрофией. Моделей с атрофией первого типа выявлено 3, второго типа – 30. Моделей четвертого типа – 8.

Выводы. У лиц преклонного возраста преобладает второй тип альвеолярного отростка с незначительной атрофией. У страдающих сахарным диабетом 2-го типа определяется значительная атрофия, но равномерная. Впервые получены цифровые значения типов альвеолярных отростков, что может иметь практическое значение при конструировании полных съёмных протезов.

Список литературы:

1. Корж В.И. Нуждаемость в протезировании и причины утраты зубов / Корж В.И. // Весник гигиены и эпидемиологии 2008г. - том12, №1. -с.171-175
2. Корж В.И. Клинико-экспериментальное обоснование усовершенствованной технологии изготовления полных съёмных протезов на верхнюю челюсть. Автореферат к.мед.н. Киев, 2011г. с.19.
3. Василенко В.М. Устойчивость полных съёмных пластиночных протезов в зависимости от постановки искусственных зубов: Автореферат к.мед.н. Донецк, 1987г.с.19.

4. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. Ортопедическая стоматология. Изд. 2-е, М., «Медицина», 1978, 464 с.
5. Ортопедическая стоматология: учебник /под ред. Каливрадджияна Э.С. Оганян А.С., Гордеева Т.А. -3-е изд., перераб. и доп.- М.:ГЕОТАР-медиа, 2020.-800с.

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Битман А.М., Шмыкова А.И., Хоролец Д.В

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького

Введение. Качество протезов зависит от качества гипса: прочности и водопотреблении. Важной характеристикой гипса является его прочность при сжатии, поскольку на различных этапах изготовления зубных протезов он подвергается тому или иному механическому давлению, а, следовательно, должен выдерживать определенные нагрузки. Одной из первых характеристик, с которой сталкиваются врачи и зубные техники при работе с гипсовой смеси без потери качества приготовленной смеси. [1,2,3,4,5,6,7]

Материалы и методы. В качестве исходного материала выбран гипс стоматологический. Определялось время начала схватывания до полной кристаллизации гипса. Для приготовления образцов использовали специальные пресс-формы, имеющие диаметр 20 мм и высоту 40 мм. Гипс замешивали на разных растворах: 3%-солевой, 3%-сахарный и 3%-раствор буры, дистиллированной воде в соотношении 28 мл на 100 г порошка. По истечении 45 мин образцы извлекали из форм и оставляли на 15 мин при комнатной температуре. Для измерения температуры был применен электротермометр – DigitalThermometer. Процесс кристаллизации гипса наблюдали в течение 1 часа.

Результаты исследования. При замешивании гипса с использованием дистиллированной воды ее температура составляла 23оС, а температура окружающей среды – 19оС. Интервал температуры кристаллизации гипсовой модели, замешанной на воде составлял 23,1-24.70С, пик экзотермической реакции достигал 30,5оС. Гипс, замешанный на 2,5% солевом растворе, температура раствора составила 39 оС, температура окружающей среды 26 °С. Гипсовая модель полностью прошла процесс кристаллизации за 34 минуты. Результаты кристаллизации гипса, замешанного на 3% растворе буры. Температура раствора составила 23,7 оС, температура окружающей среды – 24 оС. В данном случае полная кристаллизация гипса заняла 1 час. гипс на 3% растворе сахара при температуре раствора 23,7 оС и температуре окружающей среды 24 оС. Сахар значительно замедляет процесс кристаллизации гипса, данный образец потребовал больше всего времени для застывания (1,5 часа) Как показали исследования в среднем при комнатной температуре гипс застывает в течении одного часа, при необходимости время твердения модели можно ускорить снизив влажность воздуха, повысив температуру окружающей среды либо добавив катализатор в раствор (соль), однако при ускорении скорости твердения модель становится более хрупкой и пористой, что может отразиться на качестве протеза выполненного при использовании такой модели. В случае замедления скорости кристаллизации гипсовой модели, чего можно добиться, повысив влажность воздуха, понизив температуру окружающей среды или используя катализатор в растворе для замешивания (сахар), модель получается более прочной и менее пористой, однако потраченное время несоизмеримо полученным качественным улучшениям модели.

Список литературы.

1. Каливрадджиян Э.С. Применение модифицированного гипса стоматологического 3 типа в клинике ортопедической стоматологии / Каливрадджиян Э.С., Оганян А.С., Гордеева

Т.А. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – Воронеж, 2015. – С. 529-531.

2. Каливрадзиян Э.С. Изучение влияния модификаторов на физико-механические свойства стоматологического гипса 3 типа / Каливрадзиян Э.С., Оганян А.С., Гордеева Т.А. // Вестник Волгоградского Государственного Медицинского университета. – Волгоград, 2016. – С. 74-77.

3. Оганян А.С. Влияние различных модификаторов на физико-механические свойства стоматологического гипса / Оганян А.С., Гордеева Т.А., Крючков М.А. // Молодой ученый. – Воронеж, 2015. – С. 90-93.

4. Оганян А. С. Разработка и комплексное исследование модифицированного кристаллического гипса 3 класса для съёмного протезирования в ортопедической стоматологии Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград 2017

5. Применение гипса в ортопедической стоматологии: особенности и перспективы / Каливрадзиян Э.С., Шалеев О.Н., Гордеева Т.А., Ерофеев А.А., Оганян А.С. // Дентал Юг. – Краснодар, 2012. – С. 34-36.

6. Применение гипса в ортопедической стоматологии: новинки, сравнения, перспективы / Каливрадзиян Э.С., Шалеев О.Н., Гордеева Т.А., Ерофеев А.А., Оганян А.С. // Стоматология сегодня. – Москва, 2012. – С. 92-93.

7. Ортопедическая стоматология: учебник /под ред. Каливрадзияна Э.С. А.С. Оганян, Т.А. Гордеева -3-е изд., перераб. и доп.- М.:ГЕОТАР-медиа, 2020.-800с.

ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ПАТОЛОГИИ ОККЛЮЗИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Водолацкий В.В., Натарева Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

В сагиттальной плоскости отмечаются две патологии окклюзии зубных рядов: дистальная и мезиальная окклюзия зубных рядов. В детском возрасте дистальная окклюзия зубных рядов имеет частоту 45-50%, мезиальная окклюзия зубных рядов 3-10%. Патология окклюзии зубных рядов в сагиттальной плоскости у детей всегда вызывает деформацию лицевого скелета и нарушение основных функций зубочелюстной системы: дыхания, жевания, глотания и речи. Важной проблемой после завершённого этапа лечения патологии окклюзии в сагиттальной плоскости является удержание достигнутого результата.

Совместно с сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста, нами проведен анализ 562 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в ортодонтическом отделении детской стоматологической поликлиники г. Ставрополя за 2019 г. Из них у 211 детей ($37,54 \pm 0,54\%$) имелась патология зубочелюстной системы в сагиттальной плоскости. При этом у 179 ($84,83 \pm 0,29\%$) из них имелся диагноз - дистальная окклюзия зубных рядов, мальчиков - 74 ($41,35 \pm 0,89\%$), девочек - 105 ($58,65 \pm 0,62\%$). У 32 ($15,17 \pm 1,62\%$) отмечался диагноз - мезиальная окклюзия зубных рядов (мальчиков - 14 ($43,75 \pm 2,00\%$), девочек - 18 ($56,25 \pm 1,56\%$). К ретенционному периоду приступили все 211 детей с патологией зубочелюстной системы в сагиттальной плоскости, которые завершили лечение. У 179 детей с дистальной окклюзией зубных рядов в ретенционном периоде использовались съёмные пластиночные аппараты Хаулея (96 - $53,65 \pm 0,69\%$), ретейнеры (77 - $43,01 \pm 0,86\%$), каппы (6 - $3,35 \pm 4,01\%$). У 32 детей с мезиальной окклюзией зубных рядов в ретенционном периоде использовались съёмные пластиночные аппараты Хаулея - (21 - $65,62 \pm 1,28\%$), ретейнеры –

(8 – 25,01±2,11%), каппы (3 – 9,38±5,50%). Помимо ретенционных аппаратов, у 26 пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов использовалась головная шапочка с подбородочной пращей и вертикальной резиновой тягой (81,25±0,85%). Несмотря на созданные благоприятные условия фиксации ортогнатического прикуса, в ретенционном периоде отмечались случаи раннего завершения пациентами необходимого срока фиксации достигнутого лечебного результата. Из 179 детей (84,83±0,29%) с дистальной окклюзией зубных рядов 14 пациентов (7,82±2,56%) в ретенционном периоде прекратили визиты к врачу. Из 32 детей (15,17±1,62%) с мезиальной окклюзией зубных рядов в ретенционном периоде 6 пациентов (18,75±3,67%) к врачу не являлись.

Из проведенного анализа 562 историй болезни пациентов, находящихся на лечении у 211 детей (37,54±0,54%) имела патология зубочелюстной системы в сагиттальной плоскости. Из них у 179 (84,83±0,29%) определялся диагноз - дистальная окклюзия зубных рядов, у 32 (15,17±1,62%) - мезиальная окклюзия. У всех детей с дистальной и мезиальной окклюзией зубных рядов в ретенционном периоде использовались съемные пластиночные аппараты Хаулея, ретейнеры и каппы. У 26 пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов использовалась головная шапочка с подбородочной пращей и вертикальной резиновой тягой. Несмотря на созданные благоприятные условия фиксации ортогнатического прикуса, в ретенционном периоде отмечались случаи раннего завершения пациентами необходимого срока фиксации достигнутого лечебного результата у 14 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов и 6 пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов. В результате проведенного исследования нами определено, что, 26,57±9,93% детей с патологией окклюзии зубочелюстной системы в сагит-тальной плоскости, получивших квалифицированную лечебную помощь, в ретенционном периоде прекратили визиты к врачу.

Список литературы.

1. Царёва Т.Г. Сагиттальные изменения зубных рядов после лечения миофункциональными трейнерами детей с дистальной окклюзией зубных рядов / Царёва Т.Г., Косырева Т.Ф., Лапоникина А.В.// Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. - № 4. - С. 275-277.
2. Мягкова Н.В. Оптимизация выбора метода лечения на основе оценки степени тяжести мезиальной окклюзии / Мягкова Н.В., Бимбас Е.С., Бельдягина М.М.// Ортодонтия. - 2013. - № 1 (61). - С. 25-29.
3. Косырева Т.Ф. Ретенционный аппарат в ортодонтическом лечении / Косырева Т.Ф., Анурова А.Е., Воейкова О.В.// Актуальные вопросы стоматологии. Сборник тезисов межвузовской конференции. - 2018. - С. 13-16.
4. Колосовски А.И. Сравнительная оценка эффективности съемных и несъемных ретейнеров у пациентов, закончивших ортодонтическое лечение / Колосовски А.И., Кривопушкина К.С.// Смоленский медицинский альманах. - 2018. - № 1. - С. 162-164.
5. Кулманбетов Р.И. О роли ретейнеров в ортодонтии / Р.И. Кулманбетов, Д. Бубеева, Е. Дадаева, Ю. Тегай, М. Киреев // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2013. - № 1. - С. 121-125.
6. Водолацкий В.М. Особенность ретенционного периода при лечении ортодонтических больных детского возраста / Водолацкий В.М., Макалов Р.С.// Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2013. - Т. 8. - № 2. - С. 64-66.

ДИСТАЛИЗАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ МИНИ-ВИНТОВ
Водолацкий В.М., Тосунов Г.С., Байрамкулова З.А. Гализдра В.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Неподвижная опора - один из важнейших аспектов в ортодонтическом лечении. Часто мы сталкиваемся с ситуациями, когда необходима абсолютная опора - т.е. опора с мощным сопротивлением. Число людей, имеющих зубочелюстные аномалии и деформации достигает 55-65 %. В настоящее время при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций используется множество современных ортодонтических аппаратов. Но только с появлением мини-имплантов в ортодонтии, решилась проблема с абсолютной опорой. Микроимпланты могут вводиться в любой области полости рта. Таким образом мы можем контролировать перемещение зубов без кооперации со стороны пациента и без отдачи со стороны опорной группы зубов, при этом добиваясь абсолютного анкера. Мини-винты устанавливаются на верхней челюсти: 1. Вестибулярно (контроль торка, интрузия) 2. Зона скулоальвеолярного гребня (дистализация, интрузия) 3. Нёбно (интрузия, стабилизирующая опора) 4. Зона нёбного шва (MSE, дистализация) 5. Ретромолярно (устранение мезиального наклона, дистализация) Фиксация мини-винта проводится под небной анестезией. Нами использовались мини-винты длиной 13 - 14 мм, шириной 1.4 - 1.6 мм., в зависимости от места установки и наличия подвижной слизистой. В местах с подвижной слизистой использовались винты 12 - 14 мм, имеющие гладкую шейку, снижающую риск воспаления. Головки мини-винтов также различаются в зависимости от их функции (круглые, прямоугольные, треугольные, с отверстием для ортодонтических дуг и т.д.) Мы также использовали брекеты с прописью для снижения количества изгибов на дугах. Для исследования нами было взято на лечение 8 пациентов в возрасте от 16 до 24 лет с мезиальным смещением бокового отдела верхней челюсти. Всем пациентам был установлен мини-винт в зоне скулоальвеолярного гребня между 6-7 зубами. Мы рекомендуем использовать мини-винты длиной более 8 мм на верхней челюсти. Для дальнейшей стабильности винта, рекомендуем устанавливать винт перпендикулярно к поверхности кости, при этом обязательно принимаем во внимание толщину мягких тканей в зоне введения винта. Сразу после установки мини-винта можно дать эластическую тягу не более 100 г (на первые 10 дней). Максимальная нагрузка мини-винта - 350 г. Замена эластической цепочки проводилась один раз в 10 дней. В местах с подвижной слизистой использовались винты 12 - 14 мм, имеющие гладкую шейку, снимающую риск воспаления. Головки мини-винтов также различаются в зависимости от их предназначения (круглые, прямоугольные, треугольные, с отверстием для ортодонтических дуг и т.д.). Мы также использовали брекеты с прописью для снижения количества изгибов на дугах. Нами проводилось лечение пациентов с установкой мини-винта в скулоальвеолярной области. Всего в исследовании было задействовано 8 пациентов. Исходя из результатов исследования, мы сделали вывод, что дистализация бокового сегмента верхней челюсти проходит в 4 раза быстрее, а главное - мы добились контролируемого перемещения всего бокового сегмента верхней челюсти, сохраняя неподвижными все остальные зубы.

Закключение. Абсолютную опору (мини-винт) можно эффективно использовать при мезиальном смещении боковой группы зубов.

Выводы. В результате проведенного исследования можно утверждать, что абсолютную опору (мини-винт) можно эффективно использовать при дистализации всего бокового сегмента верхней челюсти. Мини-винт стабилен и плотно прилегает к слизистой, не вызывая воспаления мягких тканей.

Список литературы.

1. Kanomi R/ Mini-implant for orthodontic anchorage. J Clin Orthod 1997;31:763-767
2. Bae SM, Park HS, Kyung HM, Kwon OW, Sung JH Clinical application of micro-implant anchorage J Clin Orthod 2002;36:298-302

3. Cesta A, Raffini M, Melsen B. Microscrew as orthodontic anchorage. Int J Adult Orthod Orthognath Surg 1998;13:201-209
4. Park HS, Bae SM, Kyung HM, Sung JH. Microimplant anchorage for treatment of skeletal class 1 bialveolar protrusion J Clin Orthod 2001;35:417-422

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСЪЁМНОГО НЕБНОГО РАСШИРИТЕЛЯ С ОПОРОЙ НА ЗУБЫ И НА МИНИ-ИМПЛАНТЫ

Водолацкий В.М., Тосунов Г.С., Гализдра В.В., Байрамкулова З.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Аномалии и деформации зубочелюстной системы в настоящее время являются актуальной проблемой в ортодонтии. Количество детей, нуждающихся в расширении верхней челюсти достигает 50%. В связи с этим актуальным остается вопрос быстрого небного расширения на более поздних этапах формирования зубочелюстной системы. В настоящее время для расширения верхней челюсти используется множество современных ортодонтических аппаратов съёмных и несъёмных. Использование съёмных ортодонтических аппаратов не всегда даёт ожидаемый лечебный результат в нужные сроки. Завершение скелетного роста у подростков вынуждает нас искать более эффективные и быстрые методы ортодонтического лечения пациентов с сильным сужением верхней челюсти. Нами было взято на лечение 28 пациентов с односторонним или двусторонним перекрестным прикусом в возрасте от 8 до 17 лет. Мы разделили их на 2 возрастные группы: 1 группа - с 8-13 лет и 2 группа - с 13 до 17 лет. Первой группе пациентов был установлен несъёмный небный расширитель с опорой на первые постоянные моляры или вторые молочные моляры и молочные клыки. Второй группе пациентов был установлен небный расширитель с опорой на мини-винты. Установка аппарата проводится в области 4-5 постоянных зубов посередине небного шва. Для установки используются 4 мини-винта длиной 8-10мм. Для лучшего расширения мини-винты устанавливаются бикартикально. Всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование (КТ, ортопантограмма) с целью анализа ширины верхней челюсти до и после лечения.

Выводы:

Расширение достигнуто у всех 28 пациентов. Раскрытие срединного небного шва происходило у детей 1 и 2 групп в возрасте от 8 лет до 17 лет. У всех пациентов расширение оказалось корректным с точки зрения состояния корней опорных зубов. У пациентов второй группы расширение на мини-имплантах оказалось эффективнее классического с опорой на зубы. У всех пациентов улучшилось носовое дыхание после лечения, особенно у пациентов, которых расширение проходило на мини-имплантах. Проведенное нами исследование показало что наиболее выраженный эффект раскрытия небного шва (до 100%) получают у детей в возрасте до 13 лет. У взрослых из-за окостенения шва эффект гораздо ниже. Для лучшего результата требуется перфорация небного шва на протяжении всей его длины. Промежутки между иссечениями не больше 3 мм.

Список литературы.

1. Kevin O'Brien Доказательная ортодонтия.
2. Bae SM, Park HS, Kyung HM, Kwon OW, Sung JH. Clinical application of micro-implnt anchorage.
3. Block MS, Hoffman DR. A new device of absolute anchorage for orthodontics.
4. Kanomi R. Mini-implant for orthodontic anchorage.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ НА УРОВЕНЬ АДГЕЗИИ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ

Волчкова И.Р.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Исследуется существенный аспект проблемы патогенной контаминации ротовой полости, связанный с адгезией представителей патогенной микрофлоры полости рта на съемные протезные конструкции, изготовленные из термопластических конструкционных материалов. Исследование проведено на пациентах, обращающихся за восстановительным стоматологическим лечением.

Методы исследования: Исследование проводилось в лабораторных условиях на образцах съемных протезных конструкций, изготовленных для целей исследования из термопластических материалов, методом принудительной контаминации изготовленных образцов с последующей дезинфекцией различными обеззараживающими средствами, после чего проводилась оценка их эффективности, полученные результаты пересчитывались методами математической статистики, после чего сравнивались.

Использовались специальные средства целевого применения (обеззараживания) съемных зубопротезных конструкций, доступные для стоматологических пациентов, которым было проведено восстановительное лечение: специальные растворы Protefix, President, ROCS, Corega [1], [2]. Исследование проводилось в лабораторных условиях путем принудительного осеменения лабораторных образцов, после чего определялся фактический уровень адгезии представителей наиболее типичных представителей внутренней патогенной микрофлоры полости рта человека, оцениваемые показатели адгезии сравнивались. На следующем этапе исследования применялись методы обеззараживания с использованием указанных выше средств, и после дезинфекции оценивалась эффективность применения каждого средства по показателям его способности к удалению адгезивных очагов патогенов с поверхности лабораторных образцов. Исследование проводилось на базе Испытательного Лабораторного Центра ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» [3]. Для проведения исследования всего нами было изготовлено 144 образца из современных полимерных материалов, используемых в ортопедической стоматологии для съемного протезирования: «Dental D», «Bio XS», «Dentokeep Peek», «Vertex rapid simplified» [4]. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми статистическими методами с помощью стандартного блока статистических программ Microsoft Excel (2007) и SPSS Statistics 23 [5].

В ходе исследования было отмечено, что внутри полости рта с установленной там ортопедической конструкцией изменяется баланс между барьерной и патогенной микрофлорой, причем, в составе последней обнаруживаются иногда даже золотистый стафилококк и энтерофлора, которой в ротовой полости в норме быть не должно. По данным, полученным в исследовании, сравнительная оценка полученных результатов показывает, что индексы адгезии выбранных тест-культур после обработки антибактериальным мылом и раствором «Protefix» отличаются между собой. Слабое снижение индексов адгезии для антибактериального мыла свидетельствует о его недостаточной эффективности [6], [7]. Достоверное снижение данного показателя подтверждает преимущество обработки съемных протезов раствором активного очистителя «Protefix» и позволяет рекомендовать его в качестве очищающего и дезинфицирующего средства по уходу за съемными протезами [8]. При взаимодействии основных компонентов, входящих в состав «Protefix», а именно пербората натрия, с водой начинается активное выделение кислорода, который проникает в микропоры по всей поверхности протеза. Это способствует более выраженному очищающему эффекту таблеток «Protefix» по сравнению с антибактериальным мылом. Принцип действия препарата основан на генерировании

кислородно-преобразующей системы [9]. С проявлениями адгезии патофлоры постоянно сталкиваются клиницисты на этапах проектирования, установки и выработки рекомендаций последующего использования протезных конструкций [10]. Существенной стороной поддержания необходимого уровня качества использования и продления срока службы съемных протезных конструкций является подбор наиболее эффективных в плане обеззараживания химических средств, специально предназначенных для регулярной очистки съемных протезных конструкций. Таким образом, – протезированному пациенту, как правило, необходим целый алгоритм чередования кратковременных, но эффективных процедур регулярной очистки протеза, с однократными процедурами глубокой очистки, индивидуальные рекомендации по разработке которого для конкретного пациента также должен сформулировать клиницист. Существенным фактором, оказывающим самое прямое влияние на выбор дезинфицирующего средства, на продолжительность экспозиции, на достигаемый уровень эффективности стандартной процедуры очистки, остается уровень адгезии патогенной флоры к поверхности (поверхностям) съемного протеза.

Список литературы.

1. Арутюнов С. Д., Ипполитов Е. В., Пивоваров А.А., Царёв В.Н. Взаимосвязь шероховатости и рельефа поверхности базисного стоматологического полиметилметакрилатного полимера и формирования микробной биоплёнки при разных способах полировки образцов. Казанский медицинский журнал, 2014; 2:224-231.
2. Ряховский А.Н., Дегтярев В.М., Юмашев А.В., Ahlering A. Автоматизированная система протезирования зубов "DENTAL". - В сб. тез. докл. "Информатизация регионов России". - СПб., 1995: 33-37.
3. Ряховский А.Н., Юмашев А.В., Левицкий В.В. Способ построения трехмерного изображения лица и зубных рядов, сопоставленных в корректном друг относительно друга положении. -Патент РФ № 2306113.А61С, 2007 г.
4. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Платонова В.В., и др. Стоматология: организация стоматологической помощи и анатомия зубов. Ростов н/Д.: Феникс, 2015. 155 с.
5. Севбитов А.В., Невдах А.С., Платонова В.В. и др. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке полости рта. // Труды международного симпозиума Надежность и качество. 2015. Т. 2. С. 368-369.
6. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра. //-В сборнике матер. X междунар. научно-практ. конф. «Trend of modern science», серия Medicine. - Sheffield, 2014. -Р. 42-44.
7. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов//Врач. -2016. -№ 7. -С. 62-64.
8. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г, Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма //Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. -2012. -Т. 14. -№ 2. -С. 26.
9. Ali A.A., Alharbi F.A., Suresh C.S. Effectiveness of coating acrylic resin dentures on preventing Candida adhesion. J Prosthodont, 2013; 22(6):445-50 10. Timoshin, A.V., Sevbitov, A.V., Drobot, G.V., Yumashev, A.V., Timoshina, M.D. Use of bioresorbable plates on the basis of collagen and digestase for treatment of diseases of oral mucosa (review of clinical cases) / A.V. Timoshin and others // International Journal of Green Pharmacy – 2018. – Т. 12. – № S1. – С. 290-296.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТИТА НА ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИЗ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ

Ворожко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет имени м. Горького

В 72% случаев для изготовления зубных протезов используются акриловые пластмассы (1), главными преимуществами которых являются доступность, дешевизна, эстетичность, технологичность и простота изготовления. Однако на акриловые базисные полимеры могут развиваться протезные стоматиты, воспалительные реакции аллергического генеза (2). Аллергическая непереносимость протезных материалов с каждым годом растет, достигая 40% (3). Поэтому актуальным является проведение исследований, направленных на создание инновационных подходов в их прогнозировании, основанных на глубоком понимании этиопатогенеза заболевания. Цель исследования: установить иммунологические предикторы развития стоматита после протезирования акриловыми конструкциями.

Обследовано 54 пациента в возрасте от 42 до 88 лет, давших информированное добровольное согласие, 38 женщин и 16 мужчин. Все пациенты нуждались в установке частичных съемных протезов. Противопоказания к протезированию отсутствовали, исследования выполнялись перед протезированием. В образцах сыворотки крови и ротовой жидкости при помощи иммуноферментных тест-систем исследовались уровни интерлейкина-4 (IL-4), фактора некроза опухоли альфа (TNF- α) и секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA). В сыворотке крови производилось определение концентраций общего иммуноглобулина класса Е – IgE, общего иммуноглобулина класса G4 – IgG4, а также специфических к акрилу антител класса Е – IgE-специф и класса G – IgG-специф. Наличие аллергической сенсibilизации к компонентам протеза оценивалось с помощью метода торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), в качестве аллергена использовался мономер метилметакрилат. Через месяц после установки протезов все пациенты проходили клиническое обследование: выяснялись жалобы на дискомфорт в полости рта, чувство жжения, зуда, покалывания слизистой полости рта, сухость рта или обильное слюноотделение, наличие изменений чувствительности и вкусовых ощущений, гиперемии и отека слизистых, изучалось общее самочувствие пациентов (головные боли, нарушение сна и т.д.), развитие или обострение аллергической патологии. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью пакета прикладных программ «MedStat». Использовались непараметрические статистические методы: определялись медиана (Me), интерквартильный размах (Q1-Q3), применялся метод ранговой корреляции Кендалла (τ). Для сравнения центров двух независимых выборок использовался U-тест Манна-Уитни.

Проведенными исследованиями установлено, что из 54 больных, которым были установлены съемные протезы из акриловых пластмасс, у 16 пациентов (29,6%) спустя 1 месяц наблюдения были выявлены симптомы стоматита, пациенты были распределены в 2 группы. В первую группу были отобраны больные, имеющие через месяц после протезирования стоматит, а вторую группу составили остальные 38 пациентов, не имевших признаков осложнения. Результаты выполненной математической обработки показали, что развитие стоматита на акриловые протезы сочеталось у обследованных лиц с более высокими исходными уровнями в сыворотке крови IL-4 ($p=0,007$) и IgE общего ($p=0,031$). По другим же факторам сыворотки крови (TNF- α , IgG4, sIgA, специфические антиакриловые антитела класса IgE и IgG), ротовой жидкости (TNF- α , IL-4, sIgA) две группы стоматологических больных существенно не различались между собой ($p>0,05$). Не было обнаружено достоверных отличий и в результатах РТМЛ с мономером метилметакрилат ($p=0,348$). Так, показатели РТМЛ в группе лиц с протезным стоматитом ($n=16$) и без осложнения ($n=38$) составили соответственно 0,14 (0,09-0,21) и 0,11 (0,06-0,20).

Развитие стоматита на акриловые пластмассы имело положительные ассоциации ($p < 0,05$) с установленными перед протезированием концентрациями в сыворотке крови пациентов IL-4 ($\tau = 0,31$), IgE общего ($\tau = 0,24$). Наряду с этим были обнаружены корреляции между значениями IL-4 в сыворотке крови и ротовой жидкости ($\tau = 0,230$), среди показателей ротовой жидкости установлены связи TNF- α с IL-4 ($\tau = 0,23$) и sIgA ($\tau = -0,24$). Исходя из того, что химические вещества могут вызывать различные типы иммунных реакций, для определения сенсibilизации к акрилу нами был выбран комплекс показателей: для оценки IgE-зависимой аллергии – IgE специфические антитела, IgG-зависимой – IgG специфические антитела, клеточно-опосредованной аллергии замедленного типа – РТМЛ. Полученные данные не позволили выявить связей ($p > 0,05$) вышеуказанных маркеров, определенных до протезирования, с развитием в последующем протезного стоматита.

Таким образом, оценка факторов общей иммунологической реактивности (отдельные цитокины и sIgA в сыворотке крови и ротовой жидкости, сывороточные уровни общих IgE и IgG4) показала предрасположенность к развитию стоматита на акриловый полимер у лиц с исходно повышенными концентрациями в сыворотке крови IL-4 и IgE общего ($p < 0,05$). Установленная в нашем исследовании роль IL-4 объясняется тем, что данный цитокин, который продуцируется преимущественно активированными Т-хелперами 2 типа, регулирует рост, дифференцировку В-лимфоцитов и секрецию ими IgE.

Список литературы.

1. Жолудев С.Е., Гетте С.А. Решение проблемы адаптации к съемным конструкциям зубных протезов при полной утрате зубов. Проблемы стоматологии. 2016; 3: 46-51.

2. Rashid H., Sheikh Z., Vohra F. Allergic effects of the residual monomer used in denture base acrylic resins. Eur. J. Dent. 2015; 9 (4): 614-619. doi: 10.4103/1305-7456.172621

3. Шутурминский В. Г. Результаты изучения распространенности протезных стоматитов у лиц, протезируемых съемными пластиночными протезами. Интегративная антропология. 2015; 1: 50-54.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Григорьян Э.Г., Коняхин Н.В., Водолацкая А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одной и сложнейших патологий прикуса в ортодонтической практике является перекрестная окклюзия зубных рядов. Асимметрия лица и нарушение деятельности жизненноважных функций зубочелюстной системы в результате такого нарушения окклюзии зубных рядов определяют замкнутый и малообщительный характер больных с подобной деформацией. Несвоевременная диагностика перекрестного прикуса увеличивает сроки лечения патологии, а также социальную адаптацию ребенка. Цель исследования выявить особенности современного лечения перекрестной окклюзии у детей и подростков.

Для осуществления поставленной цели исследования нами был проведен осмотр школьников в возрасте от 7 до 17 лет в количестве 236 человек, из них 104 ($44 \pm 0,49\%$) мальчика и 132 ($56 \pm 0,43\%$) девочки. Перекрестная окклюзия наблюдалась у 11 детей, что составило $4,7 \pm 0,63\%$ от всех осмотренных. Перекрестный прикус представлял из себя в 8 случаях ($3,4 \pm 0,64\%$) одностороннюю форму, в 3 случаях ($1,2 \pm 0,65\%$) двустороннюю форму. В 7 случаях ($2,9 \pm 0,64\%$) односторонняя перекрестная окклюзия формировалась из-за недоразвития верхней челюсти с одной стороны, в 1 случае ($0,4 \pm 0,65\%$) из-за чрезмерного увеличения нижней челюсти с одной стороны (сверхкомплектный зуб). У пациентов с двусторонним перекрестным прикусом в 2 случаях ($0,85 \pm 0,65\%$) причиной формирования

перекрестной окклюзии являлась нижняя макрогения. В 1 ($0,4 \pm 0,65\%$) случае перекрестная окклюзия развилась из-за симметричного недоразвития верхней челюсти. Лечебная тактика выбиралась с учетом возраста, вида и тяжести перекрестной окклюзии. У 7 пациентов ($2,9 \pm 0,64\%$) использовались съемные ортодон-тические аппараты. Съемные пластиночные аппараты представляли собой механический аппарат на верхнюю челюсть с секторальным распилом на стороне недоразвития челюсти. В случае симметричного недоразвития применялись аппараты с двумя секторальными винтами. Для эффективного перемещения боковой группы верхних зубов в ортогнатическое соотношение обязательным условием являлось включение в конструкцию съемного аппарата окклюзионных накладок с целью осуществления дезокклюзии и беспрепятственного перемещения боковых зубов. У 4 пациентов ($1,7 \pm 0,64\%$) после 13 лет использовалась брекет-система Damon Q с целью увеличения верхней челюсти или уменьшения нижней. Также, обязательным условием лечения являлось осуществление дезокклюзии, которая проводилась путем изготовления съемного пластиночного аппарата с окклюзионными накладками на челюсть антагонист, либо разобщение прово-дилось светоотверждаемым композитом. После проведенного осмотра 236 школьников в возрасте от 7 до 17 лет перекрестная окклюзия наблюдалась у 11 детей, что составило $4,7 \pm 0,63\%$. Лечебная тактика выбиралась с учетом возраста, вида и тяжести перекрестной окклюзии. У пациентов использовались съемные и несъемные ортодон-тические аппараты. Съемные пластиночные аппараты представляли собой механический аппарат на верхнюю челюсть с секторальным распилом в области деформации зубного ряда. Брекет-система Damon Q использовалась после 13 лет с целью увеличения верхней челюсти или уменьшения нижней после проведенного лечения у всех 11 детей с перекрестной окклюзией зубных рядов независимо от вида и формы данной патологии был получен положительный лечебный результат. Считаем необходимым отметить, что особенности современного лечения перекрестной окклюзии у детей и подростков обязательным условием при использовании съемных и несъемных ортодон-тических аппаратов заключаются в проведении дезокклюзии, которая способствует беспрепятственному перемещению заблокированных зубов верхней или нижней челюстей, лечебная тактика выбиралась с учетом возраста, ви-да и тяжести перекрестной окклюзии.

Список литературы.

1. Гиззатуллина Ф.В. Раннее лечение перекрестной окклюзии, осложненной трансверсальным смещением нижней челюсти у детей в сменном прикусе / Гиззатуллина Ф.В., Маннанова Ф.Ф., Исхаков И.Р. // Проблемы стоматологии. 2014. - № 4. - С. 53-57.
2. Шакирова Р.Р. Профилактика отягощения перекрестной окклюзии у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области / Гильмутдинова Л.В., Николаева Е.В. // Сборник статей международной научно-практической конференции 2-й кафедры терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет». - 2019. - С. 216-221.
3. Яхина З.Х. Влияние ранней потери зубов на формирование зубочелюстных аномалий / Ширяк Т.Ю., Камальдинова А.Р. // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 2. - С. 57.
4. Водолацкий В.М. Ортодонтия: учебное пособие / Водолацкий В.М., Христофорандо Ю.Д. // Ставрополь СтГМУ. – 2018. – С. 169-174.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА С ЩИТОВОЙ ЗАСЛОНКОЙ И КОМПОЗИТНЫХ ШИПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНОГО ТИПА ГЛОТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Григорянц А.К., Леонова П.М., Томбулова Х.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одной из наиболее часто встречаемых проблем в детской ортодонтии является инфантильный тип глотания. Ребенок рождается с уже сформированным инфантильным типом глотания, приспособленным к беззубым челюстям и к основному способу добычи пищи ребенком до шестимесячного возраста — к сосанию. При нормальном развитии после прорезывания зубов язык подвергается функциональным и позиционным перестройкам: он постепенно перемещается кзади, приучается контактировать во время глотания с фронтальными зубами (смешанный тип нормального глотания), а позже с небно-альвеолярной зоной (соматический тип). Переходный период «созревания» смешанного глотания до уровня соматического в норме заканчивается к 4—5 годам жизни ребенка. Своевременное созревание функции глотания происходит далеко не во всех случаях: инфантильное глотание сохраняется у 90% трехлетних детей и у 3% двенадцатилетних. В некоторых случаях перестройки глотательного рефлекса не происходит, этому способствуют определенные причины: -длительное сосание соски, - позднее включение в рацион твердой пищи, - позднее прорезывание временных зубов, - короткая уздечка языка, - ротовое дыхание - хронический тонзиллит, аденоидные разрастания, также способствуют смещению языка вперед. - ранняя потеря, удаление передних молочных зубов - частые простудные заболевания у ребенка. Для исправления данной вредной привычки используются: -пластинка с щитовой заслонкой -композитные шипы.

На кафедре стоматологии детского возраста СтГМУ было взято 12 пациентов в возрасте 6 -10 лет. У всех пациентов наблюдалась вертикальная резцовая дизокклюзия легкой формы с инфантильным типом глотания. У всех пациентов при внешнем осмотре наблюдалось увеличение высоты нижней трети лица, в акте глотания участвуют околоротовые мышцы, т.е. заметно напрягаются нижняя часть круговой мышцы рта, подбородочная мышца и мышцы шеи (симптом «наперстка»). У 6 человек губы не смыкаются, у оставшихся 6 губы сомкнуты, но постоянно находятся в состоянии напряжения. В полости рта у всех пациентов наблюдалась вертикальная резцовая дизокклюзия от 2 до 4 мм, вестибулярный наклон зубов, наличие между ними трем. Пациенты были поделены на 2 группы по 6 человек. Независимо от выбора лечебного аппарата все пациенты выполняли миогимнастику, направленную на нормализацию миофункционального равновесия. Детям из 1-ой группы были установлены на верхнюю челюсть съемные пластиночные аппараты с щитовой заслонкой во фронтальном отделе. Пластинка с заслонкой для языка состоит из пластинчатого базиса на верхнюю челюсть и проволочного заслона в переднем отделе. Аппарат функционального действия, съемный. Применяется в молочном и сменном прикусе у пациентов с открытым прикусом, обусловленный парафункцией языка. Заслонка отодвигает язык назад и заставляет его принять правильное положение. Следует отметить, что уменьшается объем, занимаемый языком. Преимущества пластинки: - Корректирует вертикальную резцовую дизокклюзию; - Формирует правильное положение языка; - Способствует формированию правильного звукопроизношения; - Укрепляет круговую мышцу рта и нормализует смыкание губ. Минусы ортодонтической пластинки для языка: - аппарат является съемным - возможно появление аллергической реакции на пластмассу -пластиночный аппарат, часто натирает слизистую твердого неба, образуются язвы, развиваются стоматиты. - ввиду того, что пластинка располагается на нёбе, язык не может в полной мере прилегать к нёбу. Детям из 2-ой группы были установлены композитные шипы на фронтальную группу зубов верхней

и нижней челюстей. Всем пациентам шипы были установлены сначала на зубы нижней челюсти, чтобы язык, рефлекторно, из-за создаваемого дискомфорта и дефицита места стремился располагаться на твердом небе. Через 3-4 недели шипы были установлены на зубы верхней челюсти, что способствовало закреплению положения языка на твердом небе во время глотания. Расположение шипов на зубах должно быть беспрепятственным для смыкания зубов верхней и нижней челюсти. Шипы располагаются с оральной стороны зуба. Шипы изготавливают из композитного материала. Для этого необходимо подготовить поверхность зубов: протравить в течение 30 секунд ортофосфорной кислотой, нанести бонд и приступить к изготовлению собственно шипов. Используется специальный набор, который состоит из пластмассового держателя и силиконового молда. В молд необходимо залить жидкотекучий пломбировочный материал, прижать молд к поверхности зуба и засветить лампой. Преимущества композитных шипов: - несъемные, следовательно, работают 24 часа в сутки - корректирует вертикальную резцовую дизокклюзию; - формирует правильное положение языка; - способствует формированию правильного звукопроизношения; - укрепляет круговую мышцу рта и нормализует смыкание губ;

Срок лечения пациентов 1-ой группы составил 5-8 месяцев. У 5 человек, наблюдалась перестройка инфантильного типа глотания на соматический и исправление вертикальной резцовой дизокклюзии в следствие устранения вредной привычки. У 1 пациента не произошло изменений в акте глотания. Спустя 6 месяцев после снятия аппарата у 1 пациента наблюдался рецидив. Срок лечения пациентов 2-ой группы составил 4-6 месяцев. У всех пациентов произошла перестройка инфантильного типа глотания на соматический, а также исправление вертикальной резцовой дизокклюзии. Контрольный осмотр спустя 6 месяцев не выявил рецидива. В результате нашего исследования мы пришли к выводу, что эффективны оба аппарата. Однако, композитные шипы являются наиболее предпочтительными, так как после их использования не выявлены случаи рецидива, они несъемные, что позволяет им оказывать постоянный лечебный эффект, занимают меньше места в полости рта, что делает их наиболее комфортными в сравнении с пластиночным аппаратом.

Список литературы.

1. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия / Хорошилкина Ф.Я. - М.: Медицинское информационное агентство, 2012. - 544 с.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. Учебник / Персин Л.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с.
3. Нанда, Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Р. Нанда. - Москва: Мир, 2016. - 524 с.

РИСКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ «ФИБРОДИСПАЗИЯ ОССИФИЦИРУЮЩАЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ»

Даньшина С.Д.

Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

В современном мире всё чаще встречаются редкие генетические заболевания, которые на сегодняшний день изучены не полностью, а также не имеют адекватного лечения и профилактики. Фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая - редкое и инвалидизирующее генетическое заболевание, характеризующееся врождённой аномалией больших пальцев стопы и прогрессирующей гетеротопической оссификацией в определенных анатомических структурах. Большинство пациентов с фибродисплазией

оссифицирующей прогрессирующей ошибочно диагностируются в раннем возрасте до появления гетеротопической оссификации и проходят диагностические процедуры, которые могут привести к пожизненной инвалидности. Так же в процессе жизни они проходят обследование различных медицинских специалистов, в том числе и обследование врача стоматолога. Пациенты не всегда знают свой истинный диагноз, а врач-стоматолог соответственно не подозревает о заболевании. За свою жизнь каждый пациент сталкивается со многими стоматологическими проблемами, которые требуют инвазивного лечения. Перед лечением пациенту, чаще всего, необходимо производить местную анестезию, чтобы процедуры были безболезненны. Но сам процесс анестезии является травмирующим, врач стоматолог прокалывает мягкие ткани, мышцы, связочный аппарат, чтобы добраться до необходимой зоны введения анестетика. Так же происходят такие травмирующие манипуляции, как удаление зуба, или пациенту приходится зачастую долго держать рот открытым, тем самым провоцируя перенапряжение и небольшое воспаление в мышцах и перегрузку височно-нижнечелюстного сустава. Вспышки фибродисплазии оссифицирующей прогрессирующей возникают самопроизвольно и в следствие травм или воспалительных процессов в организме. Пациенты, знающие о своем заболевании с раннего возраста, стараются предупредить возникновение новых гетеротопических оссификатов, принимая рекомендованные препараты для купирования воспалительного процесса. А пациенты, которые не знают своего диагноза не могут никак повлиять на проявление вспышек своевременно. Одним из препаратов, рекомендованный таким пациентам, является преднизолон.

Цель. Исследовать риски возникновения осложнений у пациентов с заболеванием фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая на стоматологическом приеме в условиях амбулатория. Задачи - Оценить состояние пациентов во время приема; - Оценить состояние пациентов через 2 месяца после приема; - Сделать выводы на основе исследования.

Нами было исследовано 20 медицинских карт пациентов, проходивших ранее стоматологическое лечение в стоматологических амбулаториях, под местной анестезией. Пациенты были разделены на 2 группы: диагноз поставлен с рождения, диагноз поставлен через несколько лет после рождения. В первой группе пациентам, которым был поставлен диагноз фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая в раннем возрасте, врачи относились с крайней осторожностью, максимально избегая всевозможных инвазивных процедур, так же при их необходимости, применяли медикаментозную терапию в виде противовоспалительных препаратов, что уменьшало риск развития осложнений. При возникновении вопроса о стоматологическом лечении. Во второй группе пациенты не имели представления о своем истинном заболевании и ранее лечили возникшие «опухоли» оперативными методами или даже химиотерапией, так же при возникновении стоматологических проблем проходили обычное лечение с применением инъекционной анестезии. Риск: - возникновение «опухолей» может возникать в следствии травмы мышечных тканей, связок во время проведения инъекционной анестезии или удаления зуба; - также возникновение оссификатов может быть спровоцировано запущенным воспалительным процессом в полости рта, в следствии не вовремя выявленных кариозных или иных патологических процессов челюстно-лицевой области; - без приема рекомендованных противовоспалительных препаратов группой пациентов с выявленным заболеванием фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая возрастает риск возникновения новых оссификатов; - у пациентов, которым ранее проводили бесконтрольное стоматологическое лечение, выявляли оссификаты в области височно-нижнечелюстного сустава и нижней челюсти, вследствие чего происходило ограничение или полное блокирование открытия полости рта. Не редко у пациентов возникают осложнения после стоматологического лечения, которые неприятно сказываются на здоровье. Но еще сложнее, когда они появляются у пациентов с соматической патологией,

например, фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая. У таких пациентов возрастает риск осложнений своего заболевания, вследствие неконтролируемого стоматологического лечения. Пациенты в процессе инвазивных стоматологических манипуляций должны принимать рекомендованные лечащим врачом препараты, для снижения рисков обострения основного заболевания, а также все манипуляции должны быть минимально травматичными.

Список литературы.

1. Даньшина С.Д., Кузнецова М.Ю., Борисов В.В., Давидьянц А.А. методы оценки качества жизни пациентов стоматологического профиля с фибродисплазией оссифицирующей прогрессирующей // журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2019. №6. С. 14-17.

2. Севбитов А.В., Панкратова П.В. частота распространения аномалий зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиоактивному воздействию // ортодент-инфо. 1998. №2. С. 30-31.

3. Севбитов А.В., Яблокова Н.А., Кузнецова М.Ю., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. заболевания полости рта у пациентов, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения // dental forum. 2014. №4. С. 87-88.

4. Гомина Ю.Н. наследственная обусловленность и основные симптомы фибродисплазии оссифицирующей прогрессирующей // современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации. Пенза: "наука и просвещение", 2019. С. 55-58.

5. Калягин А.Н., Гуляева Л.М., Злобина Т.И., Дульский В.А прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия // современная ревматология. 2011. №5. С. 38-42.

6. Гриншпун К. И. Применение глюкокортикоидного препарата "Дексаметазон" при хирургических стоматологических вмешательствах для лечения и профилактики воспалительных осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. Москва, 2003. 24 с.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Емелина Е.С.

Первый московский государственный медицинский университет

Ситуация с распространением курения табака во всех странах приняла глобальный характер - в настоящее время во всем мире курят около 1,26 млрд людей. Табак используется в составе кальяна и сигарет.

На сегодняшний день всем известно, что курение кальяна вредит здоровью человека. Последствий курения может быть превеликое множество – сигаретный дым затрагивает практически все внутренние органы. Однако наиболее частыми осложнениями этой пагубной привычки становятся: хронический бронхит; онкологические заболевания дыхательной системы (трахеи, гортани, лёгких); сердечно-сосудистые патологии (ИБС, артериальная гипертензия, тромбоз сосудов и т.д.). По данным статистических расчетов, табакокурение является причиной более 17% смертей в России; показано также, что с табакокурением связано 43% всех случаев смерти мужчин в возрасте 35–69 лет от злокачественных опухолей и 89% – от рака легкого. В настоящее время сигареты все больше отходят на второй план, молодые люди отдают предпочтение кальяну. Причина этого в том, что курильщики искренне убеждены, что, по сравнению с сигаретами, кальяны не нанесут вред здоровью. Все-таки табак остается табаком со всеми его примесями. Всякий табак содержит яд, вызывающий зависимость – никотин, а никотин - это наркотик, который является одним из регуляторов количества потребления табака. Курильщик курит до тех пор, пока не удовлетворит организм привычной дозой никотина. Для насыщения

никотинового голода при курении кальяна уходит 20–80 минут. Вследствие этого некурящие люди, пристрастившиеся к кальяну, так же легко привыкают и к сигаретам [9]. Актуальным является изучение стоматологического статуса населения, которое было подвержено воздействию различных факторов риска, своевременная разработка методов профилактики, лечения и реабилитации пациентов с патологией органов полости рта в целях совершенствования стоматологической помощи [3,5]. Проводился анализ научной литературы, статей, журналов, диссертаций по теме табакокурения [1]. Изучались особенности профилактической активности студентов, отношение их к собственному стоматологическому здоровью, уровень знаний по вопросам табакокурения и кальянокурения, для чего проводилось анкетирование 75 студентов 2-5 курсов [4].

По данным проведенного анкетирования больше половины анкетированных ответили, что начали курить кальян и сигареты после 16 лет. В компаниях большинство человек усугубляют данной привычкой. Отношение к друзьям, которые курят, в большей степени нейтральное. На вопрос «Курят ли Ваши родители?» 43% ответили, что курит один из родителей, 34% ответили, что оба курят. На вопрос «Считаете ли Вы курение кальяна вредным?» 53% ответили «нет». Курение табака вызывает психологическую и физическую зависимость, а также является серьезной опасностью для здоровья человека. Зачастую люди начинают курить сигареты или кальян от стресса [7]. Курение кальяна и сигарет значительно отличается между собой. При курении кальяна в качестве внешнего источника тепла используют специальный уголь. Дым образуется в результате дистилляции компонентов табака. Табачный дым вызывает микротрещины в эмали зуба, где оседают вредные компоненты табака, вызывающие налёт, в котором, размножаются бактерии и со временем налёт переходит в зубной камень [2]. Нарушая микроциркуляцию и снижая активность макрофагов табак вызывает гингивит и пародонтит. Табакокурение благоприятствует развитию воспалительных заболеваний пародонта и отложению зубного камня. Воспаления и инфекции десен и кости, которые удерживают зубы на месте, являются основными вредными побочными эффектами от курения. Однако, многим хочется иметь белоснежную улыбку, вследствие этого они прибегают к такому методу, как домашнее отбеливание [6].

После проведенного нами анкетирования можно сделать вывод, что больше половины студентов считают, что кальян безвреден. Почти в каждой семье хоть один родитель курит. Что показывает негативный пример. Курение кальяна довольно длительный процесс. Курильщик кальяна в течение обычного часового сеанса может вдохнуть столько табачного дыма, сколько содержится в более чем 100 сигаретах. Конечно, дым внутри колбы фильтруется, однако курильщиком вдыхается объём дыма, значительно превышающий тот объём, который вдыхается при выкуривании сигареты [8]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения у людей поверхностные знания о вреде курения, многие не осознают, к чему может это привести, а те люди, которые осознают, не предпринимают меры.

Список литературы.

1. Емелина Г.В., Гринин В.М., Иванов П.В., Кузнецова Н.К. Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости как основа спроса населения на стоматологические услуги/Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 2. С. 449-451.
2. Кубанов И.М., Курбанов А.А., Хапчаев К.Б. Влияние курения на состояние тканей полости рта, распространенность курения среди студентов СГМУ/ Медико-профилактические науки | Стоматология
3. Севбитов А.В. Стоматологические характеристики клинических манифестаций отсроченных эффектов радиационного воздействия/Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2005

4. Севбитов А.В., Митин Н.Е., Браго А.С., Михальченко Д.В., Юмашев А.В., Кузнецова М.Ю., Шакарьянц А.А. Стоматологические заболевания/Ростов-на-Дону, 2016.
5. Севбитов А.В., Скатова Е.А. Факторы индивидуальной радиочувствительности в заболеваемости кариесом населения радиационно-загрязненных регионов/Стоматология. 2005. Т. 84. № 2. С. 15-21.
6. Шакарьянц А.А., Даньшина С.Д. Выбор пластин при изготовлении капп, необходимых для систем домашнего отбеливания, изготавливаемые методом термоформирования/Актуальные вопросы стоматологии. Материалы межрегиональной заочной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию профессора Миликевича В.Ю. 2017. С. 414-417.
7. Юмашев А.В., Павлов В.А., Адмакин О.И., Кузьминов Г.Г., Нефедова И.В. Анализ применения мезодиэнцефальной модуляции в коррекции стрессовых нарушений/Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 12. С. 38-48.
8. Haber J. Cigarette smoking in a periodontal practice / J. Haber, Kent R.L.//J.Periodontol-1992-Vol.63.-P.100-106.
9. Mironov, S., Emelina, E., Troitskii, V., Yablokova, N., Kuznetsov, I. The impact of smoking, including hookah, on the human body/Journal of Global Pharma Technology, 2020, 12(1), с. 211-217

ОСОБЕННОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КУЛЬТЕВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Жданов Д. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В настоящее время культевые штифтовые вкладки, которые после фиксации в канале корня покрываются искусственной коронкой, относятся к наиболее эффективным в функционально-эстетическом отношении и применяется даже в самых сложных клинических случаях [1]. Однако на этапе изготовления внутренней корневой части культы, а именно во время получения оттиска из канала корня зуба, оттискная масса очень часто или отрывается и остаётся в канале корня, или недостаточно отражает необходимую глубину погружения будущего штифта культевой конструкции [2]. Цель исследования. Разработать методику восстановления коронковой части культевой конструкции изготовленной косвенным образом.

Материалы и методы исследования. Пациенты, зубы которых разрушены в коронковой части зубов во фронтальном участке, находящейся на уровне десневой части, или под ней до 1-2 мм, рентгенологические снимки корней разрушенных зубов.

Результаты и обсуждения: Чтобы избежать вышеупомянутых недостатков предложена следующая методика. Она отличается тем, что после традиционной подготовки оставшейся части зуба, к изготовлению культевой вкладки идет изготовление полимерного штифта, примерно такой формы, как и канал зуба, далее на нём делают ретенционные пункты для фиксации оттискного материала в виде диаторичных полостей, или насечки и устанавливаем его в канал. Штифт должен выступать над окклюзионной плоскостью. Затем получаем полный анатомический оттиск таким образом, чтобы штифт своей основой зафиксировался в базовой массе, удаляем оттиск из полости рта, наносим на него корректирующую массу, на основную массу со штифтом и с помощью каналоукомплектатора в канал. Затем устанавливаем оттиск на тоже самое место в полость рта. После вывода оттиска передаём его в лабораторию, где зубной техник изготавливает культевую конструкцию. Клинический опыт показал, что такая методика обеспечивает необходимую

технологическую точность зубного протезирования. Выводы. Восстановление коронковой части зубов предложенным методом позволяет качественно изготовить искусственную культю, и продлить срок службы корней зубов под различные ортопедические конструкции.

Список литературы:

1. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. Каливрадзян Э.С., Лебеденко И.Ю., Брагина Е.А., Рыжовой И.П. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2020. – 800 с.
2. Клёмин В.А. Ортопедическая стоматология: учебное пособие / В. А. Клёмин, В. Е. Жданов // Киев: Медицина, 2010. – 224 с.

ОЦЕНКА АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА Журавлева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Самым распространенным стоматологическим заболеванием в мире является кариес зубов. Чаще всего ему подвержены дети. Распространенность заболевания составляет 95%. Недостаточное знание населения, по вопросам стоматологической профилактики заболеваний полости рта, потребление в пищу простых углеводов, недостаточное поступление в организм фтора, низкая кариесрезистентность и многое другое - все это является основным фактором в развитии кариеса зубов. Основную роль и ведущим звеном в предупреждении развития стоматологических заболеваний, в частности кариеса, является гигиена полости рта. Она не возможна без правильного обучения родителей и их детей. Обучение гигиене полости рта должно прививаться ребенку с раннего возраста. Для этого нужно обеспечить комплексную работу родителей, педиатра и врача стоматолога.

Было проведено анкетирование 47 родителей имеющих детей от 1 до 3 лет. Была разработана специальная анкета, которая содержала в себе вопросы о частоте чистки зубов, использовании средств гигиены, частоте обращения к врачу-стоматологу и проведенных стоматологических мероприятий. Так же выявили источник информирования родителей по вопросам гигиены полости рта. После анкетирования было проведено обучение правильной методике чистке зубов, а также родители получили информацию о рациональном питании, факторах, способствующих развитию кариеса зубов и о правильной гигиене полости рта. Среди родителей было 35 женщин и 12 мужчин. Средний возраст родителей составил 34 года. Основное число анкетированных имели высшее образование (80%), среднее образование (20%). Дети были разделены по возрасту на 2 группы. 1 группа дети от 1 года до 2 лет (22), 2 группа дети от 2 до 3 лет (25). При планировании правильных профилактических и лечебных стоматологических мероприятий можно сместить рН полости рта в направлении реминерализации и сохранить здоровье зубов. Мы выявили, что большинство родителей с детьми от 1 до 3 лет посещают врача-стоматолога с целью проведения профилактического осмотра. После проведенного анкетирования мы узнали, что в 1 группе, для проведения профилактического осмотра, явилось большинство – 90% (19 детей). Из них 75% (14 детей) пришли по направлению педиатра, а 8 детей (25%) пришли самостоятельно для профилактического осмотра. Для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта обратились 3 (10%) ребенка. Во 2 группе 21 ребенок (84%) обратился для проведения профилактического осмотра, 4 ребенка (16%) обратились для лечения зубов. От качества ухода за молочными зубами зависит состояние прорезавшихся постоянных зубов. Чистить зубы необходимо 2 раза в день, под контролем родителей или

же самими родителями. Из опрошенных мы выяснили, что в 1 группе от 1 до 2 лет, родители чистят зубы 2 раза в день (55%), один раз в день (25%), нерегулярно чистят зубы 11%, 9% родителей отметили, что вообще не чистят зубы ребенку. Во 2 группе 44% родителей чистят зубы ребенку 2 раза в день, 1 раз в день чистят ребенку – 42%, нерегулярно – 14%. Благодаря анкетированию также было выявлено, что в первой группе 84% родителей сами чистят зубы детям. Во второй группе 47% - мама чистит зубы, 53% - совместная чистка зубов мамы и ребенка. Большинство анкетированных родителей отметили, что информацию о гигиене полости рта получили от врача - стоматолога. В первой группе 55% узнали информацию от врача – стоматолога, 33% - информацию получали из интернета, и 12% информировались родственниками или знакомыми. Во второй группе 66% родителей информированы были врачом – стоматологом, 25% - информированы интернетом, и 9% - родственниками. Недостаток фтора в организме, является основным фактором в развитии кариеса. Врачи – стоматологи, педиатры рекомендуют использовать пасты с фтором. Доказано, что применение таких паст, снижает развитие возможного кариеса. Следует учесть, что только родители должны класть пасту на щетку в определенном количестве. Из анкетирования стало понятно, что в первой группе, большинство родителей не обращают внимание на состав пасты 67%, 12% родителей используют пасту с содержанием фторидов, 11% - используют пасту без фторидов и 10% - не чистят зубы ребенку. Во второй группе 40% родителей используют зубную пасту без фторидов, 17% - используют детскую зубную пасту с содержанием фторидов, 28% - не обращают внимания на состав пасты, 15% - не чистят зубы ребенку. Выявили, что наиболее часто родителей информировал врач – стоматолог. Большинство родителей приводят ребенка к врачу - стоматологу в возрасте 1 года. Также родители не обращают внимания на состав детской зубной пасты. Чистку зубов в основном родители проводят 2 раза в день (утром и вечером). Полученные данные показывают, что гигиеническое воспитание детей и их родителей находится на низком уровне. Что говорит о необходимости улучшения санитарно-просветительной работы врачами – стоматологами.

Список литературы.

1. Лосик И.М. Оценка уровня санитарных знаний родителей по уходу за полостью рта детей дошкольного возраста // Современная стоматология. 2018. №1. С. 76-79.
2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. - М., 2011. - 236 с.
3. Кузьмина Э.М. Профилактическая стоматология / Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. – Москва: Практическая Медицина, 2016. – 544 с.: ил. - ISBN 978-5-98811-385-0.

ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 22 ДО 74 ЛЕТ.

Журбенко В.А, Маринкина А.А.

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время, все больше пациентов обращаются за помощью к врачу-стоматологу с проблемой повышенной чувствительности зубов. По данным Всемирной организации здравоохранения, от 3 до 57 % людей страдают гиперестезией. [4,7]. Данная патология чаще всего проявляется у пациентов в виде кратковременной болевой реакции на раздражители различной природы. [7]. В большинстве случаев, пациенты жалуются на незначительный дискомфорт в области определенного зуба, либо на выраженную болевую реакцию. [2,7]. Причиной возникновения данной патологии являются различные факторы.

К примеру, при заболеваниях пародонта, риск возникновения повышенной чувствительности зубов составляет около 85-95% [3]. В 89-92% случаев наличие гиперестезии встречается при некариозном поражении зубов [7]. После процедуры отбеливания зубов, риск появления повышенной чувствительности составляет 15-78% [3,5]. Другими причинами возникновения гиперестезии могут служить употребление цитрусовых и газированных напитков, неправильная и агрессивная чистка зубов, а также патологическая и физиологическая стираемость зубов. [4,5] Гиперестезия является наиболее актуальной проблемой нашего времени, и поэтому требует своевременного выявления и лечения. Целью данного исследования является изучение наличия повышенной чувствительности зубов в возрасте от 22 до 74 лет, а также разработка методов лечения и профилактики данной патологии.

Для изучения распространенности повышенной чувствительности зубов был проведен стоматологический осмотр 271 мужчин и 245 женщин, что составило, соответственно 50,1% и 49,9%. Данных пациентов разделили на 3 группы в зависимости от возраста: от 22 до 39 лет, от 40 до 59 лет, от 60 до 74 лет. Во время обследования выясняли возраст пациента, анамнез жизни и жалобы на состояние жевательного аппарата. [1]

В ходе проведенного обследования выяснилось, что повышенная чувствительность зубов встречается у 202 пациентов, что составляет 42,5% от общего числа, во всех возрастных группах. В возрасте от 22 до 39 лет, где количество пациентов в группе составляет 191, страдают данной патологией 48 человек. Причинами возникновения гиперестезии в таком возрасте служит потеря твердых тканей зубов и наличие некариозных поражений зубов, как у мужчин, так и у женщин. [1] Во второй возрастной группе, гиперестезия была выявлена у 71 пациента. Среди мужчин данная патология встречалась чаще, чем у женщин. Так, заболевание выявлено у 39 мужчин и 32 женщин в возрасте от 40 до 59 лет. При анализе двух данных возрастных групп, можно выделить, что повышенная чувствительность зубов встречается в двух формах: локализованной—патология охватывает один или несколько зубов, и генерализованной болевые ощущения распространяются на все зубы. В третьей группе, где возраст обследуемых составляет от 60 до 74 лет, страдают гиперестезией 85 пациентов. Причем, распространенность гиперестезии среди мужчин выше, чем среди женщин. Наиболее часто данная патология связана со стираемостью и убылью твердых тканей зубов. В данной возрастной группе, чаще отмечается наличие локализованной гиперестезии. [1] Наличие гиперчувствительности твердых тканей, в первую очередь, зависит от возрастного критерия и гендерных особенностей. Для того, чтобы уменьшить процент пациентов с гиперестезией следует проводить своевременное лечение и профилактику. При появлении повышенной чувствительности следует использовать специализированные зубные пасты, в состав которых входят соли калия и фтора, хлорид стронция и цитрат натрия. [4,7]. При лечении гиперестезии зубов следует скорректировать рацион питания. Желательно исключить продукты питания, которые могут вызывать повышенную чувствительность зубов, а именно, газированные напитки и цитрусовые продукты, а также исключать сильно холодные и слишком горячие напитки [4]. Одним из методов лечения гиперестезии является применение средств-десенсиализеров. [2] Механизм действия данных средств заключается в obturации открытых дентинных канальцев, в следствие чего уменьшается степень движения жидкости в дентинных канальцах. [2,7]. Пациентам, которые страдают повышенной чувствительностью зубов, необходимо наблюдаться и посещать профилактические осмотры у врача-стоматолога. [6]

Повышенная чувствительность зубов, на данный момент, встречается достаточно часто. При возникновении гиперестезии, следует применять комплексное лечение. Для того, чтобы избежать возникновения гиперестезии следует проводить профилактические мероприятия.

Список литературы.

1. Иорданишвили А.К. Гиперестезия твердых тканей зуба: Распространенность и возрастные особенности клинического течения у людей пожилого и старческого возраста/ Иорданишвили А.К., Орлов А.К., Янковский В.В.// Вестник Санкт-Петербургского университета. -2014. - № 4. -С.137-144.
2. Журбенко В.А. Повышенная чувствительность зубов в стоматологии. Пути ее решения / Журбенко В.А., Саакян Э.С.// Евразийский Союз Ученых. -2015. - №10. - С. 48-51.
3. Журбенко В.А. Распространенность повышенной чувствительности твердых тканей зубов в разных возрастах / Журбенко В.А., Маринкина А.А.// Региональный вестник. – 2020. - №12. - С.9-11.
4. Килафян О.А. Гигиена полости рта: краткий курс / Килафян О.А. – Ростов н/Д: Феникс, 2014 – С.169-170.
5. Крихели Н.И. Повышенная чувствительность зубов / Крихели Н.И., Коваленко Т.В. // Российская стоматология. -2012. - Т.5, № 2. С.38-41.
6. Самарина Я.П. Повышенная чувствительность зубов / Самарина Я.П.// Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 4 – С. 88-91. 7. Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и методов лечения повышенной чувствительности твердых тканей / Беленова И.А., Зяблова Е.И., Кудрявцев О.А. [и др.] // Актуальные проблемы медицины. – 2019. - Т.42. № 2. - С.208-214.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Ивахненко А.В., Дубровина-Парус Т.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Одной из самых частых генетических патологий является синдром Дауна, средняя частота рождения «солнечных детей» в мире – 1:700. В России этот показатель составляет 1:884 [1], поэтому изучение состояния полости рта и последующие улучшения оказания стоматологической помощи таким пациентам актуально и по сей день. Целью работы является оценка состояния слизистой оболочки рта методом анализа обобщающих показателей (относительных, абсолютных и средних величин, индексных систем, показателей вариации и др.) у пациентов с синдромом Дауна в г. Севастополе.

Проведено контролируемое поперечное одномоментное исследование 20 подростков с синдромом Дауна от 15 до 19 лет, получавших профильную стоматологическую помощь в ГБУЗС «Городской больницы №5 – Центр охраны матери и ребёнка» г. Севастополя в период с 01.01.2015 по 31.12.2019 гг. У исследуемых, регистрировали индекс Грин-Вермиллиона, пробу Шиллера-Писарева и распространённость поражение слизистой оболочки полости рта и пародонта в целом. Была получена описательная статистика, включающая проценты и частоты для категориальных данных, а также средние отклонения для числовых данных. Данные проанализированы с помощью программы «STATISTICA 10.0». Средний возраст пациентов составил $17,2 \pm 1,24$ лет, из них 9 юношей (45%) и 11 девушек (55%). Средний показатель Грин-Вермиллиона по группе составил $2,23 \pm 0,35$, что соответствует плохому уровню гигиены ротовой полости, крайние значения были следующими: 1,7 и 2,8. Проба Шиллера-Писарева положительной была у 85% (17 пациентов). В 45% (9 случаях) у пациента наблюдался гингивит, в 25% (у 5 детей) гингивостоматит, в 15% (3 ребёнка) генерализованный пародонтит, 10% (2 случаях) регистрировалась лейкоплакия. При этом жалобы на зуд,

болевые ощущения и жжение в дёснах предъявляли пациенты только в 4 случаях (20%). Из всех обследуемых симптом «географического языка» был выявлен у 13 детей, что составило 65% от всей группы. Общий уровень гигиены у больных синдромом Дауна неудовлетворительный, в некоторых случаях очень плохой, согласно индексу Грин-Вермильона, такие же данные были получены и в исследованиях AlJameel A.H. и др. в своём исследовании, это объясняется трудностью обучения подростков навыкам гигиены и, как следствие, неудовлетворительной чистке зубов. Проба Шиллера-Писарева характеризует появление воспалительных процессов в области десны, в нашем исследовании она была положительной у 85% пациентов на всём протяжении зубного ряда, что свидетельствует о повсеместном поражении мягких тканей, и может являться отдалённым последствием не только неудовлетворительной гигиены ротовой полости, но и патологии при закладке и развитии полости рта во внутриутробном периоде, о чем своей работе упоминает Muraru D. [3]. Чаще всего у инвалидов детства с синдромом Дауна наблюдался гингивит, реже регистрировался гингивостоматит и генерализованный пародонтит, что является следствием врождённой патологии иммунной системы и дальнейшее размножение условно патогенной и патогенной микрофлоры в полости рта, которая приходится одним из главных факторов развития данных заболеваний, к этому же выводу приходит и Sultan A. изучая пациентов с синдромом Дауна [4]. При том, что воспалительные заболевания ротовой полости у таких пациентов широко распространены, оказание стоматологического лечения происходит достаточно поздно, так как такие пациенты зачастую не предъявляют жалоб из-за врождённой нейро- и парадонтопатии, обусловленной трисомией 21 хромосомы. Комплексную патологию мягких тканей полости рта подтверждает и наличие 65% случаев у пациентов так называемого симптома «географического языка», получивший своё название за наличие большого количества разной глубины борозд на этом органе. Широкое распространение данной патологии у пациентов с синдромом Дауна в своём исследовании описывает Al-Maweri S.A. и соавт. В его работе распространённость этого признака доходила до 78% [5].

В ходе проведённого нами анализа клинической картины полости рта у пациентов, имеющих такую генетическую патологию, как синдром Дауна, мы убедились в комплексном поражении мягких тканей полости рта, а так же высокой распространённости среди этой группы населения воспалительных заболеваний пародонта, в особенности таких как: гингивит, гингивостоматит и генерализованный пародонтит. Из-за врождённой патологии нервной системы, проявляющейся в виде нейро- и парадонтопатии, такие пациенты редко предъявляют жалобы, поэтому им необходимо чаще посещать профилактические осмотры у стоматолога для своевременного выявления патологии тканей пародонта, улучшения и стабилизации клинической картины в полости рта.

Список литературы.

1. World Health Organization. Disability and health: fact sheets no. – 2016. – С. 352.
2. AlJameel, A.H., Down syndrome and oral health: mothers' perception on their children's oral health and its impact / A.H. AlJameel, R.G. Watt, G. Tsakos, B. Daly//J Patient Rep Outcomes. – 2020. – №16. – С. 45.
3. Muraru, D. Providing dental care for children with autism spectrum disorder / D. Muraru, T. Ciuhodaru, M. Iorga//Int. J. Med. Dentistr. – 2017. – №7 – С. 124–130.
4. Sultan, A. Co-morbidity of down syndrome with autism spectrum disorder: Dental implications / A. Sultan, A. Juneja, S.J. Bhaskar//Oral Biol Craniofac Res. – 2020. – №10 – С. 146-148.
5. Al-Maweri, S.A. Lip and oral lesions in children with Down syndrome. A controlled study/ S.A. Al-Maweri, B. Tarakji, G.A. Al-Sufyani, H.M. Al-Shamiri, G. Gazal//J Clin Exp Dent. – 2015. – №7 – С. 284-290

РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Исламов М.Н., Расулов И.М., Гафуров К.А.

Дагестанский государственный медицинский университет

В клинической практике врача стоматолога частым случаем является дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. У человека височно-нижнечелюстной сустав является парным сложным суставом, так как за счёт него осуществляется передвижение нижней челюсти. Более того он принимает участие в акте глотания, жевания, проявления эмоций, речи. Исходя из имеющихся исследований, на сегодняшний день ДВНЧС имеет широкую распространенность, а также трудность в лечении и постановке диагноза. В данный момент в медицинской стоматологической практике методами диагностики заболеваний ВНЧС являются: рентгенологический, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, пальпаторный метод, но к сожалению, у перечисленных методов имеются серьёзные недостатки, которые создают неточности в результате исследования.

Для разработки автоматизированной диагностической системы нами были использованы сверхчувствительные датчики акустических колебаний, которые установлены на берушах в области ВНЧС. Беруши соединены между собой телескопическим ободком. Через плату сопряжения, данные от акустических датчиков поступает в персональный компьютер. Стационарный цифровой анализатор подключается к ПК при помощи USB и регистрирует данные длины интервала межчелюстного расстояния, и информация поступает в ПК. Была разработана автоматизированная диагностическая система определения расстояния между верхней и нижней челюстью до момента возникновения щелчка в ВНЧС. Система состоит из стационарного цифрового анализатора и двух сверхчувствительных датчиков акустических колебаний. От цифрового анализатора отходят 2 металлические трубки к которым соединяются пластмассовые трубки и в дальнейшем они прикрепляются к пластине, которая фиксируется при помощи специального клея на вестибулярной поверхности 4 резцов верхней и нижней челюсти. Сверхчувствительные датчики фиксируются у височно-нижнечелюстного сустава. Врач стоматолог просит пациента открыть рот и в момент щелчка аппарат фиксирует на каком отрезке в миллиметрах произошёл щелчок. Основными задачами программного обеспечения являются: Создание базы данных по каждому пациенту; Сбор хранения обработка информации; Калибровка относительно каждого пациента и относительно нулевого значения выдачи информации; Формирование графика лечения; Ввод программы поиска значений; Создание отчета;

Разработанная автоматизированная диагностическая система позволяет с высокой точностью определить расстояние между верхней и нижней челюстью до момента возникновения щелчка в ВНЧС, а также производить обработку и выдачу результатов на персональном компьютере, что в свою очередь повышает удобство обслуживания пациентов и хранения полученных данных.

Список литературы.

1. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. Лебеденко И.Ю., Каливраждияна Э.С. – М.; ГЭОТАР – Медиа, 2012. - 640 с.: ил.
2. Копейкина В.Н., Миргазизова М.З.// Ортопедическая стоматология г. Москва 2001 стр. 368с
3. Магомедов Д. А., Пирбудагов Г.М., Гаджиагаев В. А. Методы измерения, анализа и обработки медико-биологических сигналов и данных. Махачкала: ДГТУ, 2014г.- 326с

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ И АППАРАТА ТВИН-БЛОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Карданова С.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Распространенность зубочелюстных аномалий составляет в среднем 58,5%, при наличии общих заболеваний организма увеличивается до 74,6%. В структуре нозологических форм на сагиттальные аномалии прикуса приходится 33%, причем дистальный прикус составляет 20%. При лечении сагиттальных аномалий в смешанном и начальном периодах постоянной окклюзии широко используют функционально-действующие аппараты, количество которых достигает свыше 50. Поиск новых функциональных аппаратов, позволяющих эффективно устранять сагиттальные аномалии прикуса, способствует созданию новых конструкций. Одним из таких аппаратов является твин-блок Кларка. На кафедре стоматологии детского возраста СтГМУ на лечение дистальной окклюзии зубных рядов было взято 12 пациентов в возрасте 8-10 лет. В результате клинических и специальных (антропометрических, фотометрических, рентгенологических, функциональных) методов исследования у пациентов была выявлена средняя и тяжелая формы дистального прикуса в сочетании с глубоким прикусом с характерными лицевыми и внутриротовыми признаками: нижняя треть лица укорочена, профиль выпуклый, губо-подбородочная складка выражена, носогубные складки сглажены, подбородок скошен, веерообразный наклон вперед и в стороны верхних резцов, сужение зубных рядов в боковых отделах, сагиттальная щель 5-14 мм, дистальное смещение нижних первых моляров и клыков по отношению к одноименным верхним зубам, глубокое резцовое перекрытие. Пациенты были поделены на 2 группы по 6 человек. Детям 1-ой группы для лечения дистального прикуса были установлены на верхнюю челюсть съемные пластиночные аппараты с наклонной плоскостью в переднем участке. В конструкцию аппарата входят пластмассовый базис с центральным винтом, кламмера Адамса для фиксации на молярах, дополнительные кламмера на клыки, вестибулярная дуга для устранения наклонов верхних резцов, наклонная плоскость для мезиального смещения нижней челюсти. Детям 2-ой группы был установлен твин-блок. Аппарат состоит из отдельных базисов на верхнюю и нижнюю челюсти, окклюзионных блоков с наклонными плоскостями для направления нижней челюсти вниз и вперед, винта для расширения верхней челюсти, кламмеров на верхние моляры и премоляры и на нижние премоляры и резцы, вестибулярной дуги для ретрузии верхних резцов, пружины для перемещения отдельных зубов.

Преимущества: с помощью аппарата твин-блок достигаются стабильные результаты. Недостатком аппарата считается разобщенность жевательной группы зубов, проявляющаяся в начале лечения, однако, по мере проведения коррекции, проблема устраняется. Период привыкания к твин-блоку дольше. Парные блоки обходятся дороже, чем одночелюстная пластинка. Лечение твин-блоком проходило в два этапа. Первый этап: активная фаза. Сагиттальная щель до 10 мм была устранена без повторной активации парных блоков. Чтобы избежать перенапряжения мышц, выдвижение нижней челюсти у пациентов с сагиттальной щелью более 10 мм, осуществлялось поэтапно. Активация заключалась в увеличении переднего наклона верхнего блока мезиально для перемещения вперед нижней челюсти. Второй этап: удерживающая фаза. Верхний аппарат был дополнен угловой плоскостью с опорной губкой, удерживающей нижние резцы и клыки. Нижний аппарат не использовался.

Пациентам обеих групп были назначены миогимнастические упражнения для лечения дистального прикуса. Срок лечения пациентов первой и второй группы

составил 10-14 месяцев. После завершения лечения с помощью клинических и специальных методов исследования было выявлено, что улучшение положения нижней челюсти у пациентов 1-ой группы произошел в большей степени за счет протрузии нижних резцов и клыков, а не за счет сагиттального сдвига нижней челюсти. Данное явление можно объяснить слабостью нижних передних зубов, которые, соприкасаясь с наклонной плоскостью, отклоняются вперед, а вся нижняя челюсть возвращается в исходное положение. У пациентов 2-ой группы, которых лечили парными блоками, произошел сагиттальный сдвиг нижней челюсти.

Для удержания достигнутого результата в ретенционном периоде дети 1-ой группы продолжили носить пластинку с наклонной плоскостью в инактивированном состоянии. Ретенционный период заключался в дневном (2 часа) и ночном ношении аппарата. Рецидив в первой группе составил 50%: 3 пациента из 6 через полгода после лечения обратились с жалобами на то, что нижняя челюсть вновь начала смещаться назад с ухудшением лицевых признаков.

Дети 2-ой группы в ретенционном периоде носили аппарат Hawley для верхнего зубного ряда с передней наклонной плоскостью. Во второй группе рецидив наблюдался у одного пациента (17%). Твин-блок Кларка по сравнению со съёмной пластинкой с наклонной плоскостью является более эффективным аппаратом в лечении дистального прикуса у растущих пациентов и даёт более стабильные результаты.

Список литературы.

1. Самойлова Н. В., Кларк В. Дж. Применение двойного блокового аппарата Кларка при разновидностях аномалий окклюзии: Учеб. -метод. пособие. -М.: РМАПО, 2005. -80 с.

2. Уильям Дж. Кларк. Ортодонтическое лечение парными блоками. - М: «Медпресс-информ», 2007. -С. 22-31.

3. Каламкарров Х. А. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий у детей. Т.: «Медицина», 1978. -С.201-203.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОВРЕМЕННЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

Кирюта Е.С., Байрамукова Л.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Детями дошкольного возраста считаются дети от 3 до 6-7 лет. В основе ортодонтического лечения лежит перемещение зуба под действием силового воздействия. Величина и направление прилагаемой силы зависят от конструктивных особенностей аппарата и режима его применения, которые подбирает врач. В ответ на силовое воздействие на зуб в тканях пародонта происходит ряд сложных биологических реакций, результатом которых является ответное движение зуба в челюстной кости. Клетки тканей пародонта не способны различать конструктивные особенности аппарата, поэтому выраженность биологического ответа на лечение зависит исключительно от частоты и силы давления на зуб и степени ответного напряжения, возникающего при этом в тканях. Таким образом, для получения точного прогнозируемого результата лечения необходимы четко заданные параметры воздействующей силы. С другой стороны, следует учитывать нюансы строения и взаимодействия компонентов в биологических системах, которые осложняют возможность получения прогнозируемого результата в клинике даже при четко заданных параметрах силы. Продолжительность ортодонтического лечения в настоящее время в среднем составляет около 1,5-2 лет. При этом большое количество времени тратится на исправление возникших в ходе лечения побочных эффектов (нежелательного перемещения

зубов). Эффективность лечения может снижаться по причине неточности технического исполнения аппарата в той же мере, что и от отсутствия психологического контакта с пациентом. Значительное повышение эффективности достигается при применении принципов биомеханики на практике, это позволяет разработать индивидуальный план лечения, сократить его время и получить более предсказуемый результат. Цель исследования: изучить особенности лечения челюстно-лицевых деформаций у детей дошкольного возраста современными ортодонтическими аппаратами.

Для изучения особенностей лечения пациентов детского возраста современными ортодонтическими аппаратами на первичный осмотр взято 36 пациентов в возрасте от 3 до 7 лет - из них 24 девочки ($66,66 \pm 5,77\%$) и 12 мальчиков ($33,33 \pm 8,16\%$). Всем пациентам был проведен первичный осмотр. На ортодонтическое лечение взято 26 пациентов ($72,22 \pm 5,27\%$): из них 17 девочек ($47,22 \pm 7,26\%$) и 9 мальчиков ($25 \pm 8,66$). Из 26 детей ($72,22 \pm 5,27\%$), взятых на ортодонтическое лечение, у 18 ($50 \pm 7,07\%$) отмечалось недоразвитие верхней и нижней челюсти, у 5 ($13,88 \pm 9,28$) отмечалась дистальная окклюзия зубных рядов, у 1 открытый прикус ($2,77 \pm 9,86\%$), 1 мезиальный прикус ($2,77 \pm 9,86\%$) и у 1 перекрестный прикус ($2,77 \pm 9,86\%$). Для обработки полученных цифровых результатов использовался «Statistica 6.0».

Всем пациентам были изготовлены съемные пластиночные аппараты с целью расширения верхней и нижней челюстей. 8 пациентам ($22,22 \pm 8,81\%$), взятым на лечение было предложено помимо активного ортодонтического аппаратного лечения использование миогимнастических упражнений. Всем пациентам с недоразвитием челюстей было рекомендовано повышение жевательной нагрузки с помощью принятия более жесткого питания, большего временного промежутка для принятия питания, а также использование жевательной резинки после обеда и ужина в течение 10-15 мин, для компенсации жевательной нагрузки. Одному пациенту с мезиальной окклюзией зубных рядов была изготовлена подбородочная праща, которая использовалась на ночь и съемный пластиночный аппарат на верхнюю челюсть с секторальным винтом в области фронтальных зубов. Пациенту с перекрестным прикусом был изготовлен съемный пластиночный аппарат с секторальным распилом в сторону атипичного перекрытия зубных рядов. Пациентам с дистальным прикусом изготавливался съемный пластиночный аппарат с вестибулярной дугой, центральным винтом и наклонной плоскостью.

На ортодонтическое лечение взято 26 пациентов: из них 17 девочек ($65,38 \pm 5,88\%$) и 9 мальчиков ($34,61 \pm 8,08\%$), у 18 ($69,23 \pm 5,54\%$) отмечалось недоразвитие верхней и нижней челюсти, у 5 отмечалась дистальная окклюзия ($19,23 \pm 8,98\%$) зубных рядов, у 1 открытый прикус ($3,84 \pm 9,80\%$), 1 мезиальный прикус ($3,84 \pm 9,80\%$) и у 1 перекрестный прикус ($3,84 \pm 9,80\%$). Для обработки полученных цифровых результатов использовался «Statistica 6.0».

Всем пациентам были изготовлены съемные пластиночные аппараты с целью расширения верхней и нижней челюстей. 8 пациентам ($30,76 \pm 8,32\%$), взятым на лечение было предложено помимо активного ортодонтического аппаратного лечения использование миогимнастических упражнений. Одному пациенту с мезиальной окклюзией зубных рядов была изготовлена подбородочная праща. В период формирования молочного прикуса необходимы профилактические мероприятия, которые предупреждают развитие аномалий челюстей, в виде добавления в обычный рацион питания твердых продуктов, которые способствуют повышению жевательной нагрузки, стимулируя рост костно-мышечного аппарата. Также, необходимо использовать съемные пластиночные аппараты с целью расширения верхней и нижней челюстей

Список литературы.

1. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Равиндра Нанда; пер. с англ. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2016 - 388 с.
2. Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. / Материалы 75-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием, 2017. - 864 с.

3. Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты/Самарский государственный медицинский университет сборник материалов, 2018. - 520 с.

4. Материалы III Всероссийской 14-Й Межрегиональной с Международным участием научной сессии молодых ученых и студентов «Современное решение актуальных научных проблем медицины», 2017. – 519 с.

МОНИТОРИНГ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА МЕТОДОМ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

Красникова О.В., Белозеров А.Е., Жесткова Н.С.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Инфракрасная спектроскопия (ИКС) биологических жидкостей и тканей является уникальным методом диагностики заболеваний, в том числе и стоматологических [Казарина, 2019, с.78, Сметанина, 2016, с.207, Красникова 2014, с. 113]. В доступных литературных источниках имеется ряд публикаций, касающихся ИК-диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки рта (СОР), при этом вопросы оценки эффективности лечения данных патологий с помощью этой методики освещены недостаточно. Цель исследования: изучение ИК-спектроскопии как метода оценки эффективности лечения предраковых заболеваний СОР. Исследование проведено на базе кафедры пропедевтической стоматологии совместно с кафедрой общей химии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Обследовано 50 пациентов с наличием предраковых заболеваний слизистой оболочки рта (лейкоплакия и красный плоский лишай), набрана контрольная группа здоровых добровольцев ($n=30$). После постановки диагноза и фотопротоколирования элементов поражения производился забор ротовой жидкости для ИК-анализа и подтверждения клинического диагноза методом ИКС [Красникова, 2012, с.50]. С целью диагностики интересующих патологий выбрали 6 информативных параметров: 1150/1165, 1150/1080, 1140/1160, 1130/1165, 1130/1040, 1030/1080 (П1-П6) [Казаина, 2020, с.140]. В результате проведенной ИКС у всех обратившихся выявлено нарушение процесса эпителизации и подтвержден клинический диагноз предрака слизистой оболочки рта. На этапах комплексного лечения проводилась повторная ИКС, что позволило оценить эффективность комплексной терапии путем расчёта значений шести параметров для каждой экспериментальной группы: здоровых добровольцев, пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки рта до лечения, спустя 30 дней и 6 месяцев. При заболевании СОР происходит достоверное изменение значений параметров 1-6, а именно: увеличение значений параметров на 166% (П1), 156% (П2), 119% (П3), 227% (П4), 142% (П5), 95% (П6) ($p<0,05$). При дальнейшем рассмотрении результатов лечения важно следить за динамикой изменения значений параметров 1-6, а именно: оценивать приближения их к значениям соответствующих интервалов для нормы и патологии, что будет свидетельствовать об эффективности или неэффективности проводимого лечения.

Через месяц проводимого лечения предраковых заболеваний СОР значения параметров ИК-спектров слюны изменились следующим образом:

- достоверно уменьшаются значения параметров 1-5: на 61%(П1), 46%(П2), 60%(П3), 34%(П4), 17%(П5) ($p<0,05$).

- достоверно увеличивается значения параметра 6 на 19% ($p<0,05$). Вероятно, это связано с адаптационными процессами организма, направленными на запуск приспособительных реакций и поддержания общего гомеостаза. На более позднем сроке лечения – через 6 месяцев – параметры ИК-спектров слюны данных больных меняются

следующим образом (по сравнению с группой сравнения): - происходит достоверное уменьшение всех параметров на 63%(П1), 54%(П2), 54%(П3), 51%(П4), 22%(П5), 15%(П6) соответственно ($p < 0,05$) – максимально приближаются к норме. Таким образом, ИК-спектроскопия позволяет провести мониторинг лечения предраковых заболеваний СОР.

На основании полученных в данной работе результатов следует вывод о том, что инфракрасная спектроскопия может использоваться не только для диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки рта, но и как метод оценки эффективности проводимой терапии. В ходе лечения происходит изменение параметров ИК-спектров ротовой жидкости, что позволяет оценить динамику и эффективность лечения.

Список литературы.

1. Казарина Л.Н., Гордецов А.С., Красникова О.В., Белозеров А.Е., Пурсанова А.Е. Диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки рта методом инфракрасной спектроскопии // Медикофармацевтический журнал "Пульс". 2019. Т. 21. № 12. С. 77-82.
2. Сметанина О.А., Казарина Л.Н., Гордецов А.С., Красникова О.В. Инфракрасная спектроскопия ротовой жидкости как метод ранней диагностики воспалительных заболеваний пародонта у детей //Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 207.
3. Красникова О.В., Рунова О.А., Гордецов А.С., Казарина Л.Н. Выявление раннего кариеса по параметрам инфракрасных спектров ротовой жидкости и кристаллохимического состава тканей зуба //Современные технологии в медицине. 2014. Т. 6. № 4. С. 112-115.
4. Красникова О.В. Физиологический анализ инфракрасных спектров плазмы крови животных в норме и при экспериментальном онкогенезе диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук / Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского. Нижний Новгород, 2012. 133 с.
5. Казарина Л.Н., Гордецов А.С., Красникова О.В., Белозеров А.Е., Пурсанова А.Е., Казарин А.С. Оценка эффективности лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки рта методом инфракрасной спектроскопии // Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2020. Т. 22. № 5. С. 139-145.

ПОЛУЧЕНИЕ ОТТИСКА И КУПИРОВАНИЕ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ

Кристалль Е.А.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

В настоящем исследовании анализируются уровни достигаемого клинического эффекта при использовании трехмерного сканера и последующего пространственного моделирования оттиска в отношении купирования рвотного эффекта, часто возникающего у пациента в процессе проведения данной процедуры [1]. Исследование проводилось на пациентах с полной адентией, нуждающихся в восстановительном стоматологическом лечении, но демонстрирующих, в то же самое время, повышенную склонность к проявлению рвотного рефлекса при получении оттиска, методом бесконтактного пространственного сканирования полости рта и последующего трехмерного моделирования оттисков с использованием цифровых технологий CAD/CAM [2].

В нашем исследовании с целью снижения риска развития рвотного рефлекса на этапе первичного осмотра и снятия оттиска был использован внутриротовой сканер 3-Shape Trios [3]. Преобладающее применение более совершенных технических средств является способом замены контактной и малоприятной для больного традиционной процедуры снятия оттиска на бесконтактную [4]. Повышенный рвотный рефлекс может выступать одним из факторов ухудшения состояния зубов путем провоцирования у пациентов

стоматофобических реакций, дискомфорта во время стоматологического приема и санации рта, приводящих к их отказу от стоматологических вмешательств и, как следствие – прогрессированию стоматологической патологии с дальнейшим увеличением дефектов зубных рядов [5]. Методы: после снятия трехмерного виртуального оттиска для ортопедического лечения дефектов зубных рядов использовалась двухэтапная внутрикостная дентальная имплантация с применением CAD/CAM систем для упрощения отдельных этапов изготовления зубных протезов и минимизации дополнительных визитов. Отмечалось, что без специальной модификации процедуры стоматологического осмотра и ортопедического лечения, направленной на предупреждение активации рвотного рефлекса, проведение стоматологических манипуляций у категории пациентов с повышенным рвотным рефлексом зачастую становится трудноосуществимым и требующим значительных временных затрат [6]. В ходе проведения исследования были установлены особенности влияния повышенного рвотного рефлекса на процедуру стоматологического осмотра и получения оттиска у пациентов при полной потере зубов, нуждающихся в стоматологическом ортопедическом лечении. Было обследовано 200 пациентов с полным отсутствием зубов, нуждающиеся в ортопедическом лечении, из них 108 (54%) женщин и 92 (46%) мужчин. Оба пола были представлены в выборке в относительно равных пропорциях ($p > 0,05$). Возраст пациентов составлял от 41 до 68 лет, среднее значение возраста пациента с данной нозологией – $53,72 \pm 2,06$ года. Для получения оттисков применялись следующие способы: оттиск получали путем применения оттисковых трансферов с использованием метода открытой или закрытой ложки в зависимости от имеющихся условий, путем применения внутриротового сканера 3-Shape Trios. Статистический анализ проводился с помощью методов математической статистики, в том числе критерия Пирсона – χ^2 и критерия статистической вероятности – p [7].

По результатам распределенность степени выраженности рвотного рефлекса среди пациентов с повышенным рвотным рефлексом была смещена в сторону средне выраженного повышенного рвотного рефлекса (43 пациента – 43,88%), у 32 (32,65%) пациентов диагностировался умеренно выраженный повышенный рвотный рефлекс, количество пациентов с сильно выраженным и очень сильно выраженным рвотным рефлексом не превышало 1/3 от количества пациентов в группе и составляло 12 и 15 человек (11,22% и 14,29%) соответственно, у остальных пациентов диагностировалась минимальная степень выраженности рвотного рефлекса. Анатомическими ориентирами пусковых зон рвотного рефлекса во рту служили корень языка, дистальный отдел твердого неба, мягкое небо, ретромолярные области на нижней челюсти [8]. Дополнительно для предупреждения развития рвотного рефлекса у пациентов реализовывали одну из следующих профилактических тактик: – применение местной аэрозольной анестезии 10% раствором лидокаина перед снятием оттиска; – применение 0,1% назального раствора галазолина за 1-3 минуты до снятия оттиска; – применение для получения оттиска внутриротового сканера 3-Shape Trios, обладающего функцией двойного сканирования для создания трехмерного изображения десны и протезного ложа [9]. Наличие повышенного рвотного рефлекса у пациентов, нуждающихся в ортопедическом лечении, приводит к увеличению времени стоматологического обследования, а также и к вынужденному расширению спектра дополнительных стоматологических манипуляций с необходимостью использования фармакологических препаратов [10]. Дальнейшие исследования в этой сфере целесообразно проводить в направлении поиска и выявления факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на риск развития рвотного рефлекса с целью их анализа и поиска путей их нейтрализации.

Список литературы.

1. Климашин Ю.И. О природе феномена повышенного рвотного рефлекса в практике ортопедической стоматологии// URL:http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_424

2. Ряховский А.Н. с соавт. Автоматизированная система протезирования зубов "DENTAL". - В сб. тез. докл. "Информатизация регионов России". - СПб. 1995: 33- 37.
3. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта. - Панорама ортопедической стоматологии. - 2006; 1: 8-10.
4. Ряховский А.Н., Юмашев А.В., Левицкий В.В. Способ построения трехмерного изображения лица и зубных рядов, сопоставленных в корректном друг относительно друга положении. -Патент РФ № 2306113.А61С, 2007 г.
5. Салеева Г.Т., Юдина Г.Н., Салеев Р.А., Валеев М.Б., Михалёв П.Н., Гумаров Р.Н. Съемные полные протезы с опорой на имплантаты. Методическое пособие для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета по специальности "Стоматология ортопедическая". Казань, 2011.
6. Севбитов А.В., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. и др. Стоматология: введение в ортопедическую стоматологию. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2015: 91.
7. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра. //-В сборнике матер. X междунар. научно-практ. конф. «Trend of modern science», серия Medicine. - Sheffield, 2014. -Р. 42-44.
8. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов // Врач. -2016. -№ 7. - С. 62-64.
9. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г, Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. -2012. -Т. 14. -№ 2. -С. 26.
10. Юмашев А.В. и др. Варианты использования 3D-сканирования в ортопедической стоматологии. Вестник новых медицинских технологий. 2015, №1: 2-6.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПЕРИОТЕСТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ У ЛИЦ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Мазиева Э.А., Хубаев Т.С., Ильина Е.Е., Хубаева Ф.С., Некрасова Е.Ф.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ткани пародонта оказывают значительное влияние на функционирование всей зубочелюстной системы. Состояние тканей пародонта как опорно-удерживающего аппарата зуба сложно диагностировать в клинических условиях [1,2]. Одним из цифровых методов изучения состояния тканей пародонта в норме и при патологии является периотестометрия.

Цель исследования: определить гендерные различия в периотестометрических показателях физиологической подвижности у лиц при отсутствии заболеваний пародонта.

На кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний было исследовано 60 пациентов в возрасте от 18- 40 лет (30 мужчин и 30 женщин) с клинически здоровым пародонтом и интактными зубными рядами. Исследование проведено с помощью аппарата Periotest M (Германия). Всем пациентам была определена подвижность зубов всего зубного ряда и зубов Рамфьорда (16; 21; 24; 36; 41; 44) с использованием данного аппарата.

В результате настоящего исследования (720 измерений) была установлена величина

подвижности всех зубов зубного ряда и зубов Рамфьорда. С помощью методов статистического анализа был определен средний показатель периотестометрии у всех зубов с учетом гендерных различий: у мужчин « $-3,2 \pm 0,75$ », у женщин « $-3,2 \pm 1,1$ » и зубов Рамфьорда у женщин: « $-3,6 \pm 1,2$ », у мужчин: « $-3,1 \pm 0,7$ ».

Выводы: 1) Периотестометрические показатели подвижности зубов имеют гендерные различия, статистически недостоверные. 2) У лиц мужского пола физиологическая подвижность зубов в 1,2 раза выше, чем у женского пола. 3) Достоверно значимой разницы в периотестометрических показателях у всех зубов и у зубов Рамфьорда не установлено, поэтому рекомендуем проводить периотестометрию только у зубов Рамфьорда.

Список литературы.

1. Неинвазивные методы лечения гингивита и пародонтита легкой степени тяжести/ Гаража Н.Н., Ильина Е.Е., Гаража С.Н. и др. // Российский стоматологический журнал. - 2020. - Т. 24. - № 1. - С. 61-64.

2. Эффективность комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита/ Амхадова М.А., Гаража С.Н., Хубаев З.С.С. и др. // Российский стоматологический журнал. - 2019. - Т. 23. - № 1.- С. 7-9.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Махров В.С., Погребняк Ж.И., Ноухатько А.А., Солдатов А.О.

Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии

Частичная потеря зубов приводит к изменениям во всей зубо-челюстной системе и вызывает ряд морфофункциональных нарушений, что в конечном итоге приводит к менее качественному пережевыванию пищи. Это приводит к нарушению работы желудочно-кишечного тракта и ухудшению здоровья человека [1,2,3]. Утрата даже одного зуба приводит к потере жевательной эффективности, что мы и доказали в своем исследовании

В исследовании приняли участие 10 пациентов с диагнозом частичная потеря зубов (включенный дефект зубного ряда – 3 класс по Кеннеди). У каждого пациента в анамнезе было отсутствие первого моляра в течении минимум двух лет, зубочелюстные деформации на стороне удаленного зуба, выраженный феномен Попова-Годона и нарушение окклюзионной кривой. Оценка жевательной эффективности зубочелюстной системы проводилась с применением жевательной пробы. В качестве материала для жевательной пробы применяли альгинатную массу «Ортопринт». После замешивания альгината получали массу цилиндрической формы объемом 1 кубический сантиметр. Каждый пациент осуществлял 10 жевательных движений заданного объема альгинатной массы на стороне с сохраненными зубными рядами и сплевывал на бумагу (контрольная группа). Затем пациент пережевывал образец на стороне частичной потери зубов и сплевывал на бумагу (основная группа). Для цифрового подсчета площади плоских фигур использовалась медико-биологическая программа ImageJ. Частицы были поделены на фракции: мелкие (до 5000 пикселей), средние (от 5000 до 20000 пикселей) и крупные (более 20000 пикселей). Степень измельчения пищевого комка тем больше, чем меньше пикселей занимает площадь фигуры. На стороне с сохраненными зубными рядами в 85% от общего количества жевательных проб размер частиц оказался от 500 до 6000 пикселей, а на противоположной стороне (частичной потере зубов) размер частиц составил от 5000 до 20000 пикселей. По результатам проведенного нами исследования можно сделать выводы, что эффективность пережевывания пищи на стороне дефекта зубного ряда

снижается до 30% по сравнению со стороной с сохраненными зубными рядами. Чем больше количество зубов утрачено, тем жевательная эффективность ниже, что негативно отражается на качестве жизни и состоянии здоровья человека.

Список литературы.

1. Жулев Е.Н. / Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника): Руководство для врачей. - 2-е изд. испр. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2011.- 424с.: ил.

2. Оклюзия и клиническая практика / под ред. Клинберга И., Джалгера Р.; Пер. с англ. под общ. ред. Антоника М.М. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 200с.: ил.

3. Славичек Рудольф / Жевательный орган. Функции и дисфункции / Рудольф Славичек; науч. ред. Наталья Волосок и Михаил Антоник; пер. Александра Островского, Евгения Ханина, Бориса Яблоновского. - Москва [и др.]: Азбука, 2008. - 543 с.: ил.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ТРЕХМЕРНОГО ЦИФРОВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ЗУБОПРОТЕЗНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ ОТЯГОЩЕНИЕМ АНАМНЕЗА

Михайлова М.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

В настоящем исследовании проведена оценка клинической эффективности применения методики цифрового CAD/CAM - проектирования и изготовления полного съемного протеза [1], а также иммуно-ферментативного анализа гуморальных сред организма стоматологического пациента [2]. Данное исследование проводилось для категории стоматологических пациентов, обратившихся в клинику восстановительной стоматологии с целью реконструкции неполных зубных рядов, и имеющих в индивидуальном анамнезе то или иное аллергологическое отягощение, посредством совмещения CAD/CAM - изготовления протезов с иммуно-ферментативным анализом забранной венозной крови стоматологического пациента на предмет ее аллергологической совместимости с конструкционным материалом проектируемого протеза.

Пространственное компьютерное моделирование индивидуальных протезных конструкций проводилось с использованием обновленной цифровой программы Exocad, тогда как изготовление протеза производили в фрезерном аппарате ARUM 5X-300 [3]; диски для фрезерования применяли от производителя – фирмы «Ruthinium disk»; для изготовления самой протезной конструкции использовался материал PMMA того же изготовителя, имеющий высокий уровень (98 – 99% - [4]) гипоаллергенности. Значительному количеству пациентов данной категории был изготовлен и установлен новый фрезерованный протез именно из этого материала (PMMA Ruthinium disk). В ходе проведения настоящего исследования было установлено, что значительное количество возникающих при протезировании осложнений, к числу которых по критерию клинической частотности в первую очередь следует отнести различные аллергические реакции и процессы, развиваются внутри полости рта пациента в ответ на установку там протезной конструкции, по тем или иным параметрам или характеристикам обнаружившей несовместимость с окружающими тканями и иными структурами челюстно-лицевой зоны, что и вызвало возникновение и развитие аллергической ответной реакции со стороны этих последних [5], [6]. Для таких пациентов с аллергологическим отягощением в анамнезе общая схема лечения необходимо должна быть изменена в сторону купирования возникших по факту предшествующего протезирования аллергических процессов и проявлений, а также излечения их последствий до начала проведения реконструктивно-

восстановительных процедур. Более того, с целью исключения дальнейшего аллергологического рецидива, таким пациентам должен быть проведен иммуноферментативный анализ с определением этиологических факторов, вызвавших гипертрофированную ответную реакцию тканей и структур ротовой полости, а оптимизация при выборе и проектировании устанавливаемой протезной конструкции необходимо должна включать также и результаты исследования совместимости по конструкционному материалу для данного конкретного пациента с учетом всех его индивидуальных особенностей [7]. Так, в частности, на этапах, предшествующих разработке протезной конструкции и последующему протезированию, для пациентов данной группы было установлено, что значительное число случаев развития и последующего обострения аллергических процессов после предшествующего протезирования, было вызвано микробными дисбалансами полости рта, внутри которых преобладала грамм-отрицательная микробная флора, присутствовали энтеробактерии, которые в норме не должны находиться внутри ротовой полости; были увеличены общая численность и удельный вес коагулазо-позитивных стрептококков, дрожжеподобных грибов рода *Candida*; значительно повышен уровень IFN- γ , IL-8 во внутриротовой жидкости, – что все вместе способствовало поддержанию воспалительного процесса и развитию деструктивных изменений со стороны слизистой оболочки полости рта, поскольку из-за наличия кислотообразующей микробной флоры внутренний индекс pH ротовой полости пациентов данной категории оказывался значительно завышен.

Проведенным исследованием подтверждено для данной сложной категории пациентов, что требования, предъявляемые к созданию протезных конструкций в ситуации полной адентии пациента, носят сложный прагматико-эстетический характер с явным доминированием эстетических, психологических и функциональных аспектов [8], и в этом отношении современная реконструктивная стоматология чрезвычайно нуждается в целенаправленном создании и внедрении в клиническую практику передовых и перспективных методик, дающих возможность клиницисту подойти к решению целого комплекса взаимосвязанных задач восстановительного лечения данной, крайне сложной категории пациентов, максимально эффективно [9]. С учетом всех этих особенностей для лечения пациентов с полной адентией и имеющимся аллергологическим анамнестическим отягощением на кафедре ортопедической стоматологии Института стоматологии Первого МГМУ им И.М. Сеченова была разработана и затем внедрена в клиническую практику комплексная методика, сочетающая принципиально новую цифровую технологию CAD/CAM - проектирования и изготовления полного съемного протеза с иммуно-ферментативным анализом забранной венозной крови стоматологического пациента на предмет ее аллергологической совместимости с конструкционным материалом проектируемого протеза [1], [2]. С целью исключения аллергических рецидивов, протезированные пациенты также находились на постоянном динамическом наблюдении у специалиста-аллерголога [10].

Таким образом, – модификация ранее используемой методики в совокупности с комплексным, системным подходом к решению проблемы общей и функциональной реабилитации пациентов с полной адентией и аллергологическим отягощением в анамнезе позволило добиться высокого уровня клинической эффективности всей методики в целом, а также, что даже более важно, – высокого уровня субъективной удовлетворенности этой крайне сложной категории стоматологических пациентов от проведенного восстановительного лечения.

Список литературы.

1. Ряховский А.Н., Дегтярев В.М., Юмашев А.В., Ahlering A. Автоматизированная система протезирования зубов "DENTAL". - В сб. тез. докл. "Информатизация регионов России". - СПб., 1995: 33-37.

2. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта. // - Панорама ортопедической стоматологии. - 2006; 1: 8-10.
3. Ряховский А.Н., Юмашев А.В., Левицкий В.В. Способ построения трехмерного изображения лица и зубных рядов, сопоставленных в корректном друг относительно друга положении. – Патент РФ № 2306113.А61С, 2007 г.
4. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра. // -В сборнике матер. X междунар. научно-практ. конф. "Trend of modern science", серия Medicine. - Sheffield, 2014. -Р. 42-44.
5. Севбитов А.В., Невдах А.С., Платонова В.В. и др. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке полости рта. // Труды международного симпозиума «Надежность и качество». 2015. Т. 2. С. 368-369.
6. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов // Врач. -2016. -№ 7. -С. 62-64.
7. Утюж А.С., Юмашев А.В., Загорский В.В., Лушков Р.М., Нефедова И.В. Клинические аспекты биомеханики включенных в блок имплантатов. // -Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2016. № 7. С. 92-97.
8. Юмашев А.В. и др. Варианты использования 3D-сканирования в ортопедической стоматологии. // -Вестник новых медицинских технологий. 2015, №1: 2-6.
9. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма. // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. -2012. -Т. 14. -№ 2. -С. 26.
10. Timoshin A.V., Sevbitov A.V., Drobot G.V., Yumashev A.V., Timoshina M.D. Use of bioresorbable plates on the basis of collagen and digestase for treatment of diseases of oral mucosa (review of clinical cases) // International Journal of Green Pharmacy. 2018. Т. 12. № S1. С. 290-296.

АДГЕЗИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ РТА. ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК

Николенко Д.А.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

В настоящей работе исследуется уровень адгезивной активности патогенной микрофлоры полости рта, с одной стороны, и адгезивная резистентность (сопротивляемость адгезии) основных типов конструкционных материалов, используемых для изготовления временных протезных конструкций для пациентов, нуждающихся в последующем протезировании на постоянной основе. Методы, использованные в настоящем исследовании, реализованы через изготовление натуральных моделей временных протезных конструкций, их последующую принудительную контаминацию в лабораторных условиях, забор и последующий высев в питательную среду штаммов различных типов внутренних патогенов полости рта с последующей оценкой численности разрастания каждого типа в питательной среде. Полученные данные в дальнейшем приведены в состояние итоговой оценки через методы математической статистики, а затем проведено сравнение полученных величин как для различных типов патогенов, так и для разных выбранных типов

конструкционных материалов, использованных для изготовления натуральных образцов.

Исследованию были подвергнуты показатели адгезии представителей кариесогенной и пародонтопатогенной бактериальной флоры, а также грибов рода *Candida* к изделиям из неполированного и полированного материала Dentokeep Peek [1] для временных коронок. Цель – изучение адгезии представителей кариесогенной (или кислотопродуцирующей – [2]) и пародонтопатогенной бактериальной флоры, а также грибов рода *Candida* к неполированному и полированному материалу Dentokeep Peek. Для достижения цели исследования измеряли и оценивали индексы первичной адгезии микроорганизмов — представителей пародонтопатогенной и кислотопродуцирующей микробной флоры, — а также грибов рода *Candida* к образцам исследуемых материалов. В дальнейшем при проведении исследования в лабораторных условиях для получения контрольных значений обсемененности использовали эталонную взвесь [3], по оптическим свойствам эквивалентную 109 КОЕ/мл для бактерий и 107—8 КОЕ/мл для грибов (1 ед. мутности по МакФарланду). Образцы выдерживали в термостате 2 часа при температуре 37°C. Для удаления не прилипших бактерий или дрожжей вначале образцы трижды отмывали в 10 мл стерильного изотонического раствора хлорида натрия. Каждый образец в отдельной пластиковой камере с 1 мл стерильного изотонического раствора хлорида натрия обрабатывали в ультразвуковой ванне Ultra-Est-M (Геософт, Россия – [4]) при частоте 60 кГц в течение 10 минут, что позволяло снять и перевести во взвешенное состояние те микробные клетки, которые вступили в первичную адгезию с поверхностью стоматологического материала. Изготовили общим количеством 120 идентичных дисковидных образцов материалов диаметром 0,5 см, которые стерилизовали ультрафиолетом, и затем помещали в чашку Петри. Для посева на поверхность наносили 100 мкл взвеси суточной культуры микроорганизмов. С целью исследования адгезии дрожжевых грибов использовали плотную среду Сабуро. Полученные колонии подсчитывали под стереомикроскопом и определяли индекс первичной адгезии для каждой пары «материал—штамм». Статистический анализ: значимость различий в сравниваемых группах определяли по непараметрическому U-критерию Манна—Уитни. Различия между группами полагали статистически значимыми на уровне стат-значимости $p(0,27)$, умеренные (0,28—0,69) и высокие ($>0,70$ – [5], [6]). *S. sanguinis* отличался высоким показателем адгезии к Re-Fine Acrylic и полированному Dentokeep Peek, умеренным — для «Синма-М» и неполированному Dentokeep Peek. *P. gingivalis* проявляли максимально высокую адгезию ко всем материалам. *P. intermedia* — напротив, отличался умеренной адгезией, причем индексы адгезии к Dentokeep Peek, как полированному, так и неполированному, существенно не отличались. Индекс адгезии грибов *C. albicans* к исследуемым материалам был умеренно выраженным для всех исследованных материалов, а для Dentokeep Peek не зависел от наличия полировки. *C. krusei*, напротив, отличался высокой адгезией к Re-Fine Acrylic и неполированному Dentokeep Peek, в то время как к полированному Dentokeep Peek адгезия умеренная. Механизмы адгезии к полированным и неполированным материалам у стрептококков и грибов определенно различаются. Причины формирования этого различия, декларируемые здесь в качестве гипотезы, состоят в том, что стрептококки, по-видимому, взаимодействуют через рецепторные структуры и молекулы материала, на которые полировка не влияет, либо же усиливает контакт [7]. У грибов же, – в частности, для *C. krusei*, – основной механизм прикрепления связан с шероховатостью поверхности, поэтому степень адгезии при полировке снижается, а это, по данным литературы [8], [9], соответствует наблюдениям с помощью, сканирующей электронной и атомно-силовой микроскопии.

Список литературы.

1. Ряховский А.Н., Юмашев А.В., Левицкий В.В. Способ построения трехмерного изображения лица и зубных рядов, сопоставленных в корректном друг относительно друга положении. – Патент РФ № 2306113.А61С, 2007 г.

2. Севбитов А.В., Борисов, В.В., Канукоева Е.Ю. и др. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса / Севбитов А.В. и др. // Сб. научн. тр. / Труды международного симпозиума «Надежность и качество». – Москва, 2015. – Т. 2. – С. 363-364.
3. Севбитов А.В., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. и др. Стоматология: введение в ортопедическую стоматологию / Севбитов А.В. и др. – Ростов-на-Дону, 2015. – 91 с. 4. Севбитов, А.В., Невдах, А.С., Платонова, В.В. и др. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке полости рта. / Севбитов А.В. и др. // Сб. научн. тр./ Труды международного симпозиума «Надежность и качество». – Москва, 2015. – Т. 2. – С. 368-369.
5. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра. / Севбитов А.В. и др. // Сб. научн. тр. / Сб. мат-лов X междунар. научно-практ. конф. «Trend of modern science», серия Medicine. – Sheffield, 2014. – С. 42-44.
6. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов / А. Утюж и др. // Врач – 2016. – № 7. – С. 62-64.
7. Юмашев А.В., Кристаль, Е.А., Кудерова, И.Г, Михайлова, М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма / А.В. Юмашев и др. // Здоровье и образование в XXI веке – 2012. – Т. 14. – № 2. – С. 26.
8. Timoshin, A.V., Sevbitov, A.V., Drobot, G.V., Yumashev, A.V., Timoshina, M.D. Use of bioresorbable plates on the basis of collagen and digestase for treatment of diseases of oral mucosa (review of clinical cases) / A.V. Timoshin and others // International Journal of Green Pharmacy – 2018. – Т. 12. – № S1. – С. 290-296.
9. Taylor, P. D., Georgakis, G., Niggli, J. An Investigation Into the Integrity of Fit of Provisional Crowns Using Current Proprietary Temporary Crown Materials / H/D/ Taylor and others // Euro Prosthodont Restor Dentistry – 2016. – No 24(2). – С. 50-57.

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Паршукова А.И., Шестакова В.И.

Курский государственный медицинский университет

Проблема раннего удаления молочных зубов является весьма актуальной в современной стоматологии. Зачастую раннее удаление является вынужденной мерой при возникновении острого воспалительного процесса, как в зубе, так и в окружающих его тканях. Самая главная опасность раннего удаления молочных зубов связана с формированием патологического прикуса и неправильным развитием челюстей. При этом риск развития зубочелюстных аномалий будет зависеть от возраста ребёнка и конкретного зуба. Рост и нормальное развитие челюстей зависит от нагрузки, которая передаётся на ткани от каждого зуба в процессе пережёвывания пищи. Отсутствие даже одного зуба может привести к нарушению функционирования всей системы, что будет выражаться в задержке полноценного роста развития челюсти. При преждевременном удалении нескольких зубов проявления будут намного заметнее [1,2]. С целью исследования в стоматологической поликлинике был произведен профилактический осмотр 40 детей в возрасте от 8 до 15 лет с целью выявления стоматологического статуса. В указанной младшей группе определяли осложнения раннего удаления молочных зубов и возможные

зубочелюстные аномалии. Обследование производилось при помощи стандартных стоматологических наборов.

Зубочелюстные аномалии являлись частой патологией и встречались у 34 детей (85%). Этиологические факторы были структурированы и среди них выделяли раннее удаление молочных зубов вследствие осложненного кариеса, потеря молочных зубов после травмы, а также удаление после значительных сколов эмали и вывиха зуба. В преобладающем количестве случаев (32,5%, n=13) встречались аномалии положения отдельно стоящих зубов, такие как отклонение или смещения зуба в вестибулярное или оральное положение. При этом у детей наблюдались проблемы с произношением отдельных звуков, нечёткая речь, эстетические проблемы, а также травмы слизистой оболочки при жевательных движениях. Также было выявлено наличие глубокого прикуса у 8 (20%) детей, скученность зубов у 4 (10%), перекрёстный прикус у 6 (15%), прогения у 3 (7,5%).

Зубочелюстные аномалии как последствия раннего удаления молочных зубов являются частой стоматологической патологией. Кариес молочных зубов и его осложнения приводят к деформации зубных рядов, возникновению аномалий положения зубов и прикуса. При этом возникают не только эстетические проблемы, но и функциональные нарушения зубочелюстной системы. Повышение профилактических мероприятий в детских садах и школах, а также своевременное лечение кариеса и его осложнений поможет существенно снизить риск возникновения зубочелюстных патологий.

Список литературы.

1. Причины и последствия раннего удаления молочных зубов / Алшимбаева А. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2011. – 2 с.

2. Шаковец Н.В. Оценка эффективности лечения кариеса зубов у детей раннего возраста // Медицинские новости. – 2016. – №4. – С. 76-80.

ГАЛЬВАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Паршукова А.И., Шестакова В.И., Бароян М.А.

Курский государственный медицинский университет

Непереносимость металлических конструкций является важной проблемой в ортопедической стоматологии. Коронки, мостовидные протезы, брекет-системы и вкладки, находясь в большом количестве в полости рта, вызывают гальванические токи, которые способствуют возникновению аллергических реакций [1,2]. Пациенты с хроническими соматическими заболеваниями в большей степени подвержены данному заболеванию.

С целью исследования на базе поликлиники Курского государственного медицинского университета было обследовано 15 пациентов в возрасте $39,0 \pm 2,2$ лет, которым на основании клинического обследования и дополнительных диагностических мероприятий была установлена непереносимость металлических протезов в ротовой полости. У обследованных пациентов имелись штампованно-паяные мостовидные протезы, цельнолитые и штампованные коронки. Большинство пациентов имело в анамнезе сопутствующие хронические соматические заболевания, такие как сахарный диабет, заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта и эндокринные патологии. Обследование проводилось с помощью стандартных стоматологических наборов для обследования.

У обследованных пациентов в 100% случаев (n=15) было выявлено жжение слизистой оболочки, жжение слизистой оболочки и неприятный металлический привкус во рту, изменение вкусовых ощущений или вовсе их отсутствие. Так же, наблюдались такие явления, как боли в дёснах и языке, обострение хронических заболеваний в ротовой полости, патологические изменения в структуре слюнных желез, а

также возникновение язв и эрозий на слизистой. Со стороны ЦНС могут возникать головные боли, неврозы, общая слабость, нарушение сна, ухудшение памяти, внимания и работоспособности в целом. Также гальванический синдром провоцирует снижение иммунного статуса и как следствие развитие воспалительных заболеваний в организме человека [2]. Можно сделать вывод, что гальванический синдром является одним из самых тяжелых осложнений протезирования. При использовании ортопедических конструкций, содержащих в своем составе металлические сплавы, врач стоматолог должен тщательно подобрать вид протеза для снижения риска данного заболевания.

Список литературы.

1. Лебедев К. А. Очаг патологического действия металлов в организме человека и роль гальванических токов в его возникновении / Лебедев К. А., Понякина И. Д. // Физиология человека. - 2011. - № 4. - С. 90-97.

2. Марков, Б. П. Комплексный подход к проблеме индивидуальной непереносимости стоматологических конструкций из различных материалов / Марков Б. П., Козин В. Н., Джигиков Ю. А. // Стоматология. - 2003. - № 3. - С. 47-51.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ КОМОРБИДНОСТИ ПО КРАСНОМУ ПЛОСКОМУ ЛИШАЮ ПОЛОСТИ РТА НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ **Погосян Р.Р.**

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

В исследовании анализируется ряд аспектов клинической практики работы с пациентами, обращающимися в клинику реконструктивной стоматологии, и имеющими предполагаемый или уже установленный диагноз красного плоского лишая полости рта. Методы исследования: диагностический, клинический и контент-анализ медицинской документации стоматологических пациентов, имеющих анамнестическое отягощение в форме указанного выше диагноза [1]. Исследование проводилось на пациентах, имеющих устойчивые и достаточно выраженные клинические проявления красного плоского лишая полости рта, и обратившихся в клинику реконструктивной стоматологии по поводу проведения им восстановительного лечения на фоне частичной или полной вторичной адентии [2]. Исследуемым материалом являлась медицинская документация пациентов, проходящих или уже прошедших восстановительное стоматологическое лечение с установкой того или иного типа зубопротезных конструкций, в отношении которых имелись достаточно значимые клинические результаты проведенного им на момент обращения обследования полости рта, на основании которых им назначалось дополнительное обследование на предмет наличия у них красного плоского лишая полости рта, либо же подтверждался уже ранее установленный аналогичный диагноз [3]. Исследуемые аспекты: фиксация структурных и гистологических изменений слизистой оболочки полости рта, внутренней поверхности губ, языка, пародонта; диагностическая оценка наблюдаемых проявлений, ошибки клиницистов в процессе проведения первичного обследования и диагностики, корректность назначаемого лечения и внесения корректив в основные схемы лечения пациентов данной категории по факту наличия у них отмеченных выше проявлений, оценка эффективности назначаемых схем лечения красного плоского лишая и достигнутых в процессе лечения результатов. Возрастной диапазон пациентов был выбран от 46 до 68 лет, количество пациентов – 59 чел., основная причина обращения в клинику, - нарушения функций жевания и речи вследствие имеющийся неполноты зубных

рядов. Результаты исследования оценивались посредством перерасчета с применением методов математической статистики, после чего сравнивались и анализировались.

В результате проведенного исследования было установлено, что отмечаемые случаи коморбидности стоматологических пациентов, нуждающихся в восстановительном лечении, по красному плоскому лишая полости рта, требуют особого внимания на фоне часто имеющегося у таких пациентов общего анамнестического отягощения, снижающего собственный иммунный или репаративный потенциал в локальной зоне (например, - наличие сахарного диабета или иных метаболических нарушений – [4], [5]), что, в свою очередь, приводит к прогрессирующему развитию этой патологии. Кроме того, то же самое приводит и к существенному сужению полного спектра выбора специалистом-ортодонтом возможных тактик и стратегий проведения репаративных или восстановительных процедур для пациентов данной категории, с другой стороны, поскольку из-за наличия патологии и деструктивного изменения окружающих тканей вследствие развития плоского красного лишая полости рта под угрозой оказываются такие объективно значимые аспекты восстановительного лечения, как возможность (или же невозможность – [6]) использования этих тканей и костных структур для установки имплантатов, прежде всего в отношении их приживаемости и последующей устойчивости [7], на фоне дисфункции которых существенно снижается общая эффективность процесса восстановительного лечения вплоть до проведения повторных восстановительных процедур того же самого характера на других, более сохранных, но менее пригодных для установки протезных конструкций участках. При отсутствии назначения последующего лечения по результатам предварительно проведенного обследования полости рта стоматологических пациентов с вторичной адентией, в отношении которых обнаруживается также и необходимость проведения предварительного лечения по красному плоскому лишая полости рта, данная патология остается не только не излеченной, но и снижающей эффективность всего комплекса проводимого восстановительного лечения, что в последующем выражается в снижении качества жизни протезированного пациента и отсутствия у него субъективной удовлетворенности от проведенного лечения. Необходимость тщательного санирования полости рта в период, предшествующий проведению основных восстановительных процедур, включает в себя также и лечение плоского красного лишая полости рта пациента, нуждающегося в восстановительном лечении [8]. При отсутствии такового целый ряд важнейших этапов восстановительного лечения приходится выполнять повторно [9]. Кроме того, следует обязательно учитывать и значительное, часто кратное увеличение продолжительности периодов общей и функциональной реабилитации пациентов после повторно проведенного лечения, становится совершенно очевидно, что это именно та ситуация, когда недостатки диагностики и последующего ведения пациентов с коморбидностью по красному плоскому лишая полости рта в масштабах всей страны ложатся нелегким бременем дополнительных и вынужденных расходов на источники финансирования медицинских организаций, осуществляющих стоматологическое восстановительное лечение пациентов, в котором с определенного возраста начинает нуждаться практически каждый гражданин.

Список литературы.

1. Большедворская Н.Е., Казанкова Е.М., Белозерцева О.П. Предраковые заболевания. Красный плоский лишай // Вестник научных конференций № 4-5(8). – 2016. – с. 33 – 35.
2. Севбитов А.В., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. и др. Стоматология: введение в ортопедическую стоматологию. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2015: 91.
3. Севбитов А.В., Борисов В.В., Канукоева Е.Ю. и др. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса // Труды Международного симпозиума Надежность и качество. -2015. -Т. 2. -С. 363-364.
4. Севбитов А.В., Невдах А.С., Платонова В.В. и др. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке

полости рта. // Труды международного симпозиума Надежность и качество. 2015. Т. 2. С. 368-369.

5. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра. // -В сборнике матер. X междунар. научно-практ. конф. «Trend of modern science», серия Medicine. - Sheffield, 2014. -Р. 42-44.

6. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов//Врач. -2016. -№ 7. -С. 62-64.

7. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г, Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма //Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. -2012. -Т. 14. -№ 2. -С. 26.

8. Юсупова Л.А., Ильясова Э.И. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии // Практическая медицина № 1 - 4(73). - 2013. - с. 13 - 16.

9. Timoshin A.V., Sevbitov A.V., Drobot G.V., Yumashev A.V., Timoshina M.D. Use of bioresorbable plates on the basis of collagen and digestase for treatment of diseases of oral mucosa (review of clinical cases)//International Journal of Green Pharmacy. 2018. Т. 12. № S1. С. 290-296.

РАМАН-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Прикуле Д.В., Ермольев С.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова

Среди стоматологических заболеваний одну из лидирующих позиций занимает кариес зубов. Выявлено, что пусковым моментом в патогенезе кариозного процесса является деминерализация, развитие которой начинается в подповерхностном слое эмали зубов [6]. Доказана значимость количественного и качественного содержания кристаллов гидроксиапатита в эмали зубов, влияющего на ее структурную целостность [5, 6]. В то же время известно, что метод Раман-флуоресцентной спектроскопии позволяет определить структурные особенности твердых тканей зуба [2, 3, 7]. Для возможности проведения неинвазивной диагностики на уровне данных доказательной медицины целесообразно проведение Раман-флуоресцентной спектроскопии поверхности эмали зубов, а именно подповерхностного слоя с оценкой содержания кристаллов гидроксиапатита, при профилактическом осмотре пациентов. Цель исследования – количественное и качественное определение содержания кристаллов гидроксиапатита в различных анатомо-топографических зонах эмали зубов. Раман-флуоресцентное спектроскопическое исследование было проведено у 27 пациентов (15 лиц женского пола, 12 лиц мужского пола) в возрасте от 20 до 25 лет с применением аппаратно-программного комплекса «ИнСпектр-М» (Россия) с длиной волны 532 нм [1]. Количественное определение кристаллов гидроксиапатита в эмали зубов анализировали по цифровизированным данным оптического отклика, полученному при контактной методике с вестибулярной поверхности коронковой части зубов (резцы, клыки, премоляры, моляры) *in vivo*. Предварительно было проведено исследование гигиенического состояния полости рта с вычислением ИГР-У (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1969) [4]. Поверхность коронковой части зуба условно была разделена на 3 сегмента: режущий край (область перехода вестибулярной поверхности в

окклюзионную), экватор и пришеечную область. Были введены критерии включения в исследование: возраст от 20 до 25 лет; критерии не включения: наличие композитных реставраций, ортопедических и ортодонтических конструкций на исследуемой поверхности, поражений исследуемых поверхностей кариозного и некариозного генеза, наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, беременность. В результате обработки полученных цифровых значений в стандартном блоке статистических программ Microsoft Excel (2019) были вычислены средние статистические значения и средние квадратические отклонения. Раман-флуоресцентное исследование эмали зубов *in vivo* выявило следующие показатели интенсивности оптического отклика кристаллов гидроксиапатита: эмаль резцов (пришеечная область) – 151 ± 24 отн. ед., область экватора – 147 ± 23 отн. ед., область режущего края – 139 ± 20 отн. ед. При изучении поверхности клыков определена интенсивность Рамана в пришеечной области – 143 ± 25 отн. ед., в области экватора – 154 ± 22 отн. ед., в области режущего края – 161 ± 26 отн. ед. В результате определения интенсивности флуоресценции премоляров (пришеечная область) зафиксировано 136 ± 7 отн. ед., локация экватора – 148 ± 10 отн. ед., локация режущего края – 157 ± 12 отн. ед. Аналогичное изучение моляров в пришеечной области установило уровень интенсивности 142 ± 27 отн. ед., в области экватора – 156 ± 24 отн. ед., в области режущего края – 171 ± 19 отн. ед. Следовательно, в результате проведенных исследований определена наибольшая интенсивность оптического отклика Раман-флуоресцентной спектроскопии в области экватора резцов и в области режущего края у клыков, премоляров и моляров. Таким образом, использование неинвазивного экспресс-метода Раман-флуоресцентной диагностики при исследовании эмали зубов позволяет достоверно выявить уровень минерализации соответствующих тканей. Указанный метод обеспечивает возможность повышения эффективности диагностики заболеваний твердых тканей зубов.

Список литературы.

1. Александров М.Т., Дмитриева Е.Ф., Ахмедов А.Н., Артемова О.А., Потривайло А., Прикуле Д.В. // Раман-флуоресцентные характеристики различных анатомо-топографических зон зубов различных функциональных групп. Российский стоматологический журнал, 2019 г. Том 23 (5), стр. 188-191.
2. Легких А. В., Мандра Ю. В., Киселева Д. В. Метод рамановской спектроскопии как средство оценки морфологии микрорельефа поверхности зуба, а также степени минерализации твердых тканей зубов // Вестник Уральского государственного медицинского университета, 2015 г., выпуск 2–3, стр. 29–30.
3. Мандра Ю. В., Вотяков С. Л., Ивашов А. С., Киселева Д. В. Возможности применения рамановской микроспектроскопии для исследования структурных особенностей твердых тканей зубов человека // Проблемы стоматологии, 2011 г., №1, стр. 24-27.
4. Янушевич О. О., Максимовский Ю. М., Максимовская Л. Н., Орехова Л. Ю. Терапевтическая стоматология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2016. - стр. 74-78, 207-209, 443-445.
5. Buchwald T., Buchwald Z. Assesment of the Raman spectroscopy effectiveness in determining the early changes in human enamel caused by artificial caries. // Analyst, 2019; 144 (4): P. 1409-1419.
6. Wang Z, Zheng W, Hsu SC, Huang Z. Optical diagnosis and characterization of dental caries with polarization-resolved hyperspectral stimulated Raman scattering microscopy. // Biomed Opt Express, 2016; 7 (4): P. 1284–1293.
7. Yakubu E, Li B, Duan Y, Yang S. Full-scale Raman imaging for dental caries detection. Biomed Opt Express. 2018; 9 (12): P. 6009-6016.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ ПОЛОСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА

Родионова А.А.

Московский Государственный медико-стоматологический университет имени
А. И. Евдокимова

Медикаментозная обработка кариозной полости - это один из важнейших этапов в лечении кариеса. Врачом-стоматологом преследуется цель очищения полости от опилок дентина и слюны, бактерицидного воздействия на микрофлору, находящуюся в полости и пристеночном дентине, а также просушивание сформированной полости. В работе предложено рассмотреть более подробно бактерицидную функцию растворов, так как именно недостаточное удаление патогенных микроорганизмов может в последующем послужить причиной развития вторичного кариеса. С появлением большого числа композитов мнения многих врачей-стоматологов о том, какой именно раствор подходит для медикаментозной обработки, все чаще расходятся. В стоматологии все еще открыт вопрос о том, какой медикаментозный раствор является наиболее эффективным в отношении микрофлоры кариозной полости? А также не редко в мире стоматологии обсуждается вопрос необходимости медикаментозной обработки полости в целом. Быть может на сегодняшний день этот этап не является необходимостью. Цель работы: исследовать с помощью бакпосевов бактерицидную эффективность трех растворов для медикаментозной обработки кариозной полости: 0,05% р-р хлоргексидина, 20% р-р димексида и раствор фермента химотрипсина, а также подтвердить, что медикаментозная обработка кариозной полости после препарирования является необходимым и эффективным этапом в процессе лечения кариеса. Для проведения исследования было подобрано 9 пациентов со средним и глубоким кариесом. Исследование проводилось совместно с кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии и кафедрой кариесологии и эндодонтии МГМСУ. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе проводилась медикаментозная обработка кариозной полости раствором хлоргексидина 0,05%, а во 2 и 3 группе соответственно - 20% раствором димексида и раствором фермента химотрипсина. Этап медикаментозной обработки был подразделен на 3 части: забор материала из кариозной полости до препарирования, забор материала из сформированной полости и забор материала из сформированной полости после медикаментозной обработки соответствующим раствором. Забор материала осуществлялся на кафедре кариесологии и эндодонтии МГМСУ стоматологическими аппликаторами и помещался в пробирку с транспортной средой Эймса, способную до 3 дней поддерживать рост микроорганизмов. Затем производился посев на питательные среды в чашки Петри и спустя некоторое время анализировалась бактерицидная эффективность каждого раствора для медикаментозной обработки полости на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии МГМСУ. В 1 группе в 3 чашках с биологическими материалами от 3 пациентов, у которых медикаментозную обработку сформированной полости проводилась раствором 0,05% хлоргексидина, согласно микробиологическому анализу вычислена эффективность равная 86,63 %. Во 2 группе процент эффективности медикаментозной обработки 20% раствором димексида выше и ровняется 95%. Наиболее низкие результаты дал эксперимент с обработкой сформированной полости раствором фермента химотрипсина. Результат эффективности медикаментозной обработки в 3 группе составил 73 %. Также согласно результатам исследования, была подтверждена необходимость проведения медикаментозной обработки полости перед этапами пломбирования, так как эффективность препарирования кариозной полости и иссечения некротизированных тканей в отношении бактериальной флоры была равна 79%. Таким образом, было проведено исследование бактерицидного и обеззараживающего действия трех растворов для медикаментозной обработки полости в

процессе лечения кариеса и выяснено, что наибольшим противомикробным эффектом в сравнении с 0,05% раствором хлоргексидина и раствором фермента химотрипсина, обладает 20% раствор димексида. В процессе исследования также была доказана необходимость проведения данного этапа в процессе лечения кариеса.

Список литературы.

1. Кисельникова Л.П. Институт стоматологии. Т.1 №54. 2012. С.28-31.

2. Тверскова В.Ю. Влияние хлоргексидина на микробный состав дна отпрепарированной кариозной полости. Bulletin of Medical Internet Conferences 2014. Volume 4. Issue 5; 768-769

**ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА
ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА Хачатурян Э.Э., Цатурян Л.Д., Аванисян В.М., Джейранова Д.Б.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Студенческий возраст - период, когда все функциональные показатели достигают своих дефинитивных размеров. Отличительной чертой студенчества от всех остальных категорий населения является особый вегетативный статус, специфические условия учебной деятельности, делающие эту группу чрезвычайно уязвимой и подверженной влияниям окружающей среды. Следует отметить, что состояние здоровья студентов ежегодно вызывает все большую тревогу, а учет стоматологических заболеваний ведется недостаточно. Потребность в различных видах стоматологической помощи не определена, факторы, влияющие на развитие заболеваний полости рта у них мало изучены. К тому же необходимо точно знать, на каком уровне работают адаптационные, защитные механизмы организма. Общеизвестно, что за все адаптационные механизмы отвечает вегетативная нервная система. Именно её тонус определяет степень проявления дезадаптации и в дальнейшем развитие патологии. Целью данной работы явилось изучение тонуса вегетативной нервной системы и её влияние на деструктивные изменения твердых тканей зубов у студентов медицинского университета. Работа выполнена на базе кафедр нормальной физиологии и терапевтической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета. В исследовании приняли участие 25 студентов стоматологического факультета 3-5 курсов в возрасте 19-22 лет: 11 мужчин и 14 женщин. С использованием программно-аппаратного комплекса «Варикард 2.5» нами был проведен анализ активности вегетативного контура регуляции путем измерения выраженности адаптационного ответа организма при воздействии стрессоров различной природы и комплексной оценки функциональных систем организма с использованием ПАРС (показателя активности регуляторных систем). Значения ПАРС от 1 до 3 свидетельствуют об удовлетворительной адаптивности организма, от 4-7 – о нарушении адаптации и от 8 до 10 – о срыве адаптации организма. Затем рассчитывался индекс КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб) путем осмотра полости рта и заполнения истории болезни. Оценку достоверности различий полученных данных осуществляли по t-критерию Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$. С использованием полученных значений ПАРС, обследованные студенты были разделены на три группы. I группу составили студенты ($n=9$), значения ПАРС у которых составили от 1 до 3 (36%). II группу составили 12 студентов со значением ПАРС – 4-7, что составило 48%. В III группу вошли студенты ($n=4$) со значениями ПАРС – 8-10, что составило 16%. Распределение индекса КПУ в группах студентов выглядело следующим образом: в I группе значение индекса составило от 1 до 8, во II группе исследуемый показатель был выше и равнялся 9-

12. Самый высокий индекс КПУ (13-15) регистрировался у студентов III группы, что свидетельствует о достаточно выраженном поражении твердых тканей зубов. Так, интенсивность кариеса (К) у студентов первой группы была наименьшей (0-2), у студентов второй группы показатель имел значения от 3 до 5. В третьей группе студентов данный показатель имел наивысшие значения (6-8). Количество пломб (П) у студентов первой группы было аналогичным показателю К в изучаемой группе (0-2). Однако, во второй группе наблюдалось увеличение данного показателя до 6, и наибольшие значения регистрировались в третьей группе студентов (7). Ввиду того, что предыдущие 2 показателя были ниже в первой группе студентов, последний показатель (У) полностью отсутствовал у третьей группы студентов (0). Во второй группе количество удаленных зубов доходило до 2. Наибольшие значения показателя «У» наблюдались в первой группе студентов (3). Интересным, на наш взгляд, является комплексный подход, позволяющий установить корреляционные взаимосвязи между изучаемыми показателями. Согласно вышеуказанным данным, была выявлена прямая корреляция показателей КПУ и ПАРС ($r = 0,9$), показателей «К», «П» и ПАРС аналогично прямая ($r = 0,95$), а показателей «У» и ПАРС обратная ($r = -0,4$), что говорит о первопрочине стоматологических показаний к удалению зубов и уже потом о вегетативном статусе пациента. 1. Вегетативная нервная система опосредованно влияет на поражения твердых тканей зубов, что проявляется увеличением индекса КПУ при увеличении значения ПАРС. 2. У трети обследуемых студентов (36%) имеются кариозные и запломбированные зубы, наряду с удаленными, но суммарный индекс КПУ не имеет высоких значений. При нормальной способности их организма к адаптации поражения возникают из-за ненадлежащей гигиены полости рта. 3. У половины обследуемых студентов (48%) выявлены нарушения адаптационных способностей организма, обусловленные большим количеством поступающей и обрабатываемой информации, что в свою очередь проявляется поражениями твердых тканей зубов. 4. У 4 обследуемых студентов (16%) при высоких значениях ПАРС количество удаленных зубов было минимальным. Это объясняется тем, что показанием к удалению было стоматологическое лечение, но не вегетативный тонус студента. 5. Воспринимать организм необходимо как единое целое, поэтому обязательным условием выздоровления пациентов является комплексное лечение врачами различных специальностей.

Список литературы.

1. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Баевский Р. М., Берсенева А. П. - М.: Медицина, 1997.
2. Севрюкова Г.А. Характеристика функционального состояния и регуляторно-адаптивных возможностей организма студентов в процессе обучения в медицинском вузе: дис. д-ра биол. наук: 03.03.01 / Севрюкова Г.А. – Майкоп, 2012. – 486 с.
3. Терапевтическая стоматология / Под редакцией Боровского Е.В. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 84
4. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. -С.- Пб.: Санкт-Петербургский ин-т стоматологии, 2010. - 390 с.

АДГЕЗИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НОРМОБИОТЫ, ВЫДЕЛЕННОЙ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Червинец В.М., Червинец Ю.В., Козлова Е.А., Леонтьева А.В., Григорьянц Э.О., Стулов Н.М., Беляев В.С.

Тверской государственной медицинской университет

Пародонтит-это воспалительный процесс в пародонте, который сопровождается воспалением десны, разрушением зубодесневого соединения, воспалительной резорбцией альвеолярной кости и деструкцией соединительнотканного прикрепления [1]. По данным Микляева и соавт. (2018) распространённость пародонтита в мире в среднем составляет 70-98%. Что касается РФ, то Центральном федеральном округе, Северо-западном федеральном округе и Сибирском федеральном округе здоровый пародонт имеется лишь у 15 % населения (в среднем по РФ воспалительными заболеваниями тканей пародонта страдают 89% населения) [2]. По данным Камышана и соавт. (2018) среди людей от 41 до 60 лет вероятность возникновения пародонтита увеличивается за счёт форм тяжёлой степени тяжести [3]. Этиологическим фактором развития пародонтита является микробиота биоплёнок. При пародонтите микробный пейзаж биоплёнки может изменяться [4]. Помимо общепризнанного патогенного действия на ткани пародонта *Porphyromonas gingivalis*-микроорганизма "красного комплекса" [5,6] некоторыми исследователями отмечается важная роль микроорганизмов "жёлтого комплекса"- представителей рода *Streptococcus*. Так Kageyama и др. (2017) сделал комплексный анализ-сравнение микробиоты языка, слюны, пародонтального кармана, десневого сосочка с пародонтитом. В микробиоте языка преобладали *Streptococcus*, *Prevotella*, *Veillonella*, в микробиоте слюны *Streptococcus*, *Veillonella*, пародонтального кармана- *Porphyromonas* spp. и *Fusobacterium* spp., десневом сосочке - *Streptococcus*, *Campylobacter*, *Leptotrichia* [7]. Помимо количественного и качественного состава микробиоты при достаточно важном месте занимает экспрессия факторов патогенности, например, факторов адгезии. Примером является оральный комменсал *Streptococcus gordonii*, который за счёт синтеза белков адгезии Ag I / II (SpaP, SspA) позволяет лучше фиксироваться в биоплёнке *P. gingivalis* [8]. Повышение адгезии *P. gingivalis*, выделенной у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом к клеткам слизистой оболочки десны подтверждено [9]. При этом адгезия стрептококков также повышается за счёт повышенной экспрессии фибронектин-связывающего белка [10].

Материалом для исследования послужили различные биотопы полости рта: слизистые спинки языка и щек. В здоровой группе было исследовано 17 человек. Средний возраст составил 19 лет. Опытная группа - 20 больных с ХГП средней степени тяжести. Средний возраст составил 35-45 лет. Материалом служил соскоб со слизистой оболочки щеки и слюна. Материал забирали утром до приема пищи. Использовали классический бактериологический метод. Для выявления микроорганизмов использовали набор дифференциальных диагностических сред Himedia. Идентификация осуществлялась по биохимической активности чистых изолятов стафилококка с применением API систем (bioMérieux). Степень адгезии микроорганизмов определяли, пользуясь средним показателем адгезии (СПА) на клетках слизистой оболочки полости рта (Патент на изобретение №2630060 от 2017 г.) Были выделены следующие культуры со слизистой спинки языка и слизистой щеки: стафилококки 8 культур, стрептококки 13 культур, анаэробы 10 культур. Было выделено 8 культур стафилококков, 13 культур стрептококков, 10 культур анаэробных микроорганизмов. У здоровых людей показатель адгезии стафилококков разных видов был высоким, реже средним: *Staphylococcus aureus* - $5,03 \pm 0,4$, *S. epidermidis* - $2,62 \pm 0,27$, *S. xylophilus* - $5,83 \pm 0,97$, *S. sciuri* - $6,2 \pm 1,17$ ($p < 0,05$). У больных людей показатель адгезии стафилококков был высоким, но превышал в 2-3 раза такой же показатель у здоровых рецензентов: *S. aureus* - $13,23 \pm 0,6$, *S. epidermidis* - $12,8 \pm 0,43$,

S. xylois – $11,63 \pm 0,66$, *S. lentus* – $11,16 \pm 1$ ($p < 0,05$). У здоровых людей показатель адгезии стрептококков был в основном средним: *S. mitis* – $3,06 \pm 0,52$, *S. uberis* – $3,06 \pm 0,43$, *S. bovis* – $6,88 \pm 0,43$, *S. oralis* – $4,44 \pm 0,76$, *Aerococcus viridans* – $3,58 \pm 0,61$ ($p < 0,05$). У больных людей показатель адгезии стрептококков определялся как высокий и был больше в 3,6 раза, чем у здоровых рецензентов: *S. mitis* – $11,01 \pm 0,57$, *S. uberis* – $4,54 \pm 0,76$, *Gemella haemolysans* – $9,76 \pm 0,58$, *Lactococcus lactis* – $9,31 \pm 0,4$, *S. salivarius* – $13 \pm 0,67$, *S. constellatus* – $4,8 \pm 0,95$, *S. sanguis* – $10,48 \pm 1,04$, *S. acidominimus* – $4,34 \pm 1,04$ ($p < 0,05$). У здоровых людей показатель адгезии анаэробных микроорганизмов был в основном высоким: *Bifidobacterium* spp. – $5,32 \pm 0,48$, у *S. intermedius* – $3,64 \pm 0,75$, у *Clostridium clostridiforme* – $5,52 \pm 0,88$, у *Gemella morbillorum* – $4,36 \pm 0,46$, у *Clostridium butyricum* – $4,4 \pm 0,62$ ($p < 0,05$). У больных людей показатель адгезии анаэробных микроорганизмов был исключительно высоким: *Bifidobacterium* spp. – $11,17 \pm 0,47$, у *S. intermedius* – $11,84 \pm 0,71$, у *Bacteroides ureolyticus* – $9,4 \pm 0,75$, у *Actinomyces israeli* – $10,65 \pm 1,24$, у *Bacteroides disfasonis* – $10,86 \pm 0,74$ ($p < 0,05$) превышал в 2-3 раза такой же показатель у здоровых людей. Среди стафилококков происходило увеличение среднего показателя адгезии в группах сравнения среднем в 3,17 раз. СПА стафилококков у больных хроническим генерализованным пародонтитом был больше 11,16. Среди стрептококков происходило увеличение среднего показателя адгезии в группах сравнения среднем в 2,54 раза. СПА стрептококков у больных хроническим генерализованным пародонтитом был больше 4,8. Среди анаэробов происходило увеличение среднего показателя адгезии в группах сравнения с средним в 2,72 раз. СПА анаэробов у больных хроническим генерализованным пародонтитом был больше 9,4. Нормофлора, так же, как и условно-патогенные микроорганизмы полости рта больных ХГП обладают большей способностью к адгезии на клетках слизистой оболочки рта, но при этом усиливается их способность образовывать биопленки и проявлять патогенные свойства.

Список литературы.

- 1.Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч./ под ред. Барера Г.М. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015.- Ч.2. - Болезни пародонта. - 224 с.: ил.
- 2.Микляев С.В. Анализ распространённости хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта. / Микляев С.В. Леонова О.М., Сущенко А.В.// Современные проблемы науки и образования. 2018. № 2. С. 15
- 3.Пародонтит как показание к операции удаления зуба. Распространенность пародонтита у лиц разных возрастных категорий /Камышан М.А., Письменова Н.Н., Ярошкевич А.В., Иванова Э.И., Оганесова И.Б. //Современные методы диагностики, лечения, и профилактики стоматологических заболеваний, стр.280-283
4. Oral Biofilms: Development, Control, and Analysis / Berger D, Rakhamimova A, Pollack A, Loewy Z // High Throughput. 2018;7(3):24.
- 5.Meuric V, Le Gall-David S, Boyer E, et al. Signature of Microbial Dysbiosis in Periodontitis. Appl Environ Microbiol. 2017;83(14):e00462-17. Published 2017 Jun 30. doi:10.1128/AEM.00462-17
- 6.Olsen I, Lambris JD, Hajishengallis G. Porphyromonas gingivalis disturbs host-commensal homeostasis by changing complement function. J Oral Microbiol. 2017;9(1):1340085. Published 2017 Jun 30. doi:10.1080/20002297.2017.1340085
- 7.Kageyama S, Takeshita T, Asakawa M, et al. Relative abundance of total subgingival plaque-specific bacteria in salivary microbiota reflects the overall periodontal condition in patients with periodontitis. PLoS One. 2017;12(4):e0174782. Published 2017 Apr 3. doi:10.1371/journal.pone.0174782
- 8.Krzyściak W, Jurczak A, Kościelniak D, Bystrowska B, Skalniak A. The virulence of Streptococcus mutans and the ability to form biofilms. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2014;33(4):499–515. doi:10.1007/s10096-013-1993-7
- 9.Mendez KN, Hoare A, Soto C, et al. Variability in Genomic and Virulent Properties of Porphyromonas gingivalis Strains Isolated From Healthy and Severe Chronic Periodontitis

Individuals. Front Cell Infect Microbiol. 2019;9:246. Published 2019 Jul 10. doi:10.3389/fcimb.2019.00246

10.Yumoto H, Hirota K, Hirao K, et al. The Pathogenic Factors from Oral Streptococci for Systemic Diseases. Int J Mol Sci. 2019;20(18):4571. Published 2019 Sep 15. doi:10.3390/ijms20184571

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шестакова В.И, Паршукова А.И.

Курский Государственный Медицинский Университет

Одной из важных проблем современной стоматологии является высокий процент поражения тканей пародонта. Это заболевание полиэтиологично и может провоцироваться рядом факторов. Имеются литературные данные о влиянии на уровень распространения воспалительных реакций пародонта недостаточной гигиены, зубных отложений, некачественных пломб и протезов. Негативно сказываться так же могут окклюзионные травмы, соматические патологии, употребляемые лекарственные средства, снижение уровня иммунитета. Воспалительные заболевания пародонта зачастую приводят ко вторичной адентии, в том числе у лиц молодого возраста, способствуют стойким функциональным изменениям в жевательном аппарате, отрицательно влияющим на работу органов желудочно-кишечного тракта, нарушающей эстетику, жевания и речь, а также психоэмоциональное состояние. Статистические данные гласят, что в молодом возрасте патология пародонта встречается реже, а вот старше 40 лет эта проблема по числу превосходит кариозные поражения. 12% населения имеют здоровый пародонт, у 53% имеются начальные воспалительные проявления, у 23% уже деструкция, а у 12% проблема приобретает более серьезный характер. Именно ранняя диагностика и своевременная профилактика может послужить залогом успеха в устранении этой проблемы. Особенно это важно среди лиц молодого возраста, у которых хорошо развиты компенсаторно-приспособительные способности, что способствует быстрому и прогрессивному лечению. Цель - оценить уровень распространения патологии пародонта у лиц молодого возраста. В ходе работы был проведен профилактический осмотр 50 студентов стоматологического факультета. Возрастная группа включила в себя лица с 17 до 23 лет. Данные осмотра фиксировались в карте эпидемиологического статуса пациента, а также исследуемые заполняли анкету, в которой отмечали информацию о состоянии здоровья в целом. Для оценки уровня гигиены, состояния десны и распространенности воспалительного процесса в пародонте использовались следующие индексы-индекс гигиены полости рта упрощенный, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и СРITN. В последующем проводилась статистическая обработка полученных результатов, анализ анкетирования на определение корреляции между соматической патологией и состоянием пародонта. В результате обследования уровень гигиены полости рта у лиц молодого возраста признан низким. Данные по индексам дали следующие показатели: ИГР- У лишь у 1 пациента был равен 1, у 20 человек находился в диапазоне от 1,3 до 3,0; у большей части обследованных (29 человек) превысил 6,0. Важно отметить, что у 17 осмотренных пациентов индекс РМА превышал 40%, что свидетельствует об интенсивности и распространенности воспалительной реакции пародонта. Большая часть из 50 обследованных пациентов имела место незначительная кровоточивость десен, у 6 – умеренная; у 2-х – достаточно выраженная. Следующим критерием является индекс СРITN. У преобладающего большинства не отмечались поражения тканей пародонта во

всех секстантах; у 3 пациентов был поражен один участок; у двоих пациентов – сразу два сектанта. Оценивая полученные результаты, можно сделать вывод о недостаточном уровне грамотности населения в вопросах гигиены полости рта, что отражают показатели индекса. Мягкий зубной налет, который активно скапливается в области шеек зубов и межзубных промежутках, провоцирует деструктивные механизмы во всем пародонтальном комплексе, начиная с воспаления десны и разрушения зубодесневого прикрепления и заканчивая тяжелым деструктивным процессом в костной ткани альвеолярных отростков челюстей. Состояние пародонта в большинстве своем можно оценить, как удовлетворительное, но учитывая возрастную тенденцию изменений тканей пародонта, необходимо тщательно следить и проводить своевременные лечебно-диагностические манипуляции. Среди обследованной группы лиц не было выявлено активно протекающих соматических патологий, поэтому корреляционные связи отслежены не были.

В результате проделанной работы можно сделать вывод о том, что у лиц молодого возраста относительно низкий уровень воспалительных поражений пародонта. В основном эти проблемы взаимосвязаны с недостаточной гигиеной полости рта, а также с вредными привычками, среди которых особо пагубную роль играет курение. В целях профилактики необходимо проводить больше мероприятий, направленных на обучение населения правильной и регулярной гигиене полости рта, а так проводить профилактические осмотры у врача-стоматолога, осуществлять профессиональную гигиену полости рта и как можно раньше лечить кариозные поражения зубов.

Список литературы.

1. Волошина А. А., Давидян О. В. К вопросу заболевания пародонта // Молодой ученый. - 2010. - №12. Т.2. - С. 148-149
2. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. «Пародонтология», 2008 г., «МЕДпресс-информ», Москва
3. Иванов В.С. «Заболевания пародонта», 2001 г., МИА, Москва
4. Крекшина В.Е. «Профилактика и лечение пародонтоза» М.: Медицина, 1973г., 182 с, стр. 78-107.
5. Булкина Н.В. «Заболевания пародонта» Саратов, 2008г., 133 с., стр. 65-72, 112-114.
6. Заболевания пародонта. Под ред. Ореховой Л.Ю.. М.: ПолиМедиаПресс.-2004. 432 с., стр. 279-307.

ОСОБЕННОСТИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ ПРИ УКРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ

Шестакова В.И, Паршукова А.И.

Курский Государственный Медицинский Университет

На сегодняшний день проблема нарушения речи у детей приняла более значимый характер. В основном страдает произношение шипящих и сонорных звуков, отсутствует четкость и внятность, ребенок пропускает или недоговаривает окончания слов. Проблемы со звукообразованием сопровождаются вниманием со стороны сверстников, насмешками, что вызывает психоэмоциональный дискомфорт ребенка, застенчивость и комплексы по поводу своей речи. Родители сталкиваются с проблемой адаптации своего чада в обществе, нарушению коммуникации и полноценного психологического развития малыша. При отсутствии своевременной диагностики и коррекции проблема с произношением отдельных звуков может привести к более тяжелым последствиям в виде дислексии или дисграфии. Одной из причин возникновения нарушения звукообразования у ребенка является короткая уздечка языка. Эта аномалия относится к самому распространенному

виду патологии развития челюстно-лицевой области. В норме подъязычная уздечка, которая представляет собой складку слизистой оболочки, отходит от середины нижней поверхности языка и прикрепляется ко дну ротовой полости на расстоянии 0,5–0,8 см от шейки передних резцов. По данным статистики, патологии уздечек отмечается у 20% новорожденных. В дальнейшем у 58% этих детей обнаруживается патология прикуса и пародонта, а у 48% проблемы со звукообразованием. У мальчиков аномалия подъязычной уздечки выявляются в три раза чаще, чем у противоположного пола. Отмечается так же наследственный характер укороченной уздечки. Цель исследования – определить влияние короткой уздечки языка на формирование звуков у детей дошкольного возраста. В ходе работы было проведено обследование 37 детей в возрасте от 5 до 7 лет. Регистрировались данные о длине, ширине и уровне прикрепления уздечки языка. Маленькие пациенты широко открывали рот и максимально тянули кончик языка к небу. Измерения параметров проводились от верхней точки крепления уздечки на мягких тканях до внутренней поверхности челюсти. За основу была выбрана классификация патологии уздечек языка Хорошилкиной, в которой выделяются следующие пять типов уздечек: 1 тип- уздечка тонкая, прозрачная, с нормальным прикреплением, но незначительно ограничивающая движение языка ввиду своей непродолжительности, 2 тип- уздечка более плотная, полупрозрачная, образует при натяжении «желобок», крепится ближе к кончику языка, 3 тип- представляет собой короткий плотный тяж уздечки, при выдвигании кончик языка подворачивается вверх, 4 тип- тяж уздечки укорочен, сращен с мышцами языка 5 тип- малозаметный тяж, переплетенный с мышцами языка. Среди обследованных детей к первому типу по Хорошилкиной были отнесены 5 детей. Со вторым типом уздечки было 3 ребенка. Третий тип в осмотренной группе обнаружен не был. Одному ребенку, у которого диагностирован 4 тип крепления, была показана хирургическая коррекция, так как логопедическое лечение в этом случае неэффективно. Детей с пятым типом крепления так же не было; 28 человек не нуждались в консультации логопедов и хирургов-стоматологов, так как у них все параметры уздечки соответствуют норме. При укороченной уздечке страдают в первую очередь звуки, требующие значительного подъема кончика языка вверх. Чаще всего это согласные, твердые звуки «ж», «щ», «ш», сонорные «л», «н», «р», шумные «д», «т». На произношение прочих звуков короткая уздечка не оказывает значительного влияния. Перед логопедами стоит задачи сформировать правильные артикуляционные уклады нарушенных звуков, добиться четкого акустического эффекта при их произношении и закрепить правильное произношение в различных фонетических условиях. Лечение начинается обычно в возрасте 5 лет. В логопедии разработаны следующие техники, применяемые в зависимости от конкретной клинической ситуации: дифференцированный логопедический массаж, мимическая гимнастика, артикуляционная гимнастика, миотерапия, комплекс пассивных упражнений для расслабления мышц шеи, миодыхательная гимнастика. Проблема звукообразования достаточно распространена у детей дошкольного возраста. Чаще всего она связана с неправильным креплением уздечки языка. Ранняя диагностика и комплексный подход в лечении этой проблемы позволяют добиться хороших результатов. При незначительном укорочении уздечки эффективны логопедические коррекции, а в случае сращения уздечки с тканями показано хирургическое лечение.

Список литературы.

1. Григоренко Н. Ю. Преодоление произносительных расстройств у детей с аномалиями органов артикуляции: дис. ... канд. пед. наук. М., 2015. 206 с.
2. Хорошилкина, Ф. Я. «Ортодонтия». Медицинское информационное агентство / Хорошилкина Ф. Я. - М., 2016. – 98 с.
3. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта / под ред. Я. В. Костиной, В. М. Чапала. – М.: Сфера, 2010. – 64 с.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОЙ ТЕРАПИИ МОНООКСИДОМ АЗОТА НА СЕКВЕСТРАЦИЮ ПРИ БИСФОСФОНАТНОМ ОСТЕОНЕКРОЗЕ ЧЕЛЮСТЕЙ

Эбзеев А.К., Спевак Е.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – поражение челюстных костей и околочелюстных тканей при приеме бисфосфонатов [1]. Значительную долю пациентов с БОНЧ во всем мире составляют больные злокачественными новообразованиями с метастатическим повреждением костей скелета [6]. Наиболее благоприятным клиническим вариантом течения БОНЧ является формирование секвестров – отграниченных участков некротизированной костной ткани, которые можно удалить с минимальной травмой для окружающих тканей [5]. Однако секвестрация весьма редко встречается при БОНЧ без дополнительных методов воздействия. С целью получения демаркационной зоны у пациентов с БОНЧ некоторые авторы ранее использовали озono-, лазеротерапию [2,3]. Использование экзогенного монооксида азота (NO-терапия) - способ лечения раневой патологии, острых и хронических воспалительных процессов, применяется нами у пациентов с БОНЧ с 2017г [4].

Цель исследования – изучить влияние применения монооксида азота на процесс секвестрации при бисфосфонатном остеонекрозе челюстей путем оценки рентгенологических изменений. В исследование включены 53 пациента (35 женщин и 18 мужчин в возрасте от 33 до 82 лет) с диагнозом «Бисфосфонатный остеонекроз челюстей», находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя в период 2015-2019гг. Из пациентов были сформированы 2 группы исследования – основная группа из 26 человек, которым была проведена терапия экзогенным монооксидом азота, и группа сравнения из 27 человек, получавших традиционное лечение (санация очага остеонекроза 0,05% р-ром хлоргексидина биглюконата) в течение 10 процедур. Экзогенный монооксид азота синтезировали с помощью аппарата «Плазон». Методика: местно на зону остеонекроза проводилась терапия воздушно-плазменным потоком монооксида азота в терапевтическом режиме с применением манипулятора с диаметром выходного канала 2 мм, с экспозицией 30 секунд на 1см² с расстояния 2 см ежедневно. Рентгенологическое исследование (ортопантомография на аппарате Planmeca ProMax 2D S3,) проводили всем пациентам до начала лечения, затем через 1,5, 6,12,18 месяцев. Статистическая обработка полученных результатов включала расчет экстенсивных показателей и точного Фишера с применением стандартного специализированного пакета «Statistica for Windows v. 6.0». Во всех случаях различия показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Было установлено, что только у 3 из обследованных пациентов (5,66%) на исходных рентгенограммах были признаки секвестрации в зоне остеонекроза. Один из пациентов был распределен в основную группу, двое – в группу сравнения. Следует отметить, что ни в одном из этих случаев на момент первого исследования секвестр рентгенологически не был полностью отграничен от окружающей кости демаркационной линией. Во всех остальных случаях (у 50 пациентов, 94,34%) первоначально очаг деструкции в челюсти четких границ не имел. Через 1,5 месяца после проведенного лечения признаки секвестрации отмечались у 6 пациентов основной группы (23,08%) и по-прежнему у двоих пациентов группы

сравнения (7,41%), а через 1 год – у 15 пациентов основной группы (57,69%), и только у 7 пациентов группы сравнения (25,93%). Через полтора года секвестрация появилась еще у 2 пациентов из основной группы (всего 17 человек, 65,38%) и 1 пациента группы сравнения (всего 8 человек, 29,63%). Наибольший абсолютный прирост пациентов с появившейся секвестрацией был в промежутке с 1,5 до 6 месяцев: 6 человек в основной группе, 3 человека - в группе сравнения. Для сравнения полученных результатов секвестрации в исследуемых группах рассчитана величина точного критерия Фишера ($F=0,01349$). Величина критерия означает, что в основной группе, получавшей экзогенную терапию монооксидом азота, количество пациентов с рентгенологическими признаками секвестрации через 18 месяцев наблюдения было достоверно выше, чем в группе сравнения, получавшей традиционную санацию ($p<0,05$). Анализ выполненных рентгенограмм подтверждает тот факт, что секвестрация при БОНЧ носит длительный характер и может занимать от 1,5 до 18 месяцев. При этом применение экзогенной НО-терапии достоверно повышает скорость секвестрации у пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей.

Список литературы.

1. Журавлева М.В. Современный взгляд на проблему бисфосфонатного остеонекроза челюстей (обзорная статья) / Журавлева М.В., Журавлев Л.В., Фирсова И.В. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20. – №5. – С. 88-92.
2. Заславская Н.А. (Жукова, Н.А.) Опыт применения озонотерапии при лечении бисфосфонатных остеонекрозов челюстей у больных со злокачественной патологией в анамнезе / Заславская Н.А. (Н.А. Жукова), Дробышев А.Ю., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж., Шипкова Т.П. // Dental Forum. - 2013. - №3. – С. 45.
3. Лепилин А.В. Обоснование применения лазерного излучения фиолетового спектра (405 нм) после проведения хирургических операций в полости рта / Лепилин А.В., Райгородский Ю.М., Григорьева Д.А., Ерокина Н.Л., Бахтеева Г.Р. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2018. - Т. 17. - № 3. - С. 141-144.
4. Спевак Е.М. Применение экзогенного монооксида азота в комплексном лечении бисфосфонатных остеонекрозов челюстей / Спевак Е.М., Христофорандо Д.Ю., Печенкин Е.В. // Институт стоматологии. – 2019. - №1 (82). – С. 60-62.
5. Тарасенко С.В. Тактика лечения больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей / Тарасенко С.В., Дробышев А.Ю., Шипкова Т.П. [и др.] // Рос. стоматология. – 2012. – №2. – С.3–13.
6. Yoneda, T. Antiresorptive agent-related osteonecrosis of the jaw: Position Paper 2017 of the Japanese Allied Committee on Osteonecrosis of the Jaw / T. Yoneda, H. Hagino, T. Sugimoto [et al.] // J. Bone Miner. Metab. – 2017. – Vol. 35(1). – P. 6-19. doi: 10.1007/s00774-016-0810-7.



РАЗДЕЛ 6.

Хирургические болезни и анатомия человека

СОСТОЯНИЕ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Алибоев М.Р. Хамидов Ф.Ш

Андижанский государственный медицинский институт

Под основными критериями эффективности лечения ДТЗ большинство исследователей подразумевают ликвидацию тиреотоксикоза и достижение иммунологической ремиссии. Однако, по данным отечественной и зарубежной литературы последних лет, многие ученые считают качество жизни (КЖ) наиболее надежным и чувствительным критерием оценки результатов и эффективности терапии. Нарушение жизнедеятельности измеряется путем оценки поведения больного при выполнении им отдельных действий в конкретных ситуациях при определенных условиях и является важным показателем, способствующим пониманию взаимоотношений между повреждением, процессом заболевания и его исходом. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения ДТЗ с учетом качества жизни. С целью изучения качества жизни до и в послеоперационном периоде было проведено исследование по методике, разработанной на базе кафедры III хирургического отделения Клиники АГМИ, с расчетом так называемого индекса качества жизни (ИКЖ) III хирургического отделения Клиники АГМИ, позволяющего изучать как общий уровень КЖ, так и отдельные его компоненты. Для определения только общего уровня КЖ и как экспресс-метод нами была использована линейная аналоговая шкала (ЛАС). Вопросник были включены два модуля: универсальный и специфический (28 и 12 вопросов соответственно). Ответы на вопросы универсального модуля давали представление о функциональной способности пациента и его восприятии. Под функциональной способностью понимают физическую активность, повседневную деятельность, социальные связи, половую и эмоциональную функции, интеллектуальную деятельность, экономическую обеспеченность. Вопросы по восприятию позволяли получить ответы пациентов относительно их состояния здоровья, уровня общего благополучия, удовлетворенности жизнью, влияния на жизнь проведенного лечения. В универсальный модуль входили вопросы, предназначенные для оценки тех компонентов качества жизни, которые являются общими для больных с самой разнообразной патологией. Специфический модуль включал вопросы, касающиеся влияния на больного основного заболевания и последствий хирургического лечения. Итоговое количество вопросов, включенных в вопросник, составило 40. Гипотетически возможный диапазон итоговой суммы баллов может колебаться от 0 до 160. Уровень качества жизни находится в прямой зависимости от суммы баллов. При изучении отдаленных результатов хирургического лечения 363 пациентов на базе III хирургии с диффузным токсическим зобом (ДТЗ), у 67 больных из которых выполнена операция по О.В.Николаеву с традиционным методом субтотальной субфасциальной струмэктомии (ТМССС – оставшийся культей до 4 г., 1-я группа), у 38 больных – субтотальная субфасциальная струмэктомия с интраоперационным аутооттрансплантацией ткани щитовидной железы (СССИОАТЩЖ – оставшийся культей до 0,5-1 г. и с аутооттрансплантацией до 1,5-2 г., 2-я группа), а у 258 больных усовершенствованной методикой Клиники субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы (МКССРЩЖ – оставшийся культей до 2 г., 3-я группа), что исходом после операции ТМССС в 85,1% (d=57) случаев является эутиреоз, в 4,5% (d=3) - гипотиреоз и в 10,4% (d=7) - рецидив тиреотоксикоза. После операции СССИОАТЩЖ в 86,9% (d=33) случаев является эутиреоз, в 10,5% (d=4) - гипотиреоз и в 2,6% (d=1) - рецидив тиреотоксикоза. А после операции МКССРЩЖ в 86,5% (d=223) случаев является эутиреоз, в 12,4% (d=32) - гипотиреоз и в 1,1% (d=3) - рецидив тиреотоксикоза. У некоторых пациентов, которым была проведена СССИОАТЩЖ и МКССРЩЖ достигнут гипотиреоз. Фактором риска наиболее неблагоприятного исхода хирургического лечения ДТЗ – рецидива

тиреотоксикоза – является низкий уровень ТТГ (меньше 0,6 ммоль\л) до операции. У одного больного после ТМССС наблюдалось постоперационный трахеомалация. Больному сразу поставлено временная трахеостомия. После улучшения состояние дыхание 3 сутки удаляли трубку. Постоянный гипопаратиреоз у всех больных не наблюдался. С целью изучения влияния хирургического лечения ДТЗ на КЖ нами были опрошены пациенты на дооперационном этапе. При этом выявлено, что заболевание оказывало негативное влияние на многие аспекты КЖ. В среднем ИКЖ пациентов до операции составлял лишь $104,8 \pm 11,6$ балла. Самые низкие значения среди всех компонентов КЖ (менее 60% от максимально возможной величины) зарегистрированы при оценке пациентом проведенного консервативного лечения (45%) и своего здоровья (52,5%), а также экономического состояния (58,7%). Несмотря на отсутствие достоверных различий в показателях КЖ в 1-й и 2-й группах пациентов, ТМССС по поводу ДТЗ приводит к разным результатам (рецидиву тиреотоксикоза, часто – послеоперационному гипотиреозу и очень редко – к сохранению стойкого эутиреоза) и одинаковому с СССИОАТЦЖ риску послеоперационных осложнений. Вместе с тем послеоперационный гипотиреоз является единственным предсказуемым по клиническому течению исходом хирургического лечения ДТЗ, который достаточно легко компенсируется препаратами L-тироксина и не приводит к снижению качества жизни пациентов.

Список литературы.

1. Амиджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»)// Науч.-практ. ревматол.-2008.-№1.-С. 36-48.
2. Амиджанова В.Н., Койлубаева Г.М., Горячев Д.В. с соавт. Валидация русскоязычной версии НАQ. Науч.-практ.ревматол., 2004, 2, 59-65.
3. Ванушко В.Э. Современные аспекты хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-М., 2006.-48 с.

ЗАДЕРЖКА ВИДЕОКАПСУЛЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Алиметов А.Я., Поляков П.П., Занина Е.С.

Кубанский государственный медицинский университет

Капсульная эндоскопия является неинвазивным, удобным для пациента методом обследования тонкой кишки и других отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При болезни Крона данный метод может использоваться для первичной диагностики, скажем, после неинформативной илеоколоноскопии и/или томографической энтерографии [1, 5]. Более того, как показывают результаты недавнего исследования Bruining и соавт. (2020 г.), комбинация магнитно-резонансной энтерографии и илеоколоноскопии хуже обнаруживает повреждение проксимальных отделов тонкой кишки и обладает меньшей специфичностью, чем капсульная эндоскопия с применением общекисечных устройств, имеющих большой заряд аккумуляторных батарей (panenteric capsule endoscopy). Чувствительность и возможности обнаруживать повреждение терминальной подвздошной и толстой кишок у обеих стратегий были сопоставимы [2]. Кроме первичной диагностики капсульная может использоваться при установленной болезни Крона для мониторинга лечения и изменения диагноза при необычных или новых симптомах. Среди осложнений капсульной эндоскопии самым частым является задержка устройства. Общий риск данного осложнения, по данным нескольких мета-анализов, составляет 1,4%, при

первичной диагностике болезни Крона - 2,35-3,6%, при установленной болезни Крона - 4,63-8,2% [3, 4, 6, 7]. Требуется дальнейшее накопление данных, например, представление опыта работы одного или нескольких специализированных центров, чтобы уточнить риски задержки и выявить предрасполагающие факторы.

Цель исследования: выявить частоту задержки устройства при применении капсульной эндоскопии у взрослых пациентов с предполагаемой или установленной болезнью Крона на основании двухлетнего опыта совместной работы специализированных центров г. Краснодара. Ретроспективно проанализированы случаи обследования взрослых пациентов с болезнью Крона с выполнением капсульной эндоскопии в медицинском центре ООО «Клиника А» и ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 (г. Краснодар) в 2018-2019 гг. Отдельно были проанализированы случаи первичной диагностики и обследования при установленном заболевании.

Исследование одобрено независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (повестка №75 от 22.02.2019 г.).

В 2018 г. капсульная эндоскопия была выполнена 7 пациентам с подозрением на болезнь Крона. Задержка устройства наблюдалась в 14,3% случаев. В том же году капсульная эндоскопия выполнялась 3 пациентам с установленным заболеванием. Осложнений процедуры не было. В 2019 г. среди случаев первичной диагностики болезни Крона (n=7) и обследования при установленном заболевании (n=1) также не было эпизодов задержки устройства.

Таким образом, частота задержки, согласно представленным данным, составила 7,1% для предполагаемой болезни Крона и 0% - для установленной. Данные литературы говорят о более низкой задержке при первичной диагностике и более высокой при установленном заболевании [3, 4, 6, 7]. Эксперты европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии не рекомендуют (сильная рекомендация, низкое качество доказательств) выполнять рутинную оценку проходимости кишки при помощи растворимой капсулы (patency capsule) или томографической энтерографии при первичной диагностике болезни Крона, если нет симптомов обструкции и стеноза [5]. При установленной болезни Крона, как считают эксперты (сильная рекомендация, низкое качество доказательств), лучше выполнить томографическую визуализацию, а капсульная эндоскопия (если она необходима) должна применяться только после оценки проходимости (сильная рекомендация, низкое качество доказательств) [5]. Выявленная нами частота задержки видеокапсулы при первичной диагностике болезни Крона была выше описываемой в литературе. Напротив, мы не наблюдали ни одного случая задержки у пациентов с установленным заболеванием, у которых риск этого осложнения, согласно тем же данным, высок. Вероятно, данное расхождение объясняется небольшим количеством наблюдений.

Список литературы.

1. Алиматов А. Я. Место видеокапсульной эндоскопии в диагностике целиакии / А. Я. Алиматов, П. П. Поляков, А. В. Оноприев и др. // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №2. – С. 91-96.
2. Bruining D. H. Panenteric capsule endoscopy versus ileocolonoscopy plus magnetic resonance enterography in Crohn's disease: a multicentre, prospective study / D. H. Bruining, S. Oliva, M. R. Fleisher et al. // BMJ Open Gastroenterology. – 2020. – Vol. 7. – №. 1. – P. e000365.
3. Liao Z. Indications and detection, completion, and retention rates of small-bowel capsule endoscopy: a systematic review / Z. Liao, R. Gao, C. Xu et al. //Gastrointestinal endoscopy. – 2010. – Vol. 71. – №. 2. – P. 280-286.
4. Pasha S. F. Capsule retention in Crohn's disease: a meta-analysis / S. F. Pasha, M. Pennazio, E. Rondonotti et al. //Inflammatory bowel diseases. – 2020. – Vol. 26. – №. 1. – P. 33-42.

5. Pennazio M. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline / M. Pennazio, C. Spada, R. Eliakim et al. //Endoscopy. – 2015. – Vol. 47. – №. 4. – P. 352-376.
6. Rezapour M. Retention associated with video capsule endoscopy: systematic review and meta-analysis / M. Rezapour, C. Amadi, L. B. Gerson //Gastrointestinal endoscopy. – 2017. – Vol. 85. – №. 6. – P. 1157-1168. e2.
7. Wang Y. C. et al. Adverse events of video capsule endoscopy over the past two decades: a systematic review and proportion meta-analysis / Y. C. Wang, J. Pan, Y. W. Liu et al. //BMC gastroenterology. – 2020. – Vol. 20. – №. 1. – P. 1-11.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ 3D-ИМПЛАНТОВ СОЗДАНЫХ С ПОМОЩЬЮ 3D-ТЕХНОЛОГИЙ

Анфилова М.Г., Востриков П.П., Коломейчук Д.К., Обьедков Е.Г.

Курский государственный медицинский университет

На сегодняшний день большинство восстановительных хирургических вмешательств на передней брюшной стенке у больных с вентральными грыжами возможно при использовании синтетических имплантов. В этой связи, одним из наиболее перспективных направлений видится технология их производства методом 3D-печати. [1, 4]. Широкое распространение 3D-принтеров и расширение их возможностей позволяет индивидуально моделировать эндопротез, опираясь на особенности топографической анатомии области живота конкретного больного и характеристики его грыжевого выпячивания. Большим преимуществом описываемого метода является возможность 3D-печати во время проведения операции, что исключает ошибки в величине эндопротеза и неоправданном расходе используемого материала [2, 5, 6]. Таким образом, нами была определена цель: изучить структурные параметры 3D-имплантов созданных с помощью 3D-технологий.

Исследование было выполнено на 40 образцах 3D-имплантов для пластики передней брюшной стенки, имеющих ячеистую структуру. Производным материалом являлся полилактид. Образцы были распределены на 2 группы по 20 штук каждая, деление производилось согласно форме ячеек: первая группа – ячейки квадратной формы, вторая – ячейки в форме шестиугольника. Образцы данных имплантов были созданы с помощью 3D-принтера Total Z 250-G3, моделирование и создание экспериментальных образцов произведено в программах Cura 3D и Fusion 360. Полученные данные обработаны методами современной статистики при помощи программ Microsoft Excel 2016, StatSoft STATISTICA с расчетом показателя Манна-Уитни [3].

Согласно результатам проведенного исследования, все изучаемые образцы 3D-имплантов являются тяжелыми со степенями плотности и толщины, равными $673,326 \pm 15,053$ гр/м² и $0,724 \pm 0,008$ мм для моделей с квадратной формой ячейки и $494,523 \pm 11,204$ гр/м², $0,548 \pm 0,0116$ мм для образцов с шестиугольной формой ячейками. Образцы 3D-имплантов с квадратной формой ячейками оказались прочнее (3 образца не удалось продавить), чем образцы с шестиугольными ячейками в испытании на продавливание шариком имплантов, $122,896 \pm 27,4012$ Н и $43,65 \pm 12,437$ Н соответственно. Наряду с этим эксперимент с одноосным растяжением подтвердил, что 3D-импланты с квадратными ячейками прочнее, чем сравниваемая группа. Образец, имеющий квадратные ячейки, под действием одноосного растяжения (16 Н/см) увеличил размер по сравнению с исходным, а у импланта с шестиугольными формой ячейки длина осталась прежней. В

ходе исследования под микроскопом 3D-имплантов случайной находкой стали «побочные дефекты» как ошибки 3D-принтера, находившиеся на границах ячеек, что может способствовать проникновению инфекции через них при величине менее 16 мкм². Однако величины пор в ячейках превышали 16 мкм², что говорит о невозможности проникновения инфекции в имплант. Побочные дефекты печати демонстрируют потребность в четких параметрах 3D-принтера, в том числе и применении современной типизированной техники для реализации поставленных задач [3]. Созданные 3D-импланты для пластики передней брюшной стенки относятся к тяжелому классу эндопротезов. 3D-импланты с квадратными ячейками прочнее, чем импланты с шестиугольными в испытании продавливания шариком 3D-имплантов и их одноосном растяжении. Подтверждением этого является и увеличение размера по сравнению с исходной моделью, имеющей квадратные ячейки, под действием одноосного растяжения (16 Н/см). Случайно найденные «побочные дефекты» превышали 16 мкм², что свидетельствовало о невозможности проникновения инфекции в имплант и необходимости дальнейшего совершенствования методики 3D-печати.

Результаты исследования указывают на существенность подготовки высокоспециализированных эталонов анализа структурных и прочностных качеств 3D-имплантов, созданных с помощью 3D-принтера, в соответствии с составом и видом используемого пластика.

Список литературы.

1. Багатурян, Г.О. Перспективы использования 3D-печати при планировании хирургических операций // Медицина: теория и практика. – 2016. – Т. 1, № 1. – С. 47
2. Жорова, А.А. Возможности существующих технологий 3d-печати в медицине // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – № 1. – С. 106-109.
3. Использование 3D-принтеров в хирургии (обзор литературы) / Лазаренко В.А., Иванов С.В., Иванов И.С., и др. // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2018. – № 4. – С. 61-65. – DOI: 10.21626/vestnik/2018-4/10
4. Обьедков, Е.Г. Применение эндопротезов нового поколения и стимуляторов роста при эндопротезировании грыж передней брюшной стенки: экспериментально-клиническое исследование: Автореф... дис. кан. мед. н., – Курск: 2017. – 22 с.
5. Michalski, M.H. The shape of things to come: 3D printing in medicine / M.H. Michalski, J.S. Ross // JAMA. – 2016. – Vol. 312, N 21. – P. 2213-2214. – DOI: 10.1001/jama.2014.9542.
6. Tappa, K. Novel Biomaterials Used in Medical 3D Printing Techniques / K. Tappa, U. Jammalamadaka // Funct Biomater. – 2018. – Vol. 9, N 1. – P. 1-16. – DOI: 10.3390/jfb9010017.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Асаева З.М., Дерябин А.С., Машурова Е.В.

Ставропольская краевая клиническая больница, Ставропольский государственный медицинский университет

Абсцесс печени представляет собой одиночное или множественное скопление гноя в печени, ограниченное капсулой. Длительное время единственным методом лечения данного заболевания была лапаротомия с последующим вскрытием, дренированием и санацией гнойного очага. В последние годы стихийное развитие и внедрение в практику малоинвазивной хирургии открыло новые возможности в лечении данного заболевания,

что диктует необходимость детального анализа и сравнения различных методов лечения данной патологии.

1. Заболеваемость: 8-15 случаев на 100 000 населения в год 2. Летальность – до 26%

Цель: провести ретроспективный анализ результатов применения малоинвазивных способов лечения абсцессов печени у лиц, находившихся на лечении в ГБУЗ СК «СККБ» в период с 2013 по 2018 год, для сравнения с результатами применения традиционных методов лечения данной патологии за этот же срок и определение наиболее эффективного метода.

Задачи: 1. На основании ретроспективного анализа архивного материала изучить распространенность и структуру заболеваемости абсцессами печени в Ставропольском крае (ГБУЗ СК «СККБ») и сравнить с общемировой статистикой этой патологии. 2. Проанализировать структуру причин возникновения абсцессов печени. 3. Определить удельный вес и структуру осложнений при использовании каждого из методов. 4. Оценить качественные и количественные показатели эффективности применения различных методов лечения абсцессов печени.

Материалы и методы: В ходе выборки, был проанализирован 71 случай лечения абсцессов печени в ГБУЗ СК «СККБ» в период с 2013 по 2018 год. Популяция людей была представлена следующим образом: мужчины - 57,7%, женщины - 42,3%, в возрасте от – 18 до 80. Из них одиночные абсцессы составили - 60,5%, одиночные многокамерные - 8,5%, парные - 11,3, множественные - 19,7%. Наиболее частой локализацией была правая доля – 54 человека (76%). Поражение левой доли составило – 11 человек (15,5%). Повреждение обеих долей печени встречается реже всего – у 6 человек (8,5%). По степени вовлеченности сегментов на S6-S7 сегменты печени приходится 46,1%. Среди причин возникновения, гематогенная диссеминация была у 7%, наличие в анамнезе травмы печени (9,9%). Холангиогенное происхождение абсцессов выявлено у 32,4% (в том числе у 7 (9,9%) – абсцесс возник после оперативного вмешательства на билиопанкреатодуаденальной области). Нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии (7%) и нагноение кист печени (12,7%) в общей сложности составили 19,7%. При этом у этой категории больных в 57% случаев в анамнезе есть сахарный диабет. В 31% случаев – криптогенный механизм возникновения. Среди возбудителей наиболее часто встречающимся была *Klebsiella pneumonia* (20,6%), на втором месте - *Escherichia coli* (9,6%) и третьем месте – *Acinetobacter baumannii* (по 6,9%). Результаты и обсуждения: все случаи лечения были разделены на 2 группы. Основную группу составили больные, у которых методом выбора являлась малоинвазивные оперативные вмешательства: чрескожная-чреспеченочная дренирование полости абсцесса под УЗ-наведением – 54 человек (76%), 3 пациентам (4,2%), ввиду небольшого объема абсцесса - была выполнена пункция. В данной группе процент послеоперационных осложнений был наименьшим и составил 3,7%. Среди возникших осложнений: внутрибрюшное кровотечение из полости абсцесса – 1 (1,85%) человек, прорыв в поддиафрагмальное пространство в ходе дренирования – 1 (1,85%) человек, обоим потребовалась экстренная открытая операция. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила – 19 дней. У 10 пациентов (17,5%) оперированных этим способом, дренирование оказалось неэффективно: из них 5 пациентам (8,75%) потребовалось повторное дренирование, а 5-ым (8,75%) была выполнена операция традиционным способом (лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцесса печени). В основной группе летальных случаев не было. Контрольную группу составили лица, методом лечения которых была открытая операция (лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцесса печени) – 14 человек (19,7%). У этой группы послеоперационные осложнения возникли у 28,5% оперированных пациентов: абсцесс передней брюшной стенки - 2 (14,3%), перфорация холедоха - 1 (7,1%) желчный перитонит - 1 (7,1%). Длительность пребывания в стационаре больных в этой группе составила в среднем 27

дней. В контрольной группе умерло 5 больных (35,7%). Основной причиной смерти был: сепсис, полиорганная недостаточность.

Выводы. В ходе проведенного анализа результатов лечения больных с абсцессами печени малоинвазивный способ в настоящее время выходит на передовые позиции. Традиционные способы по-прежнему не заменимы в случаях неэффективности чрескожных методов, в случае осложнений возникших в ходе применения малоинвазивных вмешательств, а также при наличии другой патологии органов брюшной полости, требующей оперативного лечения.

Список литературы.

1. Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А.А., Алентьев С.А., Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении холангиогенных абсцессов печени // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2017; 2(66).

2. Кипшидзе А.А., П.С.Бейнер, Н.В. Биостатистический анализ результатов лечения бактериальных абсцессов печени с использованием малоинвазивных методов и открытых хирургических вмешательств// Клиническая медицина 13. Том XVIII/ 4

3. Королев М.П. Ю.А.Спесивцев, Л.Е.Федотов, Р.Г.Аванесян Миниинвазивное лечение абсцессов печени//Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2012. Вып. 4.

4. Овчинников. В.А. А.А. Малов, С.В. Акуленко, А.Г. Захаров, Н.В. Парахоняк, И.А. Галанин, Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени//Медицинский альманах. 2013.5 (29).

5. Слепцов К.В., Т.В. Баранова. Ближайшие результаты малоинвазивного лечения абсцессов печени//Бюллетень ВСЦН СО РАМН, 2012. №4 (86)

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДПК, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Барсуков В.Г., Саиян Л.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Клиническая
больница №2 г. Ставрополя

Хирургическое сознание не может мириться с тем, что больные гибнут на наших глазах от неостановленного кровотечения. С.С. Юдин Актуальность темы В России язвенной болезнью страдает примерно 1,7—5% населения (Майстренко Н.А. с соавт., 2003; Лобанков В.М., 2005; Афендулов С.А. с соавт., 2006) В структуре её осложненных форм желудочно-кишечные кровотечения составляют 42-67,5% (Поташов Л.В., 1998; Панцырев Ю.М. с соавт., 2003; Подшивалов В.Ю., 2006; Depolo A. et al., 2001; Arlt G.D., Leyh M., 2001; Palmer K.R., 2002; Ell C et al. 1995) Ежегодно на 100 тыс. населения встречается от 50 до 150 случаев гастродуоденальных кровотечений. Рецидивы кровотечений отмечаются у 10,1-61,8% больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК). Общая летальность при этой патологии составляет 5 - 14%.

Цель исследования: Исследовать возможности эндоскопических и эндоваскулярных методов гемостаза в лечении язв желудка и ДПК, осложненных кровотечением.

Задачи: 1) Рассмотреть статистику госпитализированных больных с язвенными кровотечениями и распределить их по типу кровотечения согласно классификации Forrest; 2) Обзор эндоскопических способов остановки кровотечения; 3) Сравнительный анализ наиболее эффективных методов эндоскопического гемостаза; 4) Литературный анализ эндоваскулярного метода лечения кровоточащих язв желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Классификация язвенных кровотечений по Форесту: F Ia – продолжающееся струйное кровотечение из язвы; F Ib – продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания крови из кратера язвы; F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд в кратере язвы; F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток; F IIc – мелкие тромбированные сосуды в язве в виде окрашенных пятен; F III –отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.

Статистика госпитализированных больных с язвенными кровотечениями в Городской клинической больнице №2 г. Ставрополь: Проанализированы результаты лечения 292 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии в период 2015-2018гг в хирургическом отделении Городской клинической больницы №2 г. Ставрополь. В исследуемой группе преобладали мужчины 169 пациентов (58%) по сравнению с женщинами – 123 больных (42%). Возраст пациентов колебался от 18 до 91 года , средний возраст $48 \pm 7,3$ лет. При сборе субъективных данных язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена у 44 % больных в анамнезе. Сопутствующие заболевания наблюдались у 116 (39,7%).

Результаты: На фоне консервативного лечения удалось остановить кровотечение у 172 больных (59%). Рецидив кровотечения при этом возник у 11 пациентов (3,8%). В клинике стандартизированы следующие варианты лечения: обкалывание источника кровотечения 0,01% раствором адреналина – 71 случая (60%) и аргоноплазменная коагуляция – 46 случаев (40%). После эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения диагностирован у 9 больных (7,5%). Все случаи рецидива кровотечения возникли после обкалывания места кровотечения. Летальность составила 4,1%. (Опыт лечения острых гастродуоденальных кровотечений в городской больнице Лаврешин П.М. (1), Бруснев Л.А. (1), Эбзеев А.Х. (1), Барсуков В.Г. (1), Савченко Ю.П. (2), 1) Ставрополь, 2) Краснодар, 2019г.) Методы остановки кровотечения. Согласно национальным клиническим рекомендациям при продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз. При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения. Лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются: повторный эндоскопический гемостаз; экстренная операция; эмболизация артерий желудка и 12-п. кишки. Способы эндоскопической остановки кровотечения: • Воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами. Целью инфильтрации в подслизистый слой раствором адреналина (до 20 мл 0,01% раствора) является сдавление кровоточащего сосуда в подслизистом слое. Это позволяет осуществить прицельную и безопасную коагуляцию кровоточащего сосуда на уровне слизистой оболочки с помощью АПК. Недостатки: 1. уменьшение тампонирующего эффекта при рассасывании инфильтрата; 2. исчезновение вазоконстрикции по мере резорбции адреналина с возможным рецидивом кровотечения; • Аргоноплазменная коагуляция - технология бесконтактной электрокоагуляции, при которой высокочастотный переменный ток подается в ткани через ионизированный газ аргон. Метод эффективен и для эндоскопического гемостаза, и для профилактики рецидива кровотечения. Преимущества: 1. надежное обеспечение эффективной коагуляции; 2. глубина проникновения не превышает 3 мм; 3. отсутствие обугливания тканей, что ускоряет репаративные процессы в зоне вмешательства; 4. существенно ниже опасность перфорации, чем у других методов гемостаза. • Клипирование сосудов— метод остановки кровотечения или выключение из кровообращения патологически измененных сосудов посредством наложения на них клипс. Метод используется при видимом сосуда в дне язвы, глубоких разрывах слизистой оболочки кардиального отдела желудка. Преимуществами: 1. удобный захват тканей и клипирование; 2. наличие специального промывочного канала, позволяющего отмывать операционное поле для лучшей визуализации источника кровотечения; 3. данное устройство может принимать любой угол наклона без необходимости его вращения. Метод клипирования может быть

применим только в случае удобного расположения источника кровотечения и видимом кровоточащем сосуде. Клинический пример и результаты исследования. Пациент М., 43 года, поступил с признаками активного кровотечения из желудочно-кишечного тракта. При поступлении АД 85/40, пульс – 114 (геморрагический шок 2 степени). Из тестов: гемоглобин 68,0 г/л. Больному провели эндоскопическое исследование. Определили пептическую язву гастроэнтероанастомоза (ГЭА) размерами до 10 мм, в центре которого визуализировался сосуд более 2 мм с признаками артериального кровотечения (рис. 1). Выполнено клипирование (2 клипсами) кровоточащего сосуда вместе с окружающими тканями. Достигнут стойкий гемостаз (рис. 2, 3). Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 7-е сутки. В течение 3-х лет пациент находится под наблюдением хирургов. Рецидива кровотечения не отмечалось. • Диатермокоагуляция - лечебный метод воздействия на живые ткани теплом, образующимся в них при прохождении тока высокой частоты. Недостатки: 1. неконтролируемая глубина коагуляции; 2. угроза возникновения перфорации полого органа; 3. коагуляционный струп приваривается к электроду и отрывается вместе с ним, что может привести к рецидиву кровотечения. Комбинирование диатермокоагуляции с инфильтрационным гемостазом приводит к уменьшению глубины повреждения. • Лазерная коагуляция. • Криовоздействие. • Аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем. • Распыление гемоспрея на место кровотечения. (Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв — МКБ-10-K25.4, K26.4, K28.4)) Эндоваскулярная остановка кровотечения При неэффективности эндоскопического гемостаза и неустановленном источнике при ЖКК больным показана ангиография сосудов брюшной полости для решения вопроса о чрескожной эмболизации кровоточащих сосудов. Эффективность методики колеблется от 52% до 98% с частотой рецидивных кровотечений 15-34%. Осложнения: отмечены ишемия тонкой кишки, инфаркты желудка, печени, селезенки, вторичный стеноз двенадцатиперстной кишки. Методика селективной эмболизации осуществляется в следующем порядке: обзорная аортография; селективная катетеризация и ангиография бассейна целевого сосуда; суперселективная катетеризация – для уменьшения зоны ишемии; эмболизация клеевым композитом под визуальным контролем; контрольное ангиографическое исследование – с целью выявления коллатерального кровоснабжения язвы. Для эмболизации сосудов используются гелфом, поливинил-этанол, гель цианоакрилата и спирали. (Рентген-эндоваскулярные вмешательства при желудочно-кишечных кровотечениях Королев М. П., Федотов Л. Е., Зеленин В. В., Пашков Д. В., Оглоблин А. Л., Казарина М. А.)

Выводы 1. Распределение больных по типу кровотечения согласно классификации Forrest госпитализированных с язвенными кровотечениями в Городской клинической больнице №2 г. Ставрополь: F1(a,b)- продолжающееся кровотечение-117 (40%), F2(a,b,c)- нестабильный гемостаз-166 (56,8%), F3- стабильный гемостаз- 9 (3,2%). (2020г.) 2. Основным методом остановки язвенных кровотечения - является эндоскопический гемостаз. 3. Сравнительный анализ наиболее эффективных методов эндоскопического гемостаза приводит к выводу: а) Наиболее эффективным вариантом эндоскопического гемостаза является аргонплазменная коагуляция. Эффективность аргонплазменной коагуляции при остановке продолжающегося кровотечения достигает 85-87%.(Эндоскопический гемостаз при гастро-эзофагеальных кровотечениях. Автор: Соломатин А.Д.) б) Эндоскопическое клипирование является действенным методом гемостаза при язвенных профузных кровотечениях из желудочно-кишечного тракта и может быть применимо только в случае удобного расположения источника кровотечения и видимом кровоточащем сосуде. в) Для достижения устойчивого гемостаза необходимо комбинированное лечение. 4. Эндоваскулярный гемостаз, как альтернатива хирургическому вмешательству, при неэффективности эндоскопического гемостаза

позволяет снизить летальность в группе пациентов высокого риска с 21% до 9,2%. (На примере городской Мариинской больницы г. Санкт-Петербурга, Акимов, 2019г).

Список литературы.

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв — МКБ-10-K25.4, K26.4, K28.4).

2. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях желудочно-кишечного тракта. Ж.Н. Кыжыров, А.Р. Сарсенгалиева, А.С. Туремуратова. Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии.

3. Аргонплазменная коагуляция (АПК) в гастроэнтерологии: экспериментальный и клинический опыт. Вернер Йоханнс, Вернер Луис, Ян Янссен, Стефан Кал, Лукас Грейнер.

4. Опыт лечения острых гастродуоденальных кровотечений в городской больнице Лаврешин П.М. (1), Бруснев Л.А. (1), Эбзеев А.Х. (1), Барсуков В.Г. (1), Савченко Ю.П. (2), 1) Ставрополь, 2) Краснодар. 2019г.

5. Эндоваскулярные и эндоскопические вмешательства в лечении кровоточащих язв верхних отделов ЖКТ. Авторы: В.П. Акимов, Д.А. Творогов, Д.М. Котлова, К.Г. Кубачев, Д.Ю. Крикунов. (2019г.).

6. Рентген-эндоваскулярные вмешательства при желудочно-кишечных кровотечениях Королев М. П., Федотов Л. Е., Зеленин В. В., Пашков Д. В., Оглоблин А. Л., Казарина М. А.

7. Пособие для врачей «Применение эндоскопической аргонплазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии» А.М. Машкин, А.А. Хойрыш, А.В. Ефанов, Н.Н. Федосеева.

8. Методическое пособие «Ключевые аспекты эндоскопической, лазерной и рентгенхирургии».

9. Учебно-методическое пособие «Методы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта».

10. Майстренко Н.А. с соавт., 2003; Лобанков В.М., 2005; Афендулов С.А. с соавт., 2006.

СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СЕРОЗНО-ПАПИЛЛЯРНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЯИЧНИКОВ

Бережная Е.В., Чернышова А.П.

Ростовский государственный медицинский университет

Согласно литературным данным, метастазы рака яичников в селезенку встречаются редко, на них приходится 2–4% всех злокачественных опухолей селезенки с частотой 0,6% в исследованиях на вскрытии и 1,1% при спленэктомии.[4] Имеется 13 сообщений о случаях метастазирования в селезенку при раке яичников, опубликованных в западных странах, и 21 случай, опубликованный в Китае.[1-5] Большинство из них были представлены серозно-папиллярной аденокарциномой.[1-5] Метастазирование в селезенку происходило в основном спустя много лет после операции.[2-5] Причины редкого метастазирования в селезенку заключаются в следующем. Во-первых, острый угол, создаваемый селезеночной артерией, затрудняет возникновение опухолевой эмболии.[4] Во-вторых, ритмичный сократительный характер селезенки сдавливает возникшую

эмболию опухоли и предотвращает попадание опухоли в селезенку.[4] В-третьих, отсутствие афферентных лимфатических узлов, которые приносят метастазы в селезенку.[4] Наконец, противоопухолевая активность обусловлена высокой концентрацией лимфоидной ткани в селезенке.[3] Было выдвинуто предположение, что метастатические опухоли редко растут в селезенке, поскольку селезенка является фармакологическим и иммунологическим убежищем.[3]

Цель данного исследования-рассмотреть редкий случай метастазирования рака яичника в селезенку.

Больная В., 66 лет, поступила в онкогинекологическое отделение ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России г. Ростова-на-Дону 10.02.2020г. В анамнезе: считает себя больной с марта 2017г, когда появилось увеличение «живота», боли. Больная обратилась к хирургу по месту жительства, выполнено МРТ ОМТ картина объемного процесса яичников. При пункции заднего свода от 12.04.2017г ц.а. № 9746-51/17 поставлен диагноз- серозная аденокарцинома. Консультирована химиотерапевтами, рекомендовано проведение по месту жительства 3 курсов НПХТ по схеме (карбоплатин + паклитаксел). Произведена лапаротомия, экстирпация матки с придатками, оментэктомия, дренирование брюшной полости от 5.07.2017г. Гистологическое исследование: двусторонняя, высокой степени злокачественности, серозная карцинома яичников. В послеоперационном периоде проведено 6 курсов АПХТ по схеме «САР». В феврале 2019г выявлен метастаз в селезенку, по поводу чего было проведено еще 6 курсов ПХТ 2-й линии (цисплатин + паклитаксел). При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. В зеркалах: культя влагалища без инфильтраций. В малом тазу: на месте удаленной матки с придатками слева от культи влагалища пальпируется плотное образование до 2см в диаметре. Уровень опухолевого антигена 125 (Ca125) в крови достигал 275МЕ/мл (референтный диапазон: 0–35 МЕ/л); Эпидидимального секреторного белка (He4) – 286 пмоль/л (референтный диапазон: 0–140 пмоль/л) ИНДЕКС ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm)- 87% (референтный диапазон: 0–25,3%) от 11.02.2020г. МРТ ОБП и ОМТ от 18.01.2020г. Заключение: Мультикистозно – солидное образование в переднем отделе селезенки (вероятно, метастаз). Образование в области культи влагалища – соответствует рецидиву, небольшое узловое образование в подвздошной области справа.

На основании результатов проведенного обследования было принято решение о проведении спленэктомии, удаление рецидивной опухоли в области влагалищного рубца, дренировании брюшной полости. При гистологическом исследовании в селезенке-обширные метастазы серозной карциномы, высокой степени злокачественности, с наличием на отдельных участках псаммомных тел. В опухоли очаги некроза, миксоматоза, в жировой клетчатке – одиночные комплексы карциномы вышеописанного строения. В фиброзной ткани влагалища и воронко-тазовой связки – метастазы карциномы вышеописанного строения, гиалиноз, псаммомные тела. В послеоперационном периоде проведен 1 курс АПХТ 3-й линии препаратами: цисплатин - 135мг в/в кап; доксорубицин - 90мг. В течение проведенного курса химиотерапии уровень Ca125 снизился с 275 МЕ/мл до 66,3 МЕ/мл, He4 с 286 пмоль/л до 109 пмоль/л. По данным УЗИ ОБП и ОМТ от 20.02.2020г макрообразований в малом тазу не выявлено. В дальнейшем рекомендовано проведение 6 курсов ПХТ, симптоматическая терапия.

Приведенное наблюдение показывает возникновение редкого метастазирования в селезенку с последующим успешным хирургическим лечением. Метастазирование в селезенку при раке яичников может быть диагностировано путем сочетания данных анамнеза, визуализации и гистологии. Из-за иммунологической функции селезенки метастазирование в нее обычно указывает на позднюю стадию заболевания, что диктует необходимость проведения спленэктомии как циторедуктивной операции с последующей комплексной терапией.

Список литературы.

1. Ионкин, Д. О. Редкие злокачественные поражения селезенки: малигнизация эпидермоидной кисты и метастазы в селезенку / Д. О. Ионкин, Г. Г. Кармазановский, Ю. А. Степанова, А. Б. Шуракова, Т. В. Журенкова, А. И. Щеголев, Е. А. Дубова//Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2011. — №4. — С. 137–143.
2. Alloni, R., Solitary splenic metastasis of ovarian carcinoma: report of two cases / R. Alloni, A. Garberini, D. Caputo, R. Coppola//Surg Today. — 2008. — №38. — С. 1144–1147.
3. Izuishi, K., Isolated splenic metastasis of ovarian cancer 20 years after operation: a case report and literature review / K. Izuishi, T. Sano, H. Usuki//Tumor. — 2010. — №96. — С. 784–786.
4. Lv, M. Splenic metastasis of ovarian clear cell adenocarcinoma: A case report and review of the literature / M. Lv, Y. Li, C. Luo, P. Liu, J. Yang//Exp Ther Med. — 2014. — №7. — С. 982–986.
5. Yoshioka, R. A long-survived case with solitary splenic metastasis from ovarian carcinoma / R. Yoshioka, T. Okabayashi, I. Nishimori//Surg Technol Int. — 2008. — №17. — С. 192–194.

ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Винник Д.А., Праведная Ю.А., Лющёнок И.О.

Гомельский государственный медицинский университет

Введение Воронкообразная деформация грудной клетки (pectus excavatum)- порок развития, при котором наблюдается западение грудины и передних отделов рёбер и сопровождается функциональными нарушениями работы дыхательной и сердечно - сосудистой систем. Воронкообразная деформация грудной клетки является наиболее распространенным дефектом грудной клетки(91% из всех случаев врожденных пороков грудной клетки). Данная патология впервые была описана G.Bauhinus в 1600г. Когда-то дефект называли «грудь сапожника»[1]. В давние времена многим подросткам приходилось работать сапожниками и во время работы они с силой прижимали к груди пятку перевернутого сапога. Эти времена прошли, однако «грудь сапожника» продолжает встречаться. Мальчики страдают патологией в 5 раз чаще чем девочки. Порок диагностируется у 1 ребенка из 500. Существует несколько теорий формирования воронкообразного дефекта: Одна из теорий говорит о семейном характере заболевания. В основе её возникновения лежит мутация генов, которые отвечают за выработку коллагена и белков соединительной ткани, вследствие чего происходит изменение их структуры и последующая деформация. Нарушение строения тканей может проявляться не только до рождения ребенка, но и в процессе его роста, особенно в пубертатном периоде. Чаще всего воронкообразная деформация грудной клетки не является единственным пороком развития. Обычно она сочетается с пороками сердца: пролапсом митрального клапана, аневризмой аорты, открытым овальным окном. Деформация может сочетаться со следующими генетическими аномалиями: синдром Морфана, синдром Дауна, нарушение остеогенеза, ахондроплазии. Вторая теория говорит о формировании воронкообразной деформации грудной клетки после травм, ожогов, операций. Любая из этих причин нарушает нормальное строение грудной клетки, способствует её деформированию. В таких случаях она будет приобретенной. К приобретенным мы можем отнести и формирование воронкообразной деформации грудной клетки при дефиците витамина D3. Существуют три степени деформации в зависимости от глубины воронки: I. глубина воронки не более 2 см (не влияет на работу внутренних органов). II. глубина воронки 2-

4 см (начинается смещение внутренних органов). III. глубина 4 см и более (затрудняет нормальную работу сердца и легких). Воронкообразная деформация грудной клетки может быть заметна в раннем возрасте, но прогресс происходит в периоды наиболее максимального роста ребенка - в 6-8 лет и 11-13 лет. Чаще всего патология сочетается с нарушениями осанки, грудным кифозом. Воронкообразная деформация грудной приводит к частым респираторным заболеваниям из-за сдавления легких, нарушения дыхания и застоя мокроты в бронхах. Всё это приводит к постоянной одышке, навязчивому кашлю. В результате деформации ребер и грудины сдавливается сердце. Увеличивается давление на правый желудочек, нарушается проведение нервных импульсов, в результате чего возникают аритмии. Кроме того, патология грудной клетки формирует у подростков ряд комплексов и психологических проблем[2]. Диагноз воронкообразной деформации грудной клетки устанавливают во время осмотра. Рентгенологические снимки позволяют оценить положение ребер, позвоночника. По данным компьютерной томографии оценивают степень деформации грудной клетки (индекс Haller). Также используется электрокардиография, эхокардиография для оценки нарушений проводимости сердечного ритма. На первой стадии, в раннем возрасте, используют консервативное лечение с дозированной физической нагрузкой, плавание, лечебную физкультуру, массаж. Основное лечение - это хирургическое. Первую операцию у больного с подобной деформацией выполнил A.Tietze в 1899г., произведя резекцию измененной нижней части грудины. Хирургическую коррекцию проводят при 2-3 степени искривления грудной клетки. Оптимальный возраст для операции от 6 до 14 лет[3]. Современное хирургическое лечение подразумевает малоинвазивные методы коррекции: видеоассистированная торакоскопическая торакотомия по D.Nuss, которые подразумевают проведение специальной титановой пластины за грудной клеткой в полости грудной клетки.

Цель: оценить корреляционную зависимость между степенью деформации грудной клетки и вероятностью развития сопутствующей патологии органов грудной клетки.

Материал и методы исследования: на базе детского ортопедо-травматологического отделения ГОДКБ с 2019г. была проведена 21 операция по методике D.Nuss с торакоскопической видеоассистенцией. Предоперационное обследование включало проведение общеклинических лабораторных исследований, спирометрию, электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование, рентгенографию грудной клетки в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию, по которой рассчитан индекс Haller.

Результаты исследования и их обсуждение В период с 2019-2020г. было проведено 21 операция по методике D.Nuss с торакоскопической видеоассистенцией. Пациенты были разделены на группы в зависимости от возраста и пола. В исследуемой группе преобладали мальчики- 16(76,2%) против девочек 5(23,8%). Дети с 6-8 лет составили 9,5%(2 человека), с 8-10 лет -9,5%(2 человека), с 10-12 лет- 23,8%(5 человек), с 12-14 лет- 33,3%(7 человек), с 14-16 лет- 14,29%(3 человека), с 16-18лет- 9,5%(2 человека). Симметричная форма деформации была у 15(71,4%) пациентов, асимметричная у 6 (28,6%)пациентов. По степени деформации: у 13(61,9%) пациентов была определена 2 степень деформации грудной клетки, у 8 пациентов(38,1%) 3 степень. У всех пациентов индекс Haller был выше 3,4. У 11 пациентов со 2 степенью деформации и у всех пациентов с 3 степенью деформации было смещение средостения влево с развитием нарушения ритма сердца и функции внешнего дыхания. 4(21%) пациентов наблюдались с диагнозом: Рецидивирующий бронхит с обструктивным синдромом; 2(10,5%) пациента с диагнозом: Хронический бронхит; у 3(15,8%)пациентов выставлен диагноз: Проплап митрального клапана; у 5(26,3%)пациентов диагностированы нарушения ритма; у 1(5,3%) гипертрофия правого желудочка; у 4(21%) пациентов была комбинированная легочная и сердечная патология. Проявления дисплазии соединительной ткани (деформация костей

скелета, марфаноподобные и прочие диспластические синдромы) отмечены у 18(85,7%) пациентов.

Выводы 1. Чем больше степень деформации, тем выше вероятность развития сопутствующей патологии. 2. Проведенная операция в более раннем возрасте по хирургической коррекции 2-3 степени воронкообразной деформации грудной клетки, в виду выраженной эластичности реберно-грудинного сочленения, незрелости хрящевой ткани и высокого потенциала коррекции позволяет уменьшить прогрессирование легочно-сердечной патологии, в виду нормализации объема грудной полости.

Список литературы.

1. Nuss, D. Indication of pectus repair. *Pediatric Chest Wall Deformities Concepts and Conformities*; Adobe connect 2010.

2. Nakaoka T., Uemura S., Yoshida T., Tanimoto T., Miyake H. Overgrowth of costal cartilage is not the etiology of pectus excavatum. *J. Pediatr. Surg.* 2010;45(10):2015-2018.

3. Комплексный подход к коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*/ Р.Т. Адамян [и др.]. – 2017. - №3. – С. 40-57.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Волобуев Д.К., Анфилова М.Г., Востриков П.П., Иванова А.П.

Курский государственный медицинский университет

Распространение инфекции началось с территории Китайской народной республики, провинции Хубэй в конце последнего квартала 2019 года. В связи со способностью возбудителя распространяться огромным количеством путей, в том числе воздушно-капельным, инфекция распространяется колоссальными темпами. На 8 ноября 2020 года по данным института Дж. Хопкинса во всем мире насчитывается 49,8 млн заражений, из которых 32,8 млн – выздоровело, порядка 1,1 млн человек умерло. Российская Федерация занимает 4 место по числу заражений на сегодняшний день. Ежедневно регистрируется порядка 15 тыс. случаев. Весьма часто к COVID-19 присоединяется огромное количество осложнений, среди которых немалую долю составляют хирургические. Как видно, в настоящее время обсуждение данной темы является крайне актуальным. В связи с этим целью исследования послужило изучение развития хирургических осложнений у больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов, проходивших лечение новой коронавирусной инфекции в Курской области. Критерии включения в исследование: пациенты с клиническими проявлениями и/или лабораторно подтвержденными данными новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2; пациенты, в ходе болезни которых развились хирургические осложнения. Было обработано 122 истории болезни. Полученные данные в процессе исследования были деперсонализированы в момент занесения первичной информации в электронную таблицу. В проследующем были использованы методы описательной и вариативной статистики. Итоговая статистическая обработка и визуализация полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft® Office Excel 2010 и STATISTICA 6.0 (Statsoft®). Из 122 пациентов 23 человека (19%) выписались с улучшением из стационара, а у 99 (81%) исходом оказалась смерть. Хирургических осложнений среди выживших пациентов не оказалось. Из всех умерших у 28 пациентов (28%) были выявлены хирургические осложнения. Хирургические осложнения пациентов

с новой коронавирусной инфекцией можно разделить на 3 группы: торакальные, абдоминальные и сосудистые. Среди торакальных осложнений были выявлены тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), гидроторакс, пневмоторакс, гидроперикард. Из абдоминальных осложнений можно отметить развитие желудочного кровотечения и асцит. Сосудистым осложнением пациентов с данной нозологией был тромбоз глубоких вен голени. На 28 человек с хирургическими осложнениями пришлось 42 вида хирургических осложнений, что свидетельствует о том, что у некоторых пациентов имел место сочетанный характер осложнений. Наиболее обширной и распространенной группой хирургических осложнений у больных инфекцией SARS-CoV-2 оказалась торакальная – 33 случая, что составляет 78,6% от всех осложнений. Среди них наиболее частыми являются ТЭЛА и гидроторакс – по 13 случаев (по 39%), гидроперикард – 4 случая (13%), пневмоторакс – 3 случая (9%) (рис. 1). В общей структуре осложнений ТЭЛА и гидроторакс занимают по 31%, гидроперикард 9,5%, пневмоторакс 7%. На долю абдоминальных осложнений приходится 14,3% от всех осложнений. Доля желудочных кровотечений – 83%, асцита – 17%. В общей структуре осложнений они занимают 12% и 2% соответственно. Сосудистое осложнение, которое представлено тромбозом глубоких вен голени занимает в общей структуре 7%. Из всего вышесказанного следует сделать заключение о том, что хирургические осложнения встречались у 28% пациентов, болеющих новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Наиболее частыми осложнениями оказались торакальные: ТЭЛА и гидроторакс, занимающие в общей структуре по 31%, наиболее редкими оказались сосудистые осложнения в виде тромбоза глубоких вен голени (7%). Промежуточное место занимают абдоминальные осложнения в виде желудочных кровотечений и асцита, занимающие в общей структуре 12% и 2% соответственно.

Список литературы.

1. Зверев В.В. Микробиология, вирусология: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 360 с.
2. Попова Т.Е., Тихонова О.Г., Романова А.Н., Таппахов А.А., Андреев М.Е. Анализ эпидемиологической ситуации по COVID-19 // Якутский медицинский журнал. — 2020. — №3. — С. 63-67.
3. Пшеничная Н.Ю., Веселова Е.И., Семенова Д.А. COVID-19 - новая глобальная угроза человечеству // Эпидемиология и инфекционные болезни: актуальные вопросы. — 2020. — №1. — С. 6-13.
4. Старшинова А.А., Кушнарева Е.А., Малкова А.М., Довгалюк И.Ф., Кудлай Д.А. Новая коронавирусная инфекция: особенности клинического течения, возможности диагностики, лечения и профилактики инфекции у взрослых и детей // Вопросы современной педиатрии. — 2020. — №2. — С. 123-131.
5. Суцевич В.В. Эпидемиологические аспекты динамики распространенности коронавирусной инфекции (2019-NCoV) // Медицинские новости. — 2020. — №3. — С. 56-59.
6. Wu F., Zhao S., Yu B. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China // Nature. — 2020. — №579. — С. 265-269.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Гаджиева Д.И, Бондаренко А.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Пункционно-дренирующие миниинвазивные вмешательства, как и любые другие оперативные вмешательства, сопровождаются риском развития различных осложнений. А частота и тяжесть осложнений – это тот показатель, на основании которого различные диагностические и лечебные методы либо находят широкое применение, либо обречены на забвение.

Цель: систематизировать характер осложнений при пункционно-дренирующих миниинвазивных вмешательствах для определения оптимальной лечебной тактики при возникновении данных осложнений.

Задачи: анализ характера осложнений при пункционно-дренирующих миниинвазивных вмешательствах и причин их вызвавших на изменение тактики лечения и длительность послеоперационного периода. В период с 2007-2011 гг. пункционно-дренирующие вмешательства выполнены 296 больным в возрасте от 25 до 92 лет (преобладающий возраст 61-81 год). Анализ характера осложнений при пункционно-дренирующих миниинвазивных вмешательствах позволил разделить их на легкие и тяжелые. К тяжелым осложнениям были отнесены: геморрагические осложнения, холангит, желчеистечение с развитием желчного перитонита. К легким транзиторную гипертермию, транзиторную гемобилию, транслокацию катетера или эндопротеза. Кроме того, осложнения разделены на ранние и поздние. Установлено, что в раннем послеоперационном периоде преобладают тяжелые осложнения. Кроме того, выделены внутри - и постгоспитальные осложнения.

Легкие осложнения нами были разделены на «требующие изменения консервативной терапии» и на «требующие дополнительных манипуляций» Транзиторная гипертермия, преходящий болевой и диспепсический синдром, начальные проявления холангита устранялись медикаментозной коррекцией. Отмечалось 8 случаев развития плеврита. При этом имелось 3 случая проведения дренажа через плевральную полость. И в 5 эпизодах имел место реактивный при близком расположении дренажа к диафрагме. Общеизвестно, что доступы, осуществляемые из точек выше IX межреберного промежутка по подмышечным линиям, потенциально опасны проникновением в плевральную полость. Во всех случаях был вынужденный выбор точки пункции, в связи с анатомическими особенностями. Для коррекции данного осложнения выполнялось от 1 до 4 пункций плевральной полости под УЗ-наведением. Существенного влияния на послеоперационный период развитие реактивного плеврита не оказало. Дислокация дренажа имела место в 12 случаях. При этом, в зависимости от характера возникшего осложнения, мы сочли необходимым разделить данное осложнение на полную дислокацию дренажа и частичную дислокацию. При полной дислокации в одном случае возникло осложнение – формирование паравезикального инфильтрата. В трех случаях дислокация дренажа значимых осложнений не вызвала. Восемь случаев частичной дислокации дренажа, при этом в 5 случаях в той или иной степени дренажная функция была сохранена. В нашем исследовании мы столкнулись с двумя достаточно редкими осложнениями отнесенные нами к «прочим». Речь идет о сквозном дренировании желчного пузыря. В одном случае произошло сквозное дренирование желчного пузыря с расположением дистального конца дренажа в брюшной полости. Ввиду сохраненной дренажной функции подтекания желчи в брюшную полость не было. Осложнение заподозрено сразу в связи с неадекватной эвакуацией желчи при активной аспирации шприцем, нарушение соотношения введенного и эвакуированного количества раствора новокаина. Назначена антибиотико – и противовоспалительная терапия, адекватное

обезболивание, спазмолитики, м-холинолитики, ограничение активных движений, строгое соблюдение диеты. В последующем дренаж удален в обычные сроки. Существенных изменений в общем состоянии больного не было. Во втором случае дистальный конец дренажа располагался в просвете 12 п.к., пройдя насквозь пузырь и переднюю стенку 12 п.к. Дренажная функция была сохранена. Осложнение заподозрено на вторые сутки - отмечалось появление дуоденального содержимого по холецистостоме. Во время фистулографии контраст сразу же поступал в просвет 12 п.к. Учитывая признаки стриктуры терминального отдела холедоха выполнена РХПГ с ЭПСТ, восстановлена дренажная функция протоков. Во время исследования отмечено, что в передней стенке 12 п.к. определяется дренажная трубка, которая спиралевидно спускается дальше по ходу кишки. Мимо дренажной трубки обильное подтекание желчи. После ЭПСТ проведен курс консервативной терапии с применением антибиотиков, противовоспалительных препаратов, м-холинолитиков, спазмолитиков, H2-блокаторов. На 3 сутки после ЭПСТ под контролем электронно-оптического преобразователя дренажная трубка подтянута на 4 см. Локализация дистального конца проверена рентгенологически. Отмечалось поступление контраста в 12 п.к. как через желчные протоки, так и через холецистодуоденальное соустье. В течении последующих трех дней продолжена консервативная терапия. Отмечалось отсутствие примеси дуоденального содержимого, уменьшение количества отделяемой желчи. На 4 сутки под рентген - контролем дренаж удален. Осложнения при пункционно-дренирующих вмешательствах возникли в 9,1% случаев (у 27 пациентов). При этом тяжелые осложнения отмечены в 3 случаях (1%). Не все случаи тяжелых осложнений потребовали экстренного оперативного вмешательства. Летальных исходов при возникновении осложнений не отмечено. У 15 пациентов потребовались дополнительные манипуляции, входящие в категорию миниинвазивных (УЗ и рентгенконтроль). Количество тяжелых осложнений невелико, а их частота мало зависит от способа пункционно-дренирующих вмешательств и приходится на «заведомо трудные» в техническом аспекте клинические случаи. Легкие осложнения существенно не влияют на тактику лечения и сроки пребывания в стационаре.

Список литературы.

1. Бондаренко А. Г., Суздальцев И. В., Байчоров Х. М., Демьянова В. Н., Мойсев П.Н. [и др.]. Анализ осложнений при пункционно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014;3(9):224227.
2. Е.А. Величко, А.Ю. Некрасов Н.П., Истомин А.В. Алгоритм выбора метода хирургического лечения больных острым холециститом с повышенным операционно-анестезиологическим риском. Тихоокеанский медицинский журнал, 2016, № 1 С 26-28.

ТИП ПОСТОКЛЮЗИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ В ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Гарань Д.Н., Бережная Е.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность изучения ангиографической визуализации коллатерального кровотока при хронической окклюзии коронарных артерий (ХОКА) обусловлена большой практической значимостью, позволяющей определить степень поражения и тактику интервенционного вмешательства. Одним из важнейших критериев жизнеспособности и функциональности миокарда после возникновения ХОКА является возникновение ретроградного коллатерального кровотока, обеспечивающего необходимый уровень

визуализации постокклюзионных сегментов на этапе диагностики и во время хирургического вмешательства. [3] Тип ангиографической визуализации может позволить определить классификация RAI (retrograde artery imaging), разработанная А.И. Ряжских и Б.Е. Шаховым. В ее основе лежат два параметра, обеспечивающие распределение по типам коллатерального кровотока: качество заполнения целевой артерии дистальнее поражения за счет внутри- и межсистемных коллатералей и отношение коллатерального кровотока к сегменту артерии, прилежащему к дистальной капсуле окклюдизирующего субстрата.[2] Значения определяются в баллах от 0 до III.[2] Данная информация позволяет скорректировать тактику хирургического лечения и минимизировать риски интраоперационных осложнений при механической реканализации, делая вмешательство более эффективным и безопасным. Известно, что реканализация ХОКА в отдалённом периоде снижает потребность в аортокоронарном шунтировании (АКШ) и уменьшает вероятность ишемических повреждений миокарда. [1]

Цель данного исследования-рассмотреть клиническое наблюдение пациента с диагнозом ИБС: острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка.

Пациент С., 61 год, поступил 12.09.2019 г. в экстренном порядке в кардиологическое отделение РостГМУ, где находился на лечении по 18.09.2019 г. Из анамнеза: ИБС ранее не верифицирована, ангинозные боли не беспокоили. 11.09.2019 возникли боли пекущего характера за грудиной с тенденцией к усилению. Боли самостоятельно не купировались после неоднократного применения нитроглицерина. 12.09.2019 бригадой скорой помощи доставлен в Центр кардиологии РостГМУ с диагнозом острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST с купированным болевым синдромом. На ЭКГ признаки очаговых изменений миокарда нижней стенки левого желудочка. Тропонин I от 12.09.2019 (количественный) >32 ng/ml. Оценка по шкале GRACE-156 баллов. Регулярно принимал лекарственные препараты: кардиомагнил 75 мг, аторвастатин 80 мг, ацекардол 100 мг ввиду перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Состояние пациента при поступлении тяжелое, отмечается помрачение сознания. По данным ЭХОкардиографии: Систолическая функция миокарда левого желудочка (ЛЖ) снижена (фракция выброса по Тейхольцу 47-49%), гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатации полостей нет. Больному была проведена коронароангиография (КАГ) с целью определения дальнейшей тактики лечения. КАГ от 12.09.2019: левый тип кровоснабжения миокарда, стеноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА) в проксимальной трети 50%, в средней трети 40%, в дистальной трети 40%, стеноз огибающей ветви левой коронарной артерии (ОВ ЛКА) в средней трети 99% (признаки тромботической субокклюзии), в дистальной трети 50%, хроническая окклюзия правой коронарной артерии (ХО ПКА) в средней трети, дистальная треть заполняется по внутри и межсистемным коллатералям из бассейна ОВ ЛКА. Принято решение о стентировании ОВ ЛКА как симптом-зависимой артерии, а также о стентировании ПКА. Выполнена экстренная транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБА), доступ радиальный. После баллонной преддилатации ОВ ЛКА в места стенозированных участков по проводнику позиционированы и имплантированы 2 коронарных стента, затем выполнена постдилатация в стентах и ТЛБА ПКА. После баллонной преддилатации в места стенозированных участков по проводнику позиционирован и имплантирован 1 коронарный стент. Операция прошла без осложнений, стенты раскрыты полностью, артерия без признаков диссекции. По данным КАГ ПКА визуализацию постокклюзионного сегмента по классификации RAI можно отнести к типу III-тугое коллатеральное заполнение постокклюзионных сегментов артерии от дистальной капсулы до терминальных ветвей, что подтверждает эффективность проведенной механической реканализации ХО ПКА с целью снижения вероятности ишемических повреждений миокарда в отдаленном периоде. На фоне проводимого лечения самочувствие пациента улучшилось. В дальнейшем рекомендован постоянный прием

препаратов: аторвастатин 80 мг, ацекардол 100 мг, омепразол, клопидогрель 75 мг, фолиевая кислота, кордарон 200 мг, инспра 25 мг, феррум лек 100 мг. Наблюдаемый клинический случай подтверждает наличие зависимости между типом визуализации коллатерального кровотока и возможностью проведения механической реканализации при ХОКА. [2]

Список литературы.

1. Бадоян А. Г. "Хронические окклюзии коронарных артерий: когда польза превышает риск?" / Бадоян А. Г., Хелимский Д. А., Шермук А. А., Крестьянинов О. В., Боброва А. С., Фатуллоева Ш. Ш., Турдубаев А. К. //Российский кардиологический журнал. - 2019. - № 18 - С. 116-123.

2. Рязских А. И. Ангиографические варианты коллатерального кровотока и их значение при реканализации хронических окклюзий коронарных артерий / Рязских А. И., Шахов Б. Е. // Современные технологии в медицине. - 2014. - № 4. - С. 182–188.

3. Фомичев, А. В. Влияние коллатерального кровотока на кровоснабжение и функцию миокарда / Фомичев А. В., Чернявский А. М., Таркова А. Р., Ибрагимов Р. У., Карева Ю.Е, Минин С. М., Никитин Н. А.//Российский кардиологический журнал. - 2017. - № 8. - С. 70–74.

ГЕМОДИНАМИКА У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ МОНОЛАТЕРАЛЬНОЙ И "ТРАДИЦИОННОЙ" СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОДНОПОЛЮСНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Гнетецкая К.И.

Гродненский государственный медицинский университет

В результате развития остеопороза у лиц старшего возраста перелом шейки бедра в данной группе является часто встречаемой патологией. В некоторых случаях это может привести к летальному исходу по причине осложнений, вызванных длительным обездвиживанием пожилого пациента. Эндопротезирование тазобедренного сустава помогает восстановить двигательную активность у таких больных. Однако, в результате возрастных изменений организма, уменьшающих его адаптационные возможности к стрессу, применение спинальной анестезии может быть затруднено. В таких случаях анестезиологическое пособие должно обеспечить не только полное отсутствие чувствительности в месте операции, но и не приводить к существенным сдвигам гемодинамики. В данной статье проводится сравнительный анализ показателей гемодинамики до и после однополюсного протезирования тазобедренного сустава у геронтологических пациентов с перелом шейки бедра при использовании монолатеральной и «традиционной» спинальной анестезии. Исследуются показатели гемодинамики до и после операции у 50 человек, которые были разделены на две группы в зависимости от вида спинальной анестезии. В ходе исследования высчитывалась разность между максимальным гемодинамическим показателем до начала анестезии и минимальным его значением в течение операции, оценивалась кровопотеря по формуле Moore, сенсорная блокада - при помощи булавочного теста, моторная – по шкале Bromage.

На базе УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» было произведено исследование 50 пациентов с переломом шейки бедра, которым проводилось однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава. В зависимости от выбора метода анестезии, исследуемые были разделены на две репрезентативные группы. Пациентам 1 группы (29 человек) проводилась «традиционная» спинальная анестезия бупивакаином. Средний возраст исследуемых в первой группе составил $82,24 \pm 1,01$ лет. В группе 2 (21 человек)

применялась монолатеральная спинальная анестезии гипербарическим раствором бупивакаина. Средний возраст - $84,67 \pm 1,41$ лет. Обработка полученных результатов проводилась с использованием программы Статистика 10. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. В результате работы было выявлено, что обеих в группах сенсорная блокада была до уровня Th10, в группе 2 – односторонней, моторный блок полный (3 балла) в каждой из групп. Объем активных движений здоровой конечностью в группе 2 не изменялся. Существенные гемодинамические сдвиги в группе 1 привели к необходимости ускорения темпа инфузионной терапии и увеличения ее объема. Применение инфузии мезатона, с целью повышения артериального давления и общего периферического сосудистого сопротивления, через шприцевой дозатор со скоростью 30 мкг/мин потребовалось 18 пациентам. Снижение АД в контрольной группе произошло в результате симпатолитического, обусловленного блокадой пре- и постганглионарных симпатических волокон, снижения тонуса сосудов и ОПСС [1]. Появившаяся у 15 пациентов в ходе операции брадикардия, вызванная достижением симпатической блокады уровня Th4 и вовлечении кардиальных ускоряющих волокон, была скорректирована при помощи атропина в дозе 0,01 мг/кг [2]. У пациентов группы 2 выраженных гемодинамических сдвигов в ходе операции выявлено не было. Это объясняется односторонним распространением симпатической блокады, а следовательно вдвое меньшим ее действием на гемодинамику.

Использование монолатеральной спинальной анестезии у геронтологических пациентов во время однополюсного протезирования тазобедренного сустава обеспечивает более стабильную гемодинамику в отличие от «традиционного» вида спинальной анестезии.

Список литературы.

1. Маньков А.В., Павлюк А.Л., Евсеев Б.К. Гемодинамические осложнения нейроаксиальной анестезии // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №7. – С. 19-22.
2. Pollard J.B. Cardiac arrest during spinal anesthesia: Common mechanisms and strategies for prevention // Anesth. and Analg. – 2001. – Vol.92. – P.252-256.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПА СТЕНТА ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В АСПЕКТЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Горностаева Ю.Д.

Курский государственный медицинский университет

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются крайне важной проблемой современного мира, так как патологии данной системы занимают доминирующее положение среди заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой основную проблему, в материалах ВОЗ характеризуется как эпидемия XX века [2]. Существует множество подходов в лечении ИБС. Именно стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее успешным методом лечения ишемической болезни сердца [1]. Целью данного исследования выявить влияние типа стента при стентировании коронарных артерий на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца относительно физического и психологического компонентов их здоровья. Был проведен опрос с помощью анкеты с помощью «SF-36», отражающей объективное состояние больных. В опросе приняло участие 30 больных, перенесших стентирование коронарных

артерий, в результате чего, были сформированы две группы по 15 пациентов. В первую группу входили пациенты, которым были установлены голометаллические стенты, при лечении пациентов второй группы использовались стенты с лекарственным покрытием. По возрастно-половой структуре опрошенных наблюдались следующие данные: 63,3% - мужчины, 36,7% - женщины, средний возраст составил 61 год. Уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Показатель физического функционирования, отражающий возможность выполнения физических нагрузок пациентами (ходьба, самообслуживание, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.д.), то есть степень ограничения физической активности состоянием здоровья, имел следующие значения: у пациентов с голометаллическими стентами составил $65,0 \pm 3,8$, у пациентов со стентами с лекарственным покрытием на 24 балла выше. У больных первой группы данный показатель ниже, что свидетельствует о том, что физическая активность этих пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья, по сравнению с больными второй группы. Ролевой функционирование, обусловленное физической активностью, = отражает ограничение повседневной физической деятельности (работа, будничные обязанности) состоянием здоровья. Так, у пациентов с голометаллическими стентами были $47,3 \pm 2,7$, что свидетельствовало о том, что повседневная деятельность исследуемых была резко ограничена. Во второй группе данный показатель был выше на 42,9 баллов. Низкие показатели по шкале интенсивности боли свидетельствуют о том, что именно боль ограничивает повседневную активность больного. У пациентов первой группы данный показатель составил $51,0 \pm 3,1$ балла, пациентов второй группы значительно выше - $85,0 \pm 2,9$ баллов. В первой группе пациенты значительно ниже оценивали общее состояние своего здоровья на момент опроса ($30,0 \pm 3,4$ балла), пациенты второй группы данный показатель был выше на 40,3 балла. Показатели жизнеспособности – у пациентов с голометаллическими стентами оценены в $45,0 \pm 3,0$, у пациентов со стентами с лекарственным покрытием на 15,5 баллов выше. Низкие баллы у пациентов I группы свидетельствовали об утомлении, снижении жизненной активности, ощущении беспомощности, слабосилии. Пациенты, при лечении которых использовались голометаллические стенты, более низко оценивали свое социальное функционирование, а именно в $37,5 \pm 2,2$ балла, отмечая значительное снижение социальных контактов, ограничение общения, связывая это со своим состоянием здоровья. У пациентов второй группы данный показатель составил $78,0 \pm 3,0$ балла. Оценка влияния эмоционального состояния функционирование – оценка ограничения выполнению работы или другой повседневной деятельности эмоциональным состоянием мешает – у пациентов с голометаллическими стентами показал следующий балл - $33,3 \pm 2,1$, который был ниже, чем у пациентов со стентами с лекарственным покрытием $57,9 \pm 2,2$. Чем ниже показатель по этой шкале, тем выше ограничение в выполнении повседневной работы, в результате ухудшения эмоционального состояния. Психическое здоровье пациенты обеих групп оценили низко и примерно на одном уровне, у I группы составила в $60,0 \pm 2,8$ балла, у II - $60,8 \pm 2,3$ балла. Данный низкий показатель свидетельствует о тревожных переживаниях пациентов относительно своего здоровья. При оценке пациентами результатов лечения, количество хороших результатов в первой группе составило 20%, а во второй на 53,4% выше. Количество удовлетворительных результатов в первой группе составило 80%, а во второй – 26,6%.

Обобщая значения общих показателей «Физический компонент здоровья» и «Психологический компонент здоровья», можно сделать вывод, что хирургическое лечение с использованием стентов с лекарственным покрытием приводит к более высоким показателям качества жизни пациентов. Так, у пациентов I группы в целом «физический компонент здоровья» составил $33,9 \pm 2,5$, а «психологический компонент» - $38,6 \pm 3,1$. При оценке компонентов здоровья у пациентов II группы наблюдались более

высокие показатели: «физический компонент здоровья» - $57,3 \pm 2,5$ балла, и «психический компонент» - $60,6 \pm 3,0$ балла.

Список литературы.

1. Курбанов, А.Ч. качество жизни пациентов после стентирования коронарных артерий / А.Ч. Курбанов, Ф.А. Каримова, Ш.Ф. Одинаев, С.М. Бобоалиев// Евразийский кардиологический журнал. – 2019. - №S1. – С. 321-322.

2. Суковатых, Б.С. Влияние стентирования коронарных артерий на качество жизни больных с ишемической болезнью сердца / Б.С. Суковатых, М.И. Великих// Innova. - 2018. - №11 (2). - С. 34-39.

ОЦЕНКА РИСКОВ РЕМЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Зарецкая Е.С., Жигимонт А.В., Здрок В.С.

Гродненский государственный медицинский университет

В Беларуси злокачественные новообразования предстательной железы являются наиболее частой причиной смертности пациентов онкоурологического профиля. Отмечается значительное увеличение заболеваемости данной патологией, особенно в последние годы. Несмотря на труды ученых, изучающих различные аспекты, связанные с данным заболеванием, вопросов и споров на предмет эпидемиологии, диагностики, лечения и реабилитации до сих пор больше, чем ответов [1].

Цель. Оценить эффективность различных стратегий лечения пациентов с раком предстательной железы. В работе использовались теоретический и статистический методы исследования. Проводилось выборочное ретроспективное исследование методом основного массива. Использовались теоретический и вариационный виды группировки.

Материалом исследования явились случаи заболеваемости раком предстательной железы по данным госпитальной статистики УЗ «Гродненская университетская клиника». Для формирования выборочных совокупностей применён способ комбинированной выборки. Критерии включения в исследование: – мужчины в возрасте от 40 до 70 лет включительно (на момент начала исследования); – отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний (подразумеваются заболевания, которые с высокой вероятностью приведут к смерти в ближайшие 10 лет).

Пациентам проводилась комплексная, комбинированная терапия, а также внутренняя лучевая терапия (брахитерапия), химиотерапия и хирургическое лечение. 37,5% пациентов получали лучевую терапию. При данной методике количество отдаленных рецидивов составило 18,75%, наличие рецидивов через 5 лет – 0,8% пациентов. 12,5% пациентам проведено хирургическое лечение. Количество рецидивов при данном методе составляет 31,25%. Химиотерапия проводилась 3,1% пациентов, среди данной группы рецидив заболевания через 5 лет составил 1%. Комбинированная терапия проводилась 21,88% мужчин. При данной методике рецидивы отсутствовали у 46% пациентов. У 42,9% пациентов заболевание рецидивировало через 5 лет, у 7,1% через 10 лет. У 18,75% пациентов проводилось комплексная терапия. Отсутствие рецидивов наблюдалось у 58,3% пациентов, наличие рецидивов через 5 лет – 33,3%, через 10 лет – 41,6%. Согласно полученным данным, частота развития рецидива заболевания различалась в зависимости от степени дифференцировки опухоли, однако результаты лечения в группе брахитерапии не зависели от степени дифференцировки РПЖ и оказывались максимально эффективными. Таким образом, в ходе проведенного

исследования была оценена эффективность наиболее часто встречаемых методов лечения.

Согласно полученным данным, частота развития рецидива заболевания различалась в зависимости от степени дифференцировки опухоли, однако результаты лечения в группе брахитерапии не зависели от степени дифференцировки РПЖ и оказывались максимально эффективными.

Список литературы.

1. Гандболд, А., Бархударов, А.А. Особенности диагностики рака предстательной железы // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2017. № 12. С. 95–97. [Gandbold, A., Barhudarov, A.A. Osobennosti diagnostiki raka predstatel'noj zhelezy // Elektronnyj nauchno-obrazovatel'nyj vestnik Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2017. № 12. P. 95–97].

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖ

Захаров А.Д., Никольский В.И., Сергацкий К.И.

Пензенский государственный университет

В настоящее время во всем мире отмечена тенденция к увеличению числа больных с различной патологией толстой кишки, требующей выведения колостомы [2]. Отмечено, что в 12-60% случаев после операции возникают параколостомические грыжи, что является причиной еще большего снижения уровня качества жизни у данных пациентов [5]. Поэтому профилактика грыжеобразования во время колостомии у таких пациентов крайне актуальна. Продолжаются споры о предпочтительности тех или иных материалов для пластики. Известны способы лечения параколостомических грыж, которые предполагают использование синтетического эндопротеза из полипропиленовой сетки с вырезанным по центру отверстием для кишечной стомы, при этом полипропиленовую сетку подшивают к кишке, выведенной в качестве колостомы, а также, к апоневрозу [1]. Однако использование синтетических полипропиленовых сеток значительно повышает частоту возникновения у пациентов чувства инородного тела в зоне вмешательства в послеоперационном периоде [3], что существенно снижает качество жизни.

Целью исследования является разработка и внедрение в клинику способа ксенопластики у пациентов с параколостомическими грыжами.

Был разработан способ пластики параколостомических грыж [4]. Техника операции заключается в следующем. После выполнения операционного доступа, иссечения грыжевого мешка и вправления его содержимого в брюшную полость, край ксеноперикардальной пластины со стороны шероховатой поверхности необходимо фиксировать к толстой кишке, выведенной в виде колостомы узловыми швами. Дефект в апоневрозе в зоне грыжевых ворот необходимо ушить край в край узловыми швами. Фиксированный к кишке эндопротез укладывается на апоневроз по типу onlay в зоне устраненного дефекта таким образом, чтобы шероховатая поверхность была обращена к подкожно-жировой клетчатке, а гладкая - к апоневрозу. Далее эндопротез по периферии фиксируется к апоневрозу шовным материалом. Подкожная клетчатку необходимо дренировать по Редону. Операционная рана послойно ушивается узловыми швами.

После получения разрешения локального этического комитета, в отделении колопроктологии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко выполнено 3 оперативных вмешательства по поводу параколостомических грыж у больных с использованием в качестве эндопротеза ксеноперикардальной пластины по

вышеописанной методике. У больных параколотомическими грыжами, прооперированных по оригинальной методике, послеоперационный период протекал без осложнений, воспалительные изменения в ране отсутствовали. Дренажи из подкожной жировой клетчатки удалены на 3 сутки после оперативных вмешательств. Средняя продолжительность госпитализации составила 10 суток. Больные осмотрены спустя год после выписки из стационара. Данных за рецидив грыжи не выявлено. Кроме того, пациенты, прооперированные по оригинальной методике, не предъявляли жалобы на чувство инородного тела в зоне перенесенного оперативного вмешательства.

Первый опыт применения предлагаемого способа пластики параколотомических грыж, включающего использование в качестве эндопротеза ксеноперикарда, показал эффективность методики. Кроме того, вышеупомянутый способ можно рекомендовать в качестве меры профилактики образования параколотомической грыжи во время выведения колостомы. Дальнейшие исследования в данном направлении видятся перспективными.

Статья подготовлена при финансовой поддержке конкурса «Ректорские гранты», договор № 3/РГ от 08.04.2020 г.

Список литературы.

1. Абелевич А.И., Овчинников Е.А., Треушников В.М., Треушников В.В, Сорокина О.В. Эндопротез для лечения параколотомических грыж // Патент РФ RU 2 503 430 C1 . – 2014. – Бюл. №1.

2. Аюпов Р. Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака / Р. Т. Аюпов // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №3. – С. 32–36.

3. Баулин А. В. Ксеноперикардальная герниопластика: возможности и перспективы / А. В. Баулин, С. А. Середин, А. Е. Квасов, А. Н. Митрошин, В. А. Баулин, А. А. Венедиктов, А. Н. Лембас, Д. В. Никишин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1. – № 5. – С. 11-15.

4. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Захаров А.Д., Меджлумян А.С., Киселев В.Е. Способ пластики параколотомических грыж // патент РФ RU 2719955 C1. – 2020. – Бюл. № 12.

5. Янышев А. А. Современные технологии профилактики парастомальных грыж (обзор) / А. А. Янышев, А. В. Базаев, А. Р. Кокобелян, А. И. Абелевич // Современные технологии в медицине. – 2018. – №10 (3). – С. 175-183.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГЕМАНГИОМА ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА 6 РЕБРА

Ибрагимова Х. У.

Чеченский государственный университет

Гемангиома - доброкачественное сосудистое образование, которое может локализоваться на любом участке тела. Гемангиома кости одна из самых редких опухолей костной системы [1]. Наиболее частыми локализациями гемангиомы кости являются позвонки и плоские кости черепа. Реже гемангиомы встречаются в трубчатых костях, лопатках и ребрах. Лечение гемангиомы кости хирургическим способом показано при ее больших размерах и сдавлении близлежащих органов.

Целью работы является изучение особенностей диагностики и лечения гемангиомы редкой локализации.

Материалы и методы: заключения компьютерной томографии органов грудной клетки, история болезни пациентки, протокол прижизненного патологоанатомического

исследования биопсионного материала. Пациентка М., 1998 г. р. обратилась в поликлинику по месту жительства после проведения плановой рентгенографии органов грудной клетки, на которой были обнаружены изменения 6 ребра слева. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. По рекомендации хирурга была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки.

Заключение: в заднем отрезке 6 ребра слева обнаружено образование на фоне общего вздутия кости, приблизительные размеры 63х35 мм. Легочная ткань в области новообразования поддавлена. 05. 04. 2019г. пациентка была госпитализирована в отделение торакальной хирургии для дальнейшего обследования и решения вопроса о хирургическом лечении.

Результаты дополнительных исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма без особенностей. УЗДС вен нижних конечностей: проходимость глубоких и подкожных вен обеих нижних конечностей не нарушена. Эхокардиография: Глобальная и региональная систолическая функция ЛЖ не нарушена. Пропалс передней и задней створок митрального клапана, миксоматозная дегенерация створок митрального клапана. На основании результатов исследований противопоказания к оперативному лечению не обнаружены. 09.04.2019г. была проведена торакотомическая резекция заднего отрезка 6 ребра в комбинации с торакоскопией. Гистологическое заключение: образование состоит из костномозговых полостей различной величины, костные балочки местами утолщены. В межбалочных пространствах отмечается пролиферация сосудов, преимущественно капиллярного и кавернозного типа. В просвете сосудов видны эритроцитарные массы. Морфологическая картина соответствует гемангиоме. Заключительный диагноз: гемангиома заднего отрезка 6 ребра слева. Послеоперационный период протекал без особенностей. Дренаж из плевральной полости был удален на 8 сутки. Швы сняты на 10 сутки. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирургом поликлиники.

Рекомендовано проведение контрольной компьютерной томографии через 6 и 12 месяцев. 1. Гемангиома кости является редчайшим новообразованием костной системы; 2. Чаще всего гемангиомы не имеют клинических симптомов и обнаруживаются на профилактических осмотрах; 3. Хирургическое удаление гемангиомы оправдано при ее крупных размерах.

Список литературы.

1. Маланин Д.А., Черезов Л.Л. Первичные опухоли костей и костные метастазы. Диагностика и принципы лечения. Волгоград, 2007 г.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОТКРЫТОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ИНФРАИНГВИНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Карасов И.А., Умаров А.Х., Айрапетян А.А., Колесникова Ю.А.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Аневризмы артерий конечностей — довольно редкая, однако потенциально инвалидизирующая и смертельная патология сосудов. Самые распространенные периферические аневризмы — подколенных артерий — встречаются менее чем у 1% популяции [1]. Частота встречаемости дилатации артерий же более редких локализаций, таких как аневризмы малоберцовых артерий досконально не изучалась и доподлинно неизвестна [2]. Основную опасность артериальные аневризмы представляют в случае разрыва, когда возникают жизнеугрожающие кровотечения и острая ишемия тканей, кровоснабжаемых поврежденной артерией. Это может привести к геморрагическому шоку

или потере конечности [1]. Коварство данного состояния заключается в большом количестве бессимптомных аневризм – так, от 30 до 40 процентов аневризм бедренных артерий не проявляются никакими клиническими признаками [2]. Несмотря на постоянно возрастающую долю эндоваскулярных вмешательств при аневризмах артерий конечностей, наиболее применимым часто остается открытое оперативное лечение [4,5]. С определенной осторожностью можно сказать, что открытое хирургическое лечение в случае с аневризмами нижних конечностей является «золотым стандартом» - при применении этого метода врач может точнее оценить ситуацию. При этом исходы в группе традиционной хирургии, как правило, не хуже - несколько регистровых и одноцентровых исследований ведения аневризм подколенных артерий выявили сопоставимые результаты между открытым и эндоваскулярным лечением при тщательном отборе в группы рентгенхирургических вмешательств [6].

В целом особенности хирургических вмешательств зависят от типа аневризмы, глубины расположения, наличия аневризм других локализаций. Оперативные доступы, как правило, соответствуют таковым при других вмешательствах на артериях инфраингвинального сегмента. Объем вмешательства включает в себя обязательную аневризмэктомию и восстановление просвета сосуда. При протяженном диастазе используют аутовенозные шунты, или же аллопротезы, в первую очередь, из политетрафторэтилена. В случае с резекцией небольших аневризм может быть наложен первичный артериальный анастомоз по типу «конец-в-конец» без дополнительного пластического материала [3,5].

Возможность длительного консервативного лечения аневризм артерий нижних конечностей является дискуссионным вопросом, однако в ряде исследований показана эффективность подобного подхода для бессимптомных аневризм бедренных артерий без выраженного роста образования или тромбоза полости аневризмы [5,7].

Произведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов, получавших лечение по поводу диагноза «аневризма артерии нижней конечности» (I 72.4 по МКБ-10) в отделении сосудистой хирургии Городской клинической больницы №4 г. Перми более чем за 20 лет (с января 1999 по апрель 2020 года). Предметом исследования стали осложнения открытых реконструкций истинных артериальных аневризм, а также аневризм анастомозов, анатомически расположенных на сосудах инфраингвинального сегмента. Была проведена оценка частоты встречаемости гнойных, тромботических и геморрагических осложнений в раннем послеоперационном периоде (первые 5 суток после вмешательства). Характеристика исследуемой группы и анатомическое расположение аневризм. Оперативному лечению были подвергнуты 98 человек (98%), 2 человека (2%) от предложенных вмешательств отказались. Средний возраст группы оперативного лечения 58 ± 12 лет, медиана – 63 года. 31% составили истинные артериальные аневризмы, 40% - аневризмы сосудистых анастомозов, 25% - посттравматические ложные аневризмы, 4% - сочетание вышеупомянутых патологий. В исследуемой группе аневризмы были представлены расширением общей бедренной артерии в 56% случаях (56 человек), поверхностной бедренной артерии в 7% (7 человек), и глубокой артерии бедра в 2% случаях (2 человека). Аневризмы подколенной артерии были диагностированы у 22% пациентов (22 человека). 7 % (7 пациентов) приходилось на аневризмы передней и задней большеберцовых артерий, еще 2% (2 человека) аневризм были расположены на малоберцовой артерии.

Оперативное лечение в 7 случаях была выполнена аутоартериальная пластика, в 28 — аллопротезирование при помощи искусственных сосудистых протезов, в 12 случаях — аутовенозное шунтирование, в 9 — пластика при помощи аутовенозных и ксеноперикардальных заплат, в остальных случаях проводилась реконструкция без дополнительного пластического материала. 5 человек из группы (5%) были оперированы в экстренном порядке в связи с разрывами аневризм, 93% подверглись хирургическому

вмешательству после дообследования. Среднее время госпитализации составило 15 койко-дней. Осложнения и смертность. Общая летальность в исследуемой группе составила 2% (2 человека) — в одном случае больной скончался от кровопотери при разрыве аневризмы на операционном столе, во втором умер на 18 день после операции от двусторонней пневмонии. При оценке все послеоперационные осложнения были разбиты на три группы: гнойно-септические, тромботические и геморрагические. В группу гнойно-септических осложнений были включены нагноение послеоперационных ран (3%), формирование наружных свищей (1%), абсцессов послеоперационных ран (1%) и лимфорея, ставшая причиной заживления ран вторичным натяжением (2%). Всего осложнения этой группы в раннем послеоперационном периоде встречались у 7 пациентов (7,1% от группы оперированных). В качестве геморрагических осложнений учитывались кровотечение из послеоперационной раны (1%), аррозивное кровотечение из шунта (1%) и желудочно-кишечное кровотечение (1%). Всего геморрагии осложнили 3% сосудистых реконструкций при оперативном лечении аневризм нижних конечностей. В случаях кровотечений из области послеоперационной раны были выполнены повторные оперативные вмешательства, кровотечение из пищеварительного тракта было остановлено консервативным путем. Гиперкоагуляционные осложнения были представлены тромбозом аутовенозного шунта (1%), тромбозом артерий (2%) и тромбозом глубоких вен в виде илеофemorального тромбоза (1%). Примечателен тот факт, что зафиксированный тромбоз шунта привел к ампутации конечности на уровне средней трети бедра.

В изучаемой группе летальность составила 2% (2 случая). Нелетальные осложнения были разделены на 3 обобщающих группы: гнойно-септические, тромботические и геморрагические. Общая частота осложнений первой группы составила 7,1%, из них 3% пришлось на нагноение послеоперационных ран, по 1 % на образование наружного кожного свища и абсцедирование в области послеоперационной раны. В эту же группу была отнесена послеоперационная лимфорея (2% случаев). Тромботические осложнения присутствовали в 4% случаев открытой аневризмэктомии. В 1 случае (1%) произошел тромбоз шунта, повлекший за собой ампутацию конечности, в 2 случаях (2%) наблюдался тромбоз артерий, еще в 1 случае (1%) - илеофemorальный тромбоз. Наименее часто встречались геморрагические осложнения - всего 3%. По 1% пришлось на аррозивное кровотечение из аутовенозного шунта, кровотечение из послеоперационной раны и на желудочно-кишечное кровотечение. Таким образом можно сказать, что открытое хирургическое лечение аневризм артерий инфраингвинального сегмента сопряжено с значительным риском возникновения осложнений (14% в исследуемой группе). Несмотря на это, подобные методики остаются по-прежнему актуальными, а зачастую и единственными способами радикального лечения аневризм нижних конечностей.

Список литературы.

1. Разрыв аневризмы подколенной артерии/ И.П. Михайлов, В.Н. Лавренов, Г.А. Исаев, Л.С. Коков, Е.Ю. Трофимова // Хирургия. 2018;(4):57-62.
2. El Bakbachi O., Antoniou G.A., McWilliams R.G. et al. Bilateral peroneal artery aneurysms. *Ann R Coll Surg Engl.* 2017 Apr;99(4):e119-e122. doi: 10.1308/rcsann.2017.0023. PMID: 28349751.
3. Hall, H. A., Minc, S., & Babrowski, T. (2013). Peripheral Artery Aneurysm. *Surgical Clinics of North America*, 93(4), 911–923. doi:10.1016/j.suc.2013.04.008.
4. Pulli R, Dorigo W, Fargion A, Pratesi et al. Comparison of early and midterm results of open and endovascular treatment of popliteal artery aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 2012 Aug;26(6):809-18. doi: 10.1016/j.avsg.2011.09.005.
5. Mohan IV, Stephen MS. Peripheral arterial aneurysms: open or endovascular surgery? *Prog Cardiovasc Dis.* 2013 Jul-Aug;56(1):36-56. doi: 10.1016/j.pcad.2013.06.001.

6. Jung G, Leinweber ME, Gray D et al. Therapie primärer Aneurysmen der Extremitätenarterien [Therapy of Peripheral Artery Aneurysms]. Zentralbl Chir. 2019 Oct;144(5):488-498. German. doi: 10.1055/a-1014-3498.

7. Savolainen H, Widmer MK, Heller G, et al. Common femoral artery—uncommon aneurysms. Scand J Surg 2003;92:203–5.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНТЕРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА

Киракосян Е.В., Лохматов М.М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Министерства здравоохранения Российской Федерации

Синдром Пейтца-Егерса (СПЕ) – аутосомно-доминантный наследственный гамартомный полипоз желудочно-кишечного тракта с преимущественной локализацией в тощей и подвздошной кишках. Полипы ПЕ отличаются от аденоматозных наличием в строме пучков гладких мышц, исходящих из мышечной пластинки слизистой оболочки, поэтому при выполнении полипэктомии существует высокий риск перфорации кишки. Современная энтероскопия – единственная возможная методика визуализации и проведения внутрипросветных эндоскопических микрохирургических манипуляций в глубоких отделах тонкой кишки.

Цель. Выработать оптимальный алгоритм диагностики и лечения полипов у детей с СПЕ.

Задачи: 1. Оптимизировать объём и последовательность диагностического поиска полипов при СПЕ. 2. Провести максимально безопасное эндоскопическое микрохирургическое лечение выявленных полипов. Материалы и методы. За 2015–2018 годы в отделении эндоскопических исследований Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей мы провели 30 комплексных обследований: 18 мальчиков и 12 девочек в возрасте от 10 до 17 лет с СПЕ. Обследование заключалось в проведении диагностической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноскопического обследования и затем видеокапсульной эндоскопии. Выявленные полипы более 7 мм в желудке и двенадцатиперстной кишке удаляли во время проведения ЭГДС, в толстой кишке – колоноскопии.

По результатам видеокапсульной эндоскопии во всех случаях были выявлены полипы диаметром от 2 мм до 2,5 см с преимущественной локализацией в глубоких отделах тонкой кишки, на основании этого принимали решение о проведении лечебной однократной энтероскопии. Наша методика удаления полипов общая во всех отделах: 1. введение в подслизистый слой рядом с полипом гиалуроновой кислоты (создание "стойкой подушки"); 2. электроэксцизия полипа; 3. наложение клипсы в область лона удалённого полипа. Успешно выполнили электроэксцизию полипов, которые были локализованы в глубоких отделах тонкой кишки на расстоянии до 30 сегментов (1 сегмент равен 10 см), достигали диаметра 2,5 см, имели длинную ножку. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выработали оптимальную методику диагностических и лечебных мероприятий, соблюдение которой позволяет избежать отсроченных перфораций тонкой кишки в области полипэктомии в послеоперационном периоде у детей с СПЕ. Благодаря этой методике современная энтероскопия на сегодняшний день становится единственной возможной альтернативой резекции кишки у детей с СПЕ.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ковальчук Ю. И., Городничев К.И., Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет

Воспаление червеобразного отростка вот уже многие годы остается одной из самых распространенной патологией среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год. Кроме того, воспаление аппендикса является наиболее частой причиной возникновения перитонита. Заболевание встречается повсеместно, в любом возрасте, чаще в молодом и среднем от 20 до 40 лет, так же женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. Симптомы известны практически каждому человеку, а сама операция относительно не сложная в выполнении. Однако несмотря на развитие современных методов предоперационной диагностики и высокие достижения в сфере хирургии, частота осложнений и смертность от данного заболевания фиксируется на одинаковом уровне. Воспаление червеобразного отростка в основном протекает с течением характерных для заболевания симптомов, однако имеются некоторые отличия вследствие индивидуальных особенностей организма, которые могут затруднить диагностику. Несвоевременная диагностика может привести к таким осложнениям, как разрыв червеобразного отростка, пери- или аппендикулярный инфильтрат, перитонит, абсцесс брюшной полости, периаппендикулярный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства, тромбофлебит вен малого таза, гнойный пилефлебит, сепсис. Смертность составляет 0,1% в случае непроходного острого аппендицита, 3%- при перфорации и 15%- при прободном аппендиците у пожилых больных. Функции червеобразного отростка на данный момент не изучены до конца. Изначально считалось, что аппендикс является рудиментарным органом и не выполняет в организме важных функций. Позже выяснилось, что аппендикулярный отросток играет немаловажную роль в эндокринных процессах, оказывает влияние на иммунитет и помогает в организации микрофлоры кишечника. К такому заключению пришли вследствие наблюдения за организмом после удаления аппендикса. Функциональные способности кишечника уменьшались, так же снижалось количество полезных микроорганизмов. Все же червеобразный отросток не является жизненно необходимым органом, и человек может полноценно существовать и без него. Аппендицит развивается постепенно, но воспаление поражает организм практически моментально. Уже в первые несколько часов после начала воспалительного процесса происходит отек аппендикулярного отростка.

В исследовании использовались статистические данные онлайн сервиса Google Forms. На основании опросов и онлайн-тестирования проводилась оценка статистики частоты возникновения острого аппендицита и особенностей течения заболевания среди мужчин и женщин разных возрастов. Подсчет статистики производился в процентах. В опросе принимало участие 300 человек. В исследовании принимали участие 75% женщин и 25% мужчин. Опрос проводился среди разных возрастных групп, так преимущество составили люди 18-21-летнего возраста, наименьший процент составила возрастная группа 36-55 лет. Изначально требовалось определить, какой процент среди опрошенных болел воспалением аппендикулярного отростка. Выяснилось, что 41,3% людей, проходивших опрос, не болели аппендицитом. Следовательно, дальнейший анализ будет проходить на основании 59,7% населения, которые имели диагноз острый аппендицит. Встречаемость заболевания в возрастной группе младше 18 лет составила 35,1%, в группе 18-21 года 61,2%, для возраста 22-35 лет она составила 44,6%, а для людей 36-55 лет- 56,4%. Для упрощения подсчета за 100% будет принято общее количество больных, перенесших острый аппендицит. Среди заболевших количество мужчин и женщин составило по 50%, то есть на основании этого можно предположить, что развитие

заболевание в малой степени зависит от пола, что не соответствует данным приведенным из изученной литературы. Наибольшее количество заболевших приходится на возраст от 18 до 21 года (42,5%). Операция по удалению аппендицита была проведена относительно успешно у 76,1% прошедших опрос людей. Однако у 23,9% были послеоперационные осложнения в виде длительного фебрилитета. Далее проводился опрос на тему протекания заболевания. Одним из самых главных симптомов воспаления аппендикулярного отростка являлась сильная боль в животе. Локализация болевых ощущений может зависеть от расположения червеобразного отростка и индивидуальных особенностей расположения органов брюшной полости. В основном, это боль ноющего характера, возникающая в эпигастральной области, иногда около пупка, которая затем переходит на весь живот и только спустя несколько часов локализуется в правой подвздошной области. Большинство (91,3%) опрошенных отмечали в течении заболевания болевые ощущения, в то время как у 8,7% опрошенных боль не наблюдалась. В основном опрошенные отмечали боль в гипогастральной области справа, что обосновано расположением червеобразного отростка. 19,6% заболевших наблюдали боль по всей области живота без четкой локализации, 15,2 %- в гипогастральной области слева. Небольшое количество людей (10,9%) испытывали боль по правому фланку (рисунок 3). Незначительный процент анкетированных описывал боль в области желудка. Как описывалось выше, зачастую боль носит сильный ноющий характер, она не остается на месте и постоянно перемещается. Иногда боль может отдавать в задний проход или в ребра. Статистика указывает, что больные в основном испытывали острую боль (41,3%). 17,4%- описывали боль как колющую, 15,2%-тупую, 10,9%-ноющую, 8,7%-давящую. У 59% боль носила постоянный характер, тогда как у 41% она являлась периодическим симптомом. Такое неоднозначное мнение по поводу характера боли можно связать с недостаточными медицинскими знаниями населения для описания боли. Так же к симптомам воспаления аппендикса являются повышение температуры, проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта: запор и диарея, стул с примесью слизи, приступы тошноты и рвоты, а также ухудшение общего состояния (слабость, вялость, головные боли). Температура тела при воспалении повышается не во всех случаях. Обычно она может повышаться до 39°C и выше при перфорации отростка. По результатам опроса, повышение температуры отмечали 52% анкетированных, соответственно 48% ее повышения не наблюдали. Следовательно, повышение температуры не является обязательным симптомом для данного заболевания. Диарея при аппендиците в основном отмечается у детей, в кале иногда могут присутствовать частички крови или слизи. На фоне поражения нервной системы происходит ослабление двигательной функции мышечной системы, что может вызвать запор. Имеют место быть ложные позывы к испражнению. У 78,4% людей, проходивших опрос, нарушения стула не наблюдались. 13,7% отмечали у себя задержку стула (запор), а у оставшихся 7,8% наблюдалась диарея. Тошнота является проявлением расстройства работы желудочно-кишечного тракта. Тошнота может сочетаться с приступами рвоты, рвота может быть непродолжительной и не приносить облегчения. В некоторых случаях рвота может быть многократной, что может свидетельствовать о возникновении осложнений. Приступы тошноты и рвоты беспокоили 38,5 % опрошенных людей. В начале заболевания может появляться общее недомогание, слабость. Боль и другие симптомы могут влиять на нарушение общего состояния, вызывая дискомфорт. Может нарушаться работоспособность, появляться вялость и сонливость. Нарушения общего состояния наблюдалось у 64,9% заболевших.

Острый аппендицит одно из самых распространенных заболеваний хирургического профиля, отличающийся отсутствием патогномичных симптомов. Он зачастую может протекать под маской других заболеваний и в этой связи необходимо знать его клинические проявления для точной дифференциальной диагностики. Благоприятный прогноз можно наблюдать только при своевременном обращении больного в стационар, в

связи с этим необходимо проводить просветительскую работу среди населения для повышения информированности по данному вопросу.

Список литературы.

1. Касимов Р. Р., Мухин А. С. Современное состояние диагностики острого аппендицита // Современные технологии медицины. 2013. №4. С. 112-116.
2. Морозов А.М., Жукова Д.А. Результаты лечения острого аппендицита//Материалы 61-й научной конференции студентов «Молодёжь, наука, медицина», Тверь, 23 апреля 2015 г., РИЦ ТГМА 2015 г. -С. 138-141.
3. Мохов Е.М., Морозов А.М., Кадыков В.А., Аскеров Э.М., Серова Н.Е. О месте бактериофагов в комплексном лечении перитонита аппендикулярного происхождения//Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2017; 10: 4: 265-268. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-4-265-268
4. Мохов Е.М. Качество жизни больных, перенесших лапароскопическую аппендэктомию с применением в послеоперационном периоде комбинаторной противомикробной профилактики с использованием бактериофагов / Мохов Е.М., Морозов А.М., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А., Кадыков В.А., Пельтихина О.В. // Современные проблемы науки и образования. -2018. -№ 3. -С. 76.
5. Стяжкина С.Н., Нестеров Д.В., Замятина А.И., Глебов А.С. Анализ частоты послеоперационных осложнений при аппендиците за 2014-2015 гг // Проблемы науки. 2016. №4 (5). С. 66-69.
6. Хасанова А.И., Гиляева З.И., Сафина З.В., Стяжкина С. Н. Статистика заболеваемости аппендицитом населения г. Ижевска по данным 2016 года // Наука и образование сегодня. 2018. №10 (33). С. 59-61.
7. Чарыев Ю.О. Результаты лечения острого аппендицита открытым и лапароскопическим способами / Ю.О. Чарыев, Э.М. Аскеров, А.М. Морозов, Д.А. Жукова // Успенские чтения: материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского государственного медицинского университета. - Тверь: Триада, 2015. - С. 85-86.
8. Шамсиев Р.Э., Гриффулина Г.И., Абдуллина А.С., Галиева Е.Р., Фазлинуров Р.К. Анализ частоты встречаемости различных форм аппендицита среди других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Современные научные исследования. Актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей седьмой международной научно-практической конференции. 2019. С. 292-293.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ

Кумарбеков М.М., Секей Н., Бухариева С., Нечушкина В.В.

Медицинский университет Семей

Несмотря на огромные успехи медицины в диагностике и лечении больных с мочекаменной болезнью эта нозология до сих пор остается актуальной. Заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) в мире составляет не менее 3% от всех урологических заболеваний и продолжает прогрессивно возрастать[2]. Распространенность этого заболевания возросла за последние 20 лет с 3,8% до 5,2%. При этом не смотря на проводимые профилактические мероприятия почти у 40% больных отмечается рецидив камнеобразования в течение 3-5 лет. Уролитиаз наиболее часто встречается у пациентов в возрасте 30-50 лет, т.е. наиболее активном и трудоспособном возрасте[1]. Наиболее частым ургентным состоянием являются обтурирующие камни мочеточников. Длительное

пребывание камня в одном месте мочеточника (более 4 недель) приводит к выраженным деструктивным изменениям во всех слоях стенки мочеточника. Выраженность и сроки их развития зависят от размера камня и степени инфицированности мочевых путей. Поэтому благоприятно раннее радикальное лечение камней мочеточников. В нашей клинике для лечения камней нижней трети мочеточников используется лазерный контактный литотриптор. Критерием отбора больных послужил факт наличия камня нижней трети мочеточника, подтвержденный рентгенологически.

Нами пролечено 87 больных в возрасте от 19 до 62 лет. Размеры конкрементов варьировали от 0,6 см до 1,5 см. Мы использовали лазерную контактную литотрипсию и оптическую уретеролитоэкстракцию. От общего числа пролеченных больных оптическая уретеролитоэкстракция составила 68%, размеры конкрементов в этих случаях варьировали от 0,6 до 0,8 см. При невозможности литоэкстракции выполнялось дробление конкремента и удаление фрагментов. В послеоперационном периоде дренирование полостной системы выполнялось мочеточниковым катетером, который оставлялся на 12-36 часов и уретральным катетером, длительность дренирования составляло 1-3 дней. При больших размерах камней и техническом сложном дроблении дренирование мочеточника осуществлялось стент-катетером. За весь период наблюдения мы получили 4 осложнения в виде атаки острого восходящего пиелонефрита со стороны операции. Мы связываем данное осложнение с рефлюксом мочи через стент-катетер. Была назначена комбинированная антибактериальная терапия в сочетании с уретральным катетером на 5 суток. Атака пиелонефрита была купирована консервативно. Учитывая данные, можно сказать, что уретеролитотрипсия и литоэкстракция конкрементов нижней трети мочеточников остается основным методом решения проблемы обструктивных камней мочеточников. Длительность нахождения мочеточникового катетера целесообразнее от 12 до 36 часов, что необходимо для восстановления мышечного тонуса устья мочеточников. Дренирование уретральным катетером необходимо осуществлять в течение 1-3 дней, для профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса и развития вторичного пиелонефрита. При наличии стент-катетера рекомендуется учащенное мочеиспускание при неполном мочевом пузыре.

Список литературы.

1. Аляев Ю. Г. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения/ Руководство под ред. Ю.Г. Аляева. М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. 216 с.
2. Brenner Z. Z. Nephrolithiasis: evaluation and management / South Med. J. -2011- Vol. 104- P. 133-139.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ

Липатов В.А., Северинов Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Имеющиеся способы остановки кровотечений, такие как наложение гемостатических швов, электрокоагуляция, спрей-коагуляция и др. можно отнести к травматичным [1, 2]. В свою очередь, применение аппликационных губчатых гемостатических материалов – бесшовный способ локального гемостаза, благодаря чему поврежденные органы дополнительно не травмируются при остановке кровотечения. Это является одним из важных преимуществ локального применения полимерных кровоостанавливающих средств [4, 5].

Цель исследования: заключается в сравнительной оценке эффективности гемостатических материалов в остром эксперименте *in vivo*.

В качестве материалов исследования использовали следующие образцы гемостатических материалов: Tachocomb (№1), Gelita-Spon Standard (№2), Surgicel Fibrillar (№3), образцы кровоостанавливающих губок, разработанные совместно с ООО «Линтекс» (г. Санкт-Петербург, Россия) на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ): Na-КМЦ+Транексамовая кислота, прессованный (№4), Na-КМЦ+Транексамовая кислота, непрессованный (№5), Na-КМЦ прессованный (№6), Na-КМЦ непрессованный (№7). Исследование выполняли под общей ингаляционной анестезией (наркозный аппарат RWD Life Science R340 Isoflurane, производитель: Hi Tech North Rd, Nanshan Dist., Shenzhen, Guangdong Province, China, концентрация изофлюрана во вдыхаемой газовой смеси – 3%, поток воздуха – 0,4 л/мин) с соблюдением международных и отечественных норм гуманного обращения с лабораторными животными [3]. Крысам под общим обезболиванием производили срединную лапаротомию, моделировали краевую резекцию левой доли печени (отсекали участок 10×5×5 мм) Кровотечение останавливали наложением тестируемых материалов размерами 1×1 см. Оценивали объем кровопотери, (объем крови, впитанный одним образцом), время кровотечения. Животные были выведены из эксперимента путем CO₂-индуцированной эвтаназии сразу после выполнения оперативного вмешательства. Для определения достоверности отличий применяли непараметрический критерий Манна-Уитни ($p \leq 0,05$). наименьшие значения показателя «Время кровотечения» отмечаются в экспериментальных группах №4-№7. Среди образцов указанных групп отмечаются следующие статистически значимые отличия: значения образцов группы №4 в 1,5 раза больше образца №5; в 2,68 раза – группы №6; в 2,41 раза – группы №7. В свою очередь, значения образцов группы №7 меньше образцов группы №5 в 1,74 раза и на 4 секунды больше, чем в группе №6. При сравнении объема кровопотери в исследуемых группах, отмечается меньшее число статистически значимых отличий. Но значения образцов группы №2 значимо превышают значения всех экспериментальных групп. Применение локального кровоостанавливающего средства на основе Na-КМЦ (с и без добавления транексамовой кислоты) при остановке кровотечения после краевой резекции печени лабораторных животных (крысы) не уступает внедренным в клиническую практику аппликационным гемостатическим средствам, таким как Tachocomb, Gelita-Spon Standart и Surgicel Fibrillar.

Список литературы.

1. Базаев, А.В. Повреждение печени и селезенки у пострадавших с сочетанной автодорожной травмой / А.В. Базаев, А.В. Алейников, С.К. Королев, А.Р. Кокобелян, А.Г. Родин // Журнал МедиАль. –2014. – Т.11, № 1. – С. 17-19.
2. Липатов, В.А. Применение карбоксиметилцеллюлозы в экспериментальной хирургии паренхиматозных органов / В.А. Липатов, Т.Н. Кудрявцева, Д.А. Северинов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т.8, № 2. – С. 269-83. DOI:10.23888/HMJ202082269-283.
3. Липатов, В.А. Этические и правовые аспекты проведения экспериментальных биомедицинских исследований *in vivo*. Часть II. / В.А. Липатов, Д.А. Северинов, А.А. Крюков, А.Р. Саакян // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 245-257. DOI: 10.23888/pavlovj2019272245-257.
4. Babak, A. Blunt abdominal trauma and organ damage and its prognosis / A. Babak, S.V. Samad, P. Seyedpouya, A. Sarvin // Journal of Analytical Research in Clinical Medicine. – 2016. – Т. 4, №4. – С. 228-232. DOI: 10.15171/jarcm.2016.038.
5. Vecchio, R. Topical hemostasis in laparoscopic surgery / R. Vecchio, R. Catalano, F. Basile, C. Spataro, M. Caputo, E. Intagliata // Il Giornale di chirurgia. 2016. – Т.37, № 6. – С. 266-270. DOI: 10.0.43.130/gchir/2016.37.6.266.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОГИДРАВЛИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ (КЛТ)

Лысенко Д.Д., Ковалевич А.С.

Кемеровский государственный медицинский университет

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из самых распространенных урологических заболеваний и встречается не менее чем у 5-10% населения. Заболеваемость уrolитиазом выше среди мужчин, чем среди женщин (соотношение около 3:1). Известна и достоверно доказана эндемичность различных регионов России по частоте возникновения МКБ. На сегодняшний день одной из наиболее частых и эффективных тактик активного удаления конкрементов в соответствии с показаниями является непосредственное хирургическое вмешательство. В качестве одного из наиболее результативных хирургических методов удаления камня в настоящее время является контактная литотрипсия (КЛТ). Тем не менее, на фоне эффективности данного метода лечения МКБ имеются также и осложнения, происходящие во время операции.

Целью данного исследования является изучение спектра и частоты интраоперационных осложнений при выполнении КЛТ у пациентов с МКБ на базе ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского (ГКБ-2) г. Кемерово за период с 2017-2020 год включительно. И выявление процента осложнений, по причине которых манипуляции КЛТ были прекращены, либо выполнены в неполном объеме.

В качестве материалов для исследования были изучены операционные журналы урологического отделения Кемеровской ГКБ-2. По данным операционных журналов систематизированы и проанализированы данные полученные в результате проведенных КЛТ 517 пациентам с 2017-2020 г. включительно.

К «незначительным» осложнениям были отнесены осложнения, позволяющие выполнить КЛТ в полном объеме, не влияя на ход операции. Наиболее частым «незначительным» интраоперационным осложнением является контактная кровоточивость слизистой 4,4% (23). К «значительным» осложнениям отнесены те осложнения, в результате которых манипуляции по КЛТ были прекращены на одном из этапов операции. Всего насчитано 12% (62) «значительных» осложнений от общего числа проведенных КЛТ. Из них наибольшее количество приходится на сужение, спазм и ригидность различных отделов мочеточника 40,3% (25). Миграция частей фрагментированного камня в вышележащие отделы мочевыводящих путей 32,3% (20). Невозможность прохода уретероскопа из-за изгиба и хода мочеточника 14,6% (9). Сужение уретры и невозможность установки мочепузырного катетера 3,2% (2). Одно из «значительных» осложнений было связано с наличием гнойной мочи с наложением фибрина и мутной среды в чашечно-лоханочной системе почки, в результате чего хирургическая операция была прекращена 1,6% (1). Был отмечен случай 1,6% (1) при котором произошло смещение камня к стенке мочеточника, в связи с этим отсутствовала возможность достижения его литотриптором. В 1,6% (1) был обнаружен не смещаемый камень, из-за которого дальнейшие манипуляции по КЛТ были прекращены. Поступление свежей крови из форниксов также стало причиной завершения манипуляций в 1,6% (1) случаев. В 3,2% (2) случаев конкременты были частично фрагментированы, но из-за высокой плотности камней дальнейшие манипуляции были прекращены. К «незначительным» интраоперационным осложнениям относится контактная кровоточивость при повреждении слизистой 4,4% (23) Общий процент «значительных» осложнений составил 12% (62).

Следует отметить, что не всегда осложнения во время операции имеют ятрогенную природу, поскольку необходимо также учитывать анатомические особенности

мочевыводящих путей пациента, которые в том числе создают технические сложности во время операции при проведении КЛТ.

Список литературы.

1. Лопаткин Н.А. Урология. Клинические Рекомендации. — 2-е изд. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С.76–77.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Лысенко Н.А., Машурова Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Заболевания щитовидной и паращитовидной желёз в настоящее время являются одними из самых распространенных в мире. Ведутся дискуссии об оптимальности способов лечения данных патологий, одним из которых является хирургический. Дискутабельным остается вопрос выбора необходимого объёма проводимого оперативного вмешательства, в виду возможности развития осложнений, наблюдаемых в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Представить опыт коллектива в хирургическом лечении доброкачественных заболеваний щитовидной железы и околощитовидных желез.

Материал и методы. Проведён ретроспективный и проспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы и околощитовидных желез за период с 2014 по сентябрь 2020 гг. в торакальном хирургическом отделении ГБУЗ СККБ. Критерием включения в исследование было проведённое хирургическое вмешательство по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы и околощитовидных желез. Критерием исключения из исследования было отсутствие согласия на обработку персональных данных. Всего критериям включения соответствовали 1428 случаев, все наблюдения включены в исследование. Медиана возраста пациентов составила 47 (34; 65) лет; преобладали женщины (88,7 %).

Результаты и обсуждения. При анализе структуры операций при патологии щитовидной железы выявлено, что в подавляющем большинстве случаев выполнена тиреоидэктомия (86,6 %), что связано со структурой заболеваний, где преобладают многоузловой токсический зоб и диффузный токсический зоб. С нашей точки зрения, выполнение тиреоидэктомии является патогенетически оправданным методом лечения данной патологии. При односторонней локализации патологического процесса минимальный объём операции, выполняемый в нашей клинике, – гемитиреоидэктомия с удалением перешейка щитовидной железы. Послеоперационной летальности не было. Послеоперационный стойкий гипопаратиреоз установлен в 17(1,19%). Геморрагические осложнения в раннем послеоперационном периоде развились в 16 (1,12%) наблюдениях, транзиторный парез гортани – в 158 (11,06%) случаях, стойкий парез гортани – в 20 (1,4%) случаях. Геморрагические осложнения выявлены в 5 (0,35%) наблюдениях и были представлены подкожной гематомой и кровотечением из дренажного канала, которые не потребовали рецидивикотомии.

Выводы. В хирургическом лечении доброкачественных заболеваний щитовидной железы и околощитовидных желез остаётся значительное количество спорных моментов. В то же время детальный анализ непосредственных и отдалённых результатов операций, выполненных в нашей клинике, позволяет аргументировать собственное отношение к некоторым спорным вопросам.

В настоящее время мы отдаём предпочтение тиреоидэктомии при лечении диффузного токсического зоба и многоузлового зоба, гемитиреоидэктомии – при одноузловом зобе.

Список литературы.

1. Аристархов В. Г. Сравнительные отдаленные результаты хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом / В.Г. Аристархов, А.В. Квасов, А.И. Донюков, Р.В. Аристархов, С.В. Бирюков, Д.А. Пузин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2017. — № 8. — С. 13–17.
2. Вачев А. Н. Тиреоидэктомия у больной с гигантским многоузловым нетоксическим шейно-загрудинным зобом/ Ю.В. Кухтенко, О.А. Косивцов, Л.А. Рясков, Е.И. Абрамян// Тихоокеанский медицинский журнал. — 2020. — № 1. — С. 97–99.
3. Кухтенко Ю.В. Выбор объема операции у больных диффузным токсическим зобом (с комментарием)/А. Н. Вачев, Е. В. Фролова, Д. Р. Сахипов, Н. В. Морковских // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2016. — № 8. — С. 13–17.
4. Пашенцева А.В. Диффузный токсический зоб / Пашенцева А.В., Вербовой А.Ф.// Клин. мед. — 2017. — № 9. — С. 780–788.
5. Слепцов И.В. Операции на щитовидной железе. Пособие для пациентов/ И.В. Слепцов – Москва, 2015. -96 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ОФТАЛЬМИК НА СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мамаева М.М., Омельченко А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Снижение остроты зрения у большого количества людей, в том числе у детей и подростков, стало серьезной проблемой в наше время. Необратимые изменения хрусталика появляются вследствие длительного напряжения и фокусирования взгляда на предметах, находящихся слишком близко от глаз. Каждый человек должен понимать, как важно оберегать и сохранять зрение. В настоящее время очень актуальна профилактика нарушения зрения у школьников. Больше трети детей выпускаются из школы в очках. А во время учёбы в классах уже не хватает первых парт, чтобы рассадить всех близоруких. Проблемы со зрением напрямую влияют на школьную успеваемость. Кроме этого, от зрительных нагрузок у ребёнка с плохим зрением начинает болеть голова, что снижает тягу к знаниям.

Нами обследованы 25 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет, с диагнозами Миопия слабой средней высокой степеней, Гипермиопия разной степени и астигматизм. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, а именно: Определение остроты зрения с коррекцией и без коррекции до лечения и после ,авторефрактометрия, пзо, скиаскопия, офтальмоскопия до лечения и после лечения, с помощью скиаскопической линейки был исследован резерв аккомодации и запас относительной аккомодации.

У исследуемой группы пациентов выявлено снижение остроты зрения, резерва аккомодации и запасов относительной аккомодации. На основании данных полученных при исследованиях и систематизации пациентов пользующихся препаратом «офтальмик» мы получили динамику по которой видно что улучшение зрения замтенее происходит при миопии слабой степени, но так же и наблюдается менее заметная динамика при более тяжелых формах

При анализе полученных результатов выявлено положительное терапевтическое действие препарата Офталмик у пациентов, особенно при ранней стадии миопии. Учитывая тот факт, что комплексная терапия с включением препарата Офталмик имеет высокую эффективность и хорошую переносимость, препарат может быть рекомендован к широкому применению в офтальмологической практике.

Список литературы.

1. Катаргина Л.А., Михайлова Л.А. Состояние детской офтальмологической службы в российской федерации (2012-2013 гг.). Российская педиатрическая офтальмология. 2015; 1:5-10. [Katargina L.A., Mikhailova L.A. The state of child eye care service in the Russian Federation. (2012-2013). Russian Pediatric Ophthalmology = Rossiiskaya pediatricheskaya oftal'mologiya. 2015;1:5-10. (In Russ.)].
2. Аветисов Э.С. Близорукость. Москва: Медицина; 2002;286. [Avetisov E.S. Miopia. Moscow: Meditsina; 2002;286. (In Russ.)].
3. Mutti D., Mitchell G.L., Moeschberger M.L., Jones L.A., Zadnik K. Parental myopia, near work, school achievement and children's refractive error. IOVS. 2002;43(12):3633-40.
4. Anderson H, Stuebing K.K., Fern K.D., Manny R.E. Ten-year changes in fusional vergence, phoria, and nearpoint of convergence in myopic children. Optom Vis Sci. 2011;88(9):1060-5. <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e31822171c0>
5. Корнюшина Т.А., Куприянова М.В. Особенности развития рефракции школьников по мере увеличения учебного стажа. Офтальмохирургия. 2010;6:40-43. [Kornyushina T.A., Kupriyanova M.V. Features of the development of refractive error students with increasing academic seniority. Ophthalmosurgery = Oftal'mokhirurgiya. 2010;6:40-43. (In Russ.)].
6. Кузнецова М.В. Причины развития близорукости и ее лечение. Казань: МЕДпресс-информ; 2005:176. [Kuznetsova M.V. The reasons for the development of myopia and its treatment. Kazan': MEDpress-inform; 2005:176. (In Russ.)].
7. Кенджаева Д.О., Чакиева А.Р., Усенко В.А. Патогенетические факторы прогрессирования миопии у больных с патологией шейного отдела позвоночника. Российский офтальмологический журнал. 2013;1:13-14. [Kendzhaeva D.O., Chakieva A.R., Usenko V.A. Pathogenic factors for progression of myopia in patients with pathology of the cervical spine. Russian ophthalmological journal = Rossiiskii oftal'mologicheskii zhurnal. 2013;1:13-14. (In Russ.)].

СРАВНЕНИЕ ДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛГЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТОРАКОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Маничева Ю.С.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Правильный выбор метода анестезии – это залог успеха эффективной анальгетической защиты пациента в интраоперационном периоде. Примерно у 45-50 % прооперированных больных появляются жалобы на неадекватность обезболивающей терапии. В связи с этим возникает вопрос о возможных способах решения данной проблемы, в частности, расширение применения комбинированного метода анестезии.

Ретроспективно проанализированы анестезиологические карты 37 пациентов в возрасте $62,7 \pm 7,46$ лет, перенесших лобэктомию. Первая группа (n=14) - лобэктомия в условиях сочетанной анестезии; вторая (n=23) - комбинированной анестезии. Индукция: фентанил 5 мкг/кг, пропофол 2 мг/кг, рокуроний 0,6 мг/кг. Поддерживающая анестезия:

севофлуран до 1,1 МАК. При сочетанной анестезии использовался ропивакаин 0,75% в дозе 10 мл.

Оценивались показатели: уровень артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), инфузионная терапия, введение вазопрессорных препаратов, дополнительные введения анальгетиков. Статистический анализ выполнен с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0. В первой группе: ЧСС – $77,1 \pm 10,8$ уд/мин; АДс $116,6 \pm 12,2$ мм.рт.ст.; АДд $71,8 \pm 7,7$ мм.рт.ст; во второй группе: ЧСС $82,9 \pm 8,3$ уд/мин; АДс $117,9 \pm 13,2$ мм.рт.ст; АДд $73,5 \pm 7,7$ мм.рт.ст. Инфузия кристаллоидных растворов: первая группа – $1071,4 \pm 549,7$ мл; вторая – $1026,1 \pm 434,0$ мл. Инфузия коллоидных растворов: первая группа – $533,3 \pm 230,9$ мл; вторая – $400,0 \pm 0,0$ мл. Дополнительная аналгезия в первой группе составила $175,0 \pm 95,7$ мкг; во второй – $114,3 \pm 37,8$ мкг. Статистически значимых различий между группами среди указанных показателей не выявлено (U -Кр- $p \geq 0,05$).

В работе не выявлены статистически значимые отличия в анальгетической защите у пациентов с сочетанной и комбинированной анестезией. Это позволяет предположить, что оба метода обеспечивают адекватный уровень интраоперационной защиты при торакальных операциях.

Список литературы.

1. Шарипов Р.А., Лешкова В.Е., Насретдинова С.М., Латыпов А.М. Оценка ассоциированности эпидуральной анестезии ропивакаином с состоянием микроциркуляции при комбинированных операциях в урологии // пермский медицинский журнал/Клинические исследования, том 29, №4, 2012 – с.48-51. 9

2. Polaner D. M., Suresch S., Gote C. J. Pediatric regional anesthesia. In: Cote et.al. «A practice of Anesthesia for Infant and Children», Third Edition, WB Saunders, Philadelphia. 2001. 636–674.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЕ

Мацукатова Э.Д., Акобян Л.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Клиника микрохирургии глаза г. Ставрополя.

Циклодеструктивные методики применяются, когда другие вмешательства не эффективны и бесперспективны. Также операции применяются на слепых глазах и направлены на снижение продукции камерной влаги.

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения неоваскулярной глаукомы у 46 пациентов в возрасте 59-83 лет. Мужчины составили 40,9 %, женщины 59,1 % с остротой зрения от 0,005-0,08. Средний уровень офтальмотонуса по Маклакову составил $41,1 \pm 0,81$ мм рт. ст. с болевым синдромом различной выраженности. Всем больным была выполнена трансклеральная лазерная циклофотокоагуляция. Оценивали остроту зрения и уровень внутриглазного давления (ВГД), течение послеоперационного периода.

Результаты послеоперационного периода и данные остроты зрения и ВГД оценивали в раннем послеоперационном периоде, через 1 месяц и через 6 месяцев. В 90 % случаев отмечалась стабилизация ВГД с сохранением остроты зрения, В 10% была проведена повторная лазерная циклокоагуляция.

Данная операция является методом выбора при неоваскулярной глаукоме как органосохраняющая операция. Возможно повторное проведение операции для усиления гипотензивного эффекта.

Список литературы.

1. Жабоедов Г. Д., Коваленко Ю. В. Сравнительная оценка эффективности способов диодлазерной трансклеральной циклокоагуляции в комплексном лечении больных первичной открытоугольной глаукомы // Офтальмол. журн. – 2006. – №3. – С.156–157
2. Ключев Г. О. Эффект попорна при трансклеральной диодной лазерной циклокоагуляции // Там же. – 2006. – №3. – С.195–196
3. Коротких С. А., Степанова Е. А., Кулакова М. В. Методика лазерного лечения прогрессирующей ретинопатии недоношенных с различными вариантами течения // Клиническая офтальмология. – 2006. – № 4. – С. 156–158
4. Шиловских О. В., Агапочкина Т. Ю., Санников О. Н., Шляхтов М. И. Применение трансклеральной циклолазеркоагуляции в лечении вторичной глаукомы при ретинопатии недоношенных // Офтальмохирургия. – 2005. – № 2. – С.21–24.

ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Машурова Е.В., Байрамкулова А.М., Магомаева Д.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность - Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест среди всех болезней ЖКТ. Заболевание имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как широко распространяется среди населения молодого и трудоспособного возраста, влияет на качество жизни, а также наносит большой экономический ущерб. [Ильченко А.А., 2009; Максимов В.А., 2009; Bitzer E.M., Lorenz C., 2008].

Цель работы – сравнить методы лечения у больных с механической желтухой.

Проведен анализ 456 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ СККБ на базе хирургического торакального отделения за 2013-2020 гг. Возраст больных варьировал от 23 до 86 лет, причем более 70 % составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Мужчин было 197 (43,2%), женщин 259 (56,8%). В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое исследование брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография, МР-холангиография, лабораторные исследования.

Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel». Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 356 человек с выполнением ЧЧХС под УЗИ и РТВ контролем. Контрольную группу составили 100 пациентов, которым выполнена лапаротомия, ревизия холедоха, дренирование холедоха по Керу.

Причинами механической желтухи в 50,72 % случаев являлся холедохолитиаз, у 24,63% злокачественные заболевания, у 13,04% панкреатит и 8,69% стриктуры холедоха. Осложнения после ЧЧХС возникли у 4 (1,1%) пациентов: дислокация дренажа с желчеистечением у 3(0,8%), из них 1 с летальным исходом, кровотечение у 1 (0,28%). В контрольной группе диагностировано у 9 (9%) пациентов нагноение п/о раны, у 2 (2%) эвентрация, у 4(4%) желчеистечение, у 2(2%) кровотечение с летальным исходом и 3 (3%)

– острая кишечная непроходимость. Средний койко-день в контрольной группе составил 15 ± 3 день, а основной – 4 ± 2 .

Таким образом, с появлением методик ЧЧХС и ЧЧХцС пациенты стали получать более квалифицированную помощь в лечении механической желтухи, значительно уменьшился срок пребывания в стационаре, сократились сроки по купированию гипербилирубинемии и сроки выполнения радикальных операций при злокачественных заболеваниях гепатобилиарной зоны.

Список литературы.

1. Быков М.И., Порханов В.А., Гобаева С.Л., Щава В.В. Возможности лечебных ретроградных миниинвазивных технологий при синдроме механической желтухи. *Анналы хирургической гепатологии*. 2019; 24 (2): 60–73. DOI: 10.16931/1995-5464.2019260-73.

2. Стручков Ю.В., Курманбаев А.Г. Применение дренирования желчевыводящих путей у пациентов с нерезектабельными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой ГБОУ ВП «Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», г. Москва, *Анналы хирургии*. 2015, 4: 39-44.

3. Kalakhanova B.Kh., Chechenin G.M., Lebedev S.S., Barinov Y.V., Seregin A.A., Melkonyan G.G., Mumladze R.B. A modern approach to the choice of endobiliary replacement time in patients with obstructive jaundice of cancerous genesis. *STM*. 2014; 6 (4): 97–101.

4. Minami Kazuhiro et al. Successful EUS-guided antegrade. *Endoscopy International Open* 2018, 06: E 1336- E 1339.

5. Sharaiha RZ, Khan Ma, Kamal F, et al. Efficacy and safety of EUS-guided biliary drainage in comparison with percutaneous biliary drainage when ERCP fails: A systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2017;S0016-5107:30900-2.

6. Takuji Iwashita, Shinpei Doi, Ichiro Yasud. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage: a review, 2014, 7(2): 94–102.

7. Winder JS, Juza RM, Alli VV, Rogers AM, Haluck RS, Pauli EM. Concomitant laparoscopic cholecystectomy and antegrade wire, rendezvous cannulation of the biliary tree may reduce post-ERCP pancreatitis events/ *Surg Endosc* 2020 Jul;34(7):3216-3222.

8. Yousuke Nakai, Hirofumi Kogure , Hiroyuki Isayama and Kazuhiko Koike. Endoscopic Ultrasound-Guided Biliary Drainage for Benign Biliary Diseases Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, 1 The University of Tokyo, Tokyo, 2 Juntendo University, Tokyo, Japan. 2019, 52: 212-219.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВОГО ЗОБА

Менгельбаева З.Я., Беляева А.А., Машурова Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Узловые образования щитовидной железы (ЩЖ) представляют собой весьма распространенную патологию, которая ежегодно диагностируется у 24 826 на 100 000 человек в Европе и у 20 700 на 100 000 больных в США [1,2,4,5]. Большинство из этих образований доброкачественны, рак щитовидной железы (РЩЖ) регистрируется менее чем в 10% случаев [3].

Цель. Изучить чувствительность, точность и специфичность цитологического исследования в диагностике узлового зоба, а также причины ложноположительных и ложноотрицательных результатов цитологического исследования.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 735 пациентов с различными узловыми образованиями щитовидной железы за период 2014-2019 гг.

Данные тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии цитологического исследования были сопоставлены с результатами гистологического исследования операционного материала. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel».

Дооперационное цитологическое исследование проводилось в 607 случаях из 735 или в 82,6%. Использование дооперационного комплекса цитологического исследования дало возможность в 74,2% наблюдений правильно установить характер поражения щитовидной железы, его морфологическую форму и на основании этих данных выбрать адекватный объем операции. Ложноположительные результаты цитологических заключений по раку щитовидной железы имели место у 21 (3,5%) пациентов, ложноотрицательные результаты – у 25 (4,1%) пациентов. Совпадение данных дооперационной диагностики с послеоперационным плановым гистологическим исследованием составили при раке щитовидной железы – 76,1%, при узловом коллоидном зобе – 86,8%, при аутоиммунном тиреоидите – 54,2%.

Проведенное исследование подтвердило, что до настоящего времени существуют трудности в дооперационной верификации узловых образований щитовидной железы. Специальных методик, позволяющих абсолютно достоверно исключить злокачественный рост в узле до операции, не существует.

Список литературы.

1. Александров Ю.К. Пересмотр показаний для биопсии узлов щитовидной железы / Ю.К. Александров, Е.Д. Сергеев, А.Н. Сенча // Вестник хирургии. – 2015. –Т.174. –№1. С.23–25.

2. Дедов И. И. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба / И. И.Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев [и др.]. – М., 2015.

3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017. 236 с.

4. Мирошниченко И.Е. Диагностика и лечение болезней щитовидной железы. Информационный выпуск. Днепропетровск. 2013. №4. 2 с

5. Хирургическая тактика при доброкачественных новообразованиях щитовидной железы / И. Н. Пиксин, В. И. Давыдкин, А. В. Вилков [и др.] // Научный альманах. – 2015. –№ 9 (11). – С. 969–973.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЁГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Михалицына А. А., Окладников С.И.

Уральский государственный медицинский университет

Недоношенные новорождённые составляют 5,4% от общего числа детей, родившихся живыми, в 2005 году, 6,1% - 2018 г. [3]. Живорождение – момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 гр. и более или при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения [6]. На 17-26 неделе гестации в лёгких плода происходит отграничение легочных долек, капиллярная инвазия паренхимы, появляется сурфактант. К 24-й неделе в состав ацинуса входят: терминальная

бронхиола (ТБ), респираторная бронхиола (РБ) I и частично II порядков; преобладают альвеолоциты 1-ого типа. К 25-26 неделе ацинус представлен ТБ, группой из 2-4 РБ и 6-7 эпителиальных скоплений, становящиеся альвеолярными мешочками; преобладают альвеолоциты 2-го порядка. С 27 недели утолщается эпителий РБ, истончаются и капилляризируются септы[5]. У недоношенного новорожденного возникает нарушение синтеза и экскреции сурфактанта альвеолоцитами 2-го типа, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани. Это приводит к развитию РДСН («респираторный дистресс-синдром» новорождённых) [1]. Дефицит сурфактанта приводит к формированию ателектазов. Вследствие этого уменьшается функциональная остаточная емкость, дыхательный объем и жизненная емкость легких, возрастает мертвое анатомическое пространство и отношение его к легочному объему. Нарастает гиповентиляция легких, повышается проницаемость альвеолярно-капиллярных мембран, отмечается застой крови в капиллярах, диффузный интерстициальный отек. Возникает гиперкапния, гипоксия, ацидоз, спазм легочных артериол и шунтированию крови через фетальные коммуникации. Ишемия пневмоцитов и эндотелия, приводит к большему снижению синтеза сурфактанта, что способствует нарушению аэрогематического барьера с транссудацией белков плазмы в просвет альвеол. Возникает дефицит прокоагулянтов, фибриногена, дефект тромбоцитарного звена гемостаза, сердечная недостаточность, ДВС-синдром, явления шока, мышечная гипотония, расстройства функционального состояния головного мозга, сердечная недостаточность, температурная лабильность [2, 8]. Морфологический субстрат РДСН – гиалиновые мембраны (ГМ) в легких. Они появляются на внутренней поверхности альвеол, РБ и характеризуются отложением гиалиноподобного вещества.

В основе формирования ГМ – нарушение проницаемости стенок сосудов респираторной ткани, связанное с изменением состояния сурфактанта и гипоксией, гибелью эндотелия, переходом фибриногена в фибрин, являющегося основой для образования ГМ[7]. В результате подключения к аппарату искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) может возникнуть бронхолёгочная дисплазия, характеризующаяся преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза, нарушением репликации альвеол[4].

Цель исследования – установить наиболее часто встречающиеся морфологические особенности лёгких у детей, рожденных с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материалы и методы исследования: в работе был использован 31 протокол вскрытия с 2015 по 2019 годы патолого-анатомического отделения МАУ «ДГКБ № 9» детей, рождённых с НМТ, ОНМТ, ЭНМТ, из которых девочки составляли 48,4%, мальчики – 51,6 %. Все дети находились на ИВЛ.

Результат исследования и его обсуждение. При макроскопическом исследовании среди всех групп наиболее часто встречались признаки: снижение воздушности лёгкого, кровоизлияния на висцеральной плевре, слизь в дыхательных путях. При микроскопическом исследовании отмечались: резкое полнокровие, интерстициальные и интраальвеолярные кровоизлияния, распространенные пристеночные и обтурирующие ГМ, ателектазы и дисателектазы, межуточный отёк, очаги острой эмфиземы. В единичных случаях наблюдались: геморрагический инфаркт лёгкого, альвеолиты, элементы околоплодных вод в просвете альвеол, белковые массы и фибрин в бронхиолах и мелких бронхах, тромбоз легочной артерии, дисплазия эпителия бронхов, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Выводы: Среди рассмотренных нами случаев наиболее часто встречающиеся морфологические особенности можно связать с развитием у данных новорождённых РДСН и болезни гиалиновых мембран. Остальные морфологические особенности можно

связать с сопутствующими и комбинированными заболеваниями данных клинических случаев. Список литературы.

1. Володин Н.Н. Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Клинические рекомендации под редакцией академика РАН Н.Н. Володиной. 2015г.

2. Губарева Г.Н., Кириенко О.С., Методическая разработка для студентов V курса педиатрического факультета по проведению практического занятия по разделу «Неонатология» Тема занятия: «Синдром дыхательных расстройств и массивная аспирация у новорождённых» Обсуждена на заседании кафедры факультетской педиатрии (протокол №1 от 25.08.2015 г.). Ставрополь, 2015.

3. Здоровоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. - М., 2019. –170 с.

4. Министерство здравоохранения РФ, Союз педиатров России, Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией. 2015 г.

5. Морфология плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела /Л.П. Перетятко, Л.В. Кулида, Е.В. Проценко. - Иваново: Изд-во "Иваново", 2005. - 382 с.

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н (ред. от 13.09.2019) О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи

7. Серикбай М.К., Шумкова Э.Н., Алшериева У.А. Морфологическая характеристика болезни гиалиновых мембран у глубоконедоношенных новорожденных // Евразийский Союз Ученых. 2018. №11-3(56).

8. Юсупалиева Д.Б. Фармакокинетика сурфактанта и веществ, повышающих его синтез в лечении недоношенных детей // Достижения науки и образования. 2019. №5(46).

ТАКТИКА ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Диагностика и лечение кист поджелудочной железы является одной из важнейших проблем в абдоминальной хирургии.

Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни пациентов с кистами поджелудочной железы за 2015-2019 годы на базе ГБУЗС "Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова" г. Севастополя. Частота поступления больных в стационар была неодинаковой: наибольшее число пациентов с кистами поджелудочной железы наблюдалось в 2016 году - 17 (29,3%) человек. Наименьшее в 2019 г. - 2 (3,4%) человека. В среднем ежегодно поступало до 3 человек. В 62% (n=36) с кистами поджелудочной железы поступали мужчины. Возрастной состав был следующим: пациенты до 30 лет - 6 (10%), 31-40 лет - 15 (26%), 41-50 лет - 23 (40%), 51-60 лет - 7 (12%), старше 70 лет - 7 (12%). В экстренном порядке госпитализированы 49 (84,5%) больных, в плановом - 9 (15,5%). Киста поджелудочной железы как осложнение возникла у 54 (93,2%) пациентов с острым и хроническим панкреатитом, у 4 (6,8%) - другие причины (эхинококкоз, травма). Боли в надчревной области отмечались у 54 (93,1%) пациентов. Параллельно с этим наблюдалось появление локального напряжения мышц передней брюшной стенки в верхних отделах живота (в 49 (84,5%) случаях), сопровождалось повышением температуры тела у 70,7% пациентов (n=41). Диспепсические явления (тошнота, рвота) были у 51,7% (n=30) больных, неустойчивый стул - в 62% случаях (n=36). Асцит, как осложнение перенесенного ОДП, отмечался у 17 (29,3%) пациентов. Всем пациентам

были проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, в сомнительных случаях использовали МРТ). В связи с тяжелым состоянием пациентов, обусловленным нагноением кисты и наличием секвестров, оперативное вмешательство в день поступления было проведено у 9 (15,5%) человек. Благоприятный исход лечения зависит от выбора оптимального метода лечения. У 19% (n=11) пациентов осуществлялось минилапаротомное вскрытие и наружное дренирование. Пункционное дренирование проводилось у 47 (81%) больных. В 70,7% случаев (у 41 пациента) доступ осуществлялся справа от срединной линии на 3 см и выше пупка на 6 см.

Таким образом, распространенность кист поджелудочной железы увеличивается. Чаще страдают мужчины трудоспособного возраста. У 81% (n=47) больных проводился чрескожный пункционный метод и чрескожное дренирование патологических жидкостных образований под контролем ультразвукового исследования, который является эффективным методом лечения.

Список литературы.

1. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 14-16.
2. Котив Б.Н., Бисенков Л.Н. Госпитальная хирургия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 21-23.
3. Рычагов Г.П., Нехаев А.Н. Хирургические болезни. - М.: Бином, 2019. - С. 35-36.
4. Степанов К.Т. Лечение кист поджелудочной железы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 57-59.

ОСОБЕННОСТЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА И БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

В настоящее время появляются различные варианты баугинопластик, для выбора того или иного метода коррекции, необходимо его четкое анатомическое обоснование. Важно знать особенности кровоснабжения и венозного оттока оперируемой области. Илеоцекальное соединение представляет собой сложную биоконструкцию, расположенную между тонкой и толстой кишкой и осуществляющую антирефлюксную функцию, предотвращая попадание содержимого толстой кишки в подвздошную. В настоящее время все больше внимание хирургов привлекают вопросы пластической гастроэнтерологии илеоцекального соединения, однако некоторые аспекты клинической анатомии данного отдела кишечника остаются не достаточно изученными.

Исследование проводилось на базе патологоанатомического отделения ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» г. Севастополя. Изучалось 50 образцов илеоцекального угла с брыжейкой и сосудами, взятых у трупов людей, умерших в сроки от 3-х до 24 часов. Исследования вариантов брыжеечных сосудов проводилась с применением инъекции их пастой «К», окрашенной в соответствующий руслу цвет. Кровоснабжение баугиниевой заслонки изучалось посредством наполнения артериального и венозного русла 30% раствором желатина, окрашенного тушью. Кровоснабжение илеоцекального отдела кишечника осуществлялось из бассейна верхней брыжеечной артерии, самой крупной из ее ветвей – подвздошно-ободочной артерией.

На расстоянии 4 см от илеоцекального угла происходило деление артерии на три ветви: восходящую, которая кровоснабжает часть восходящей ободочной кишки; подвздошную, которая питала терминальную часть подвздошной кишки, и общую слепкишечную, которая, в свою очередь, делилась на три ветви: артерию червеобразного отростка, переднюю и заднюю слепкишечные артерии. Передняя слепкишечная артерия проходила по передней поверхности илеоцекуса и кровоснабжала купол слепой кишки и отдавала ветви к баугиниевой заслонке. Задняя слепкишечная артерия устремлялась к задней стенке купола слепой кишки, кровоснабжала его заднюю поверхность и также участвовала в кровоснабжении баугиниевой заслонки.

Выявлена особенность кровоснабжения губ баугиниевой заслонки, осуществляемое из бассейна слепкишечной артерии. Так верхняя губа получала артериальную кровь из двух источников: медиальная уздечка и часть губы – из ветвей передней слепкишечной артерии, а латеральная часть и уздечка – из ветвей задней. На середине губы перечисленные артерии анастомозировали. Нижняя губа кровоснабжалась лишь одной из ветвей задней слепкишечной артерии, которая в свою очередь образовывала анастомозы с сосудами верхней губы через комиссуры баугиниевой заслонки. Венозный отток от илеоцекального угла осуществлялся по двум типам венозного русла: магистральному – когда в одну вену, расположенную подобно биссектрисе илеоцекального угла, впадали более мелкие венозные стволы; и рассыпному, когда множество вен, образуя ветвления по типу «грозди винограда», различного диаметра, сливались в единую подвздошно-слепкишечную вену. Таким образом, кровоснабжение илеоцекального угла осуществляется из бассейна передней и задней слепкишечных артерий. Кровоснабжение верхней губы происходит за счёт передней и задней слепкишечных артерий, а нижней губы – за счёт только лишь задней слепкишечной артерии. Венозный отток от илеоцекального угла осуществляется по двум типам: магистральному и рассыпному. Полученные данные по кровоснабжению и венозному оттоку от илеоцекального угла, являются основой фундаментальных знаний клинической анатомии, на основании которых можно обосновать ту или иную методику баугинопластики.

Список литературы.

1. Пауков В.С. Патологическая анатомия: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 47-48.
2. Петров А.С. Кровоснабжение илеоцекального угла. - М.: Бином, 2019. - С. 59-60.
3. Струков А.И. Патологическая анатомия илеоцекального угла и баугиниевой заслонки. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 74-75.
4. Хомяков П.И. Патологическая анатомия толстого кишечника. - М.: Бином, 2019. - С. 81-82.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Морозов А.М., Беляк М.А., Кольцова С.В.

Тверской государственный медицинский университет

Острые инфекции рук значительно различаются в зависимости от их локализации и этиологии. Дифференциация между поверхностными и глубокими инфекциями кисти в этом случае является необходимой мерой, так как, учитывая анатомическую сложность кисти и ее деликатную функцию, для полного установления диагноза и лечения необходима дальнейшая характеристика конкретных задействованных структур. Кисть является основным органом, которым человек выполняет большую часть своей работы.

При помощи кисти человек способен познавать и изменять окружающий мир. Помимо этого, кисть человека, особенно это отмечается у женской части населения, несет эстетическую функцию. В нашей стране все чаще пациенты обращаются к врачу-хирургу с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти несмотря на стремительное развитие медицины. Каждый хирург сталкивался с неприятными последствиями возникновения и развития гнойных инфекций кисти. По последним данным, панариций и паронихия встречаются гораздо чаще, чем флегмоны, абсцессы и остеомиелит. При этом, панариций и паронихия достаточно сильно влияют на жизнь человека, приводя к значительному снижению ее качества вследствие ограничения трудовой деятельности, эстетического дискомфорта, социальной дезадаптации при общении в повседневной жизни. При обращении за медицинской помощью, пациенты жалуются на сильную пульсирующую боль в очаге воспаления, отек пальца, покраснение кожи, повышение температуры тела и нагноение. При запущенных случаях панариция и паронихии возможен переход этих заболеваний на соседние ткани, вплоть до сухожилий, суставов и костей. В таких случаях велик риск развития некроза сухожилий, образования контрактур (при суставном панариции) и хронического остеомиелита. Все эти патологии ведут к нарушению подвижности пальцев или к их ампутации. Самой распространённой причиной возникновения гнойно-воспалительных заболеваний кисти являются микротравмы. Любая травма пальца, включая незначительные порезы, ссадины может служить входными воротами для инфекции и, как следствие, развития острых гнойно-воспалительных заболеваний. Очень часто именно к микротравмам проявляют недостаточно серьезное отношение не только пациенты, но и медицинский персонал. К числу микротравм относят ссадины, царапины, порезы, ранения, трещины и оторванные заусенцы. Микротравмы могут быть профессионального характера – на различных производствах такая травматизация может являться следствием несчастных случаев. С микротравмами сталкиваются работники сельскохозяйственных структур, медицинский персонал, персонал транспортных предприятий и работники легкой и тяжелой промышленности. Стоит отметить, что с недавнего времени на некоторых предприятиях ведутся специальные журналы учета микротравм, в которых ведутся записи о получении микротравм, расходе медицинских изделий из аптек. Также в этих журналах имеются данные о медицинских назначениях, полученных от медицинских работников. К числу бытовых микротравм относят микротравмы, полученные в процессе приготовления пищи, уборки, ремонта и т.д. Помимо этого, следует отметить, что возникновению гнойно-воспалительных заболеваний кисти подвержены люди, страдающие сахарным диабетом, облитерирующим атеросклерозом, иммунодефицитом и лица, употребляющие наркотические препараты. В настоящее время увеличивается риск возникновения гнойно-воспалительных заболеваний кисти после выполнения маникюра. Неправильная обработка инструментов, а именно несоблюдение этапов дезинфекции и стерилизации, и последующее использование загрязненных инструментов приводит к возникновению панариция и паронихии. Также при повреждениях боковых валиков и кутикулы ногтей не всегда проводят обработку ранений. На начальных стадиях гнойно-воспалительных заболеваний (на стадии воспаления) возможно консервативное лечение с помощью антисептиков, физиотерапевтических процедур и противовоспалительных препаратов. При нагноении и некрозе консервативное лечение становится неэффективным и имеет смысл только оперативное лечение. В ходе оперативного лечения данных заболеваний проводят вскрытие гнояника, его дренирование и последующее удаление некротизированных тканей. В целях профилактики панариция и паронихии следует избегать возникновения микротравм кисти. Если все же произошла микротравма, следует своевременно произвести санитарную обработку повреждения.

Объектом исследования была выбрана распространенность гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти при их травматизации.

С целью оценки осведомленности была разработана специальная анонимная анкета, содержащая ряд вопросов (в количестве 12), касаемых заданной темы. Данный опрос проводился на базе онлайн-сервиса для создания форм обратной связи, онлайн-тестирований и опросов «Гугл-формы» (компания Google). Составленные вопросы имели один возможный вариант ответа, а форма вопроса разделялась на обязательный и необязательный. Среди 126 человек, согласившихся принять участие в анкетировании, соответственно, 38 человек – это мужчины, что составило 30,2% и 88 человек, что составило 69,8%, – это женщины. Возраст участвующих в опросе являлся колеблющимся: от 16 до 17 лет – 8,7% (11 человек), от 18 до 20 лет – 77% (97 человек), от 21 до 25 лет – 11,1% (14 человек), от 26 до 30 лет – 0,8% (1 человек) и от 30 лет и старше – 2,4% (3 человека). В данном опросе принимали участие разные социальные группы людей, из них: 91 человек (72,2%) являлись студентами, 4 человека (3,2%) работают врачами, 10 человек (7,9%) являются безработными, 3 человека (2,4%) являются биотехнологами, 2 человека (1,6%) работают учителями, по 2 человека (1,6%) – ученики, медсестры, официанты-менеджеры, по 1 человеку (0,8%) – филолог, продавец-кассир, актриса, менеджер, экономист, учитель начальных классов, юрист, художник, электромонтер, бармен. При этом, 44,9% людей не знают про существование гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти, а 55,1% имеют о них представление, что определенно свидетельствует о наличии низкого уровня медицинской грамотности населения, что также коррелирует с неудовлетворительными результатами лечения (или его полного отсутствия) и меньшем количеством обращений за медицинской помощью. На вопрос «Вы сталкивались с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти?» ответили 123 человека, из которых 99 человек (80,5%) не сталкивались с этими заболеваниями и 24 человека (19,5%) сталкивались с гнойными инфекциями кисти, что вполне соотносится с данными исследований других авторов. Таким образом, частота встречаемости патологии в проведенном анкетировании равна примерно 1:5. Так как этиологическим фактором в гнойном воспалении пальцев и кисти, в большинстве случаев, являются травмы (профессиональные или же бытовые), следующий вопрос, который был нами проанализирован – это вид травматизации, где 20 человек (74,1%) ответили, что заболели панарицием или паронихией вне работы (в быту), 5 человек (18,5%) – после маникюра и 2 человека (7,4%) – при осуществлении производственной деятельности. Даже незначительные повреждения кожи, если своевременно им не уделяется должное внимание, чреваты воспалительными процессами. Такими травмами, которые наиболее часто приводили к развитию гнойно-воспалительных заболеваний у опрошенных, являлись заусенцы (50%), порезы и ссадины (по 25%), сдавления – с меньшим процентом ответов. Входными воротами инфекции и причиной данного заболевания также могут являться: царапины, потертости, трещины, – которые при появлении повышают риск развития гнойных заболеваний при контактировании с неблагоприятными условиями внешней среды. Такие микротравмы обычно несвоевременно подвергаются элементарной обработке с применением антисептических средств для профилактики воспалительных осложнений, поэтому в результате происходит дальнейшее распространение гнойного очага с развитием осложнений. Так как выборка людей была случайной, нельзя точно сказать у кого из людей больший риск заболеть гнойно-воспалительными заболеваниями – у тех, кто работает на производстве (профессиональная травма), или же в быту, однако нужно допускать то, что вероятность развития этой патологии возможна у любого человека, вне зависимости от рода его деятельности.

По данным опроса наибольшему числу травм подвергались следующие локализации пальцев кисти: 16 человек (59,3%) указали, что очаг гнойного воспаления у них находился вдоль бокового валика ногтя, у 11 человек (40,7%) – вдоль кутикулы, также отмечается подногтевой панариций на тыльной поверхности пальца. Отмечается различное протекание гнойного процесса на ладонной и тыльной поверхностях пальцев

кисти, что можно объяснить отличием в строении подкожной клетчатки. При этом наблюдались следующие симптомы: 17 человек (60,7%) отметили пульсирующую боль, 18 человек (64,3%) – отек пальца, у 25 человек (89,3%) наблюдалось покраснение кожи, у 8 человек (28,6%) – повышение температуры тела, 20 человек (71,4%) обнаружили нагноение и 1 человек (3,6%) – некроз. При обнаружении у себя развития гнойно-воспалительных процессов 16 человек (57,1%) предпочли заняться самолечением, 9 человек (32,1%) обращались за помощью к врачу-хирургу и у 3 человек панариций и паронихия (10,7%) не подвергались лечению вообще. Преобладание ответа о самолечении можно объяснить тем фактом, что в настоящее время люди предпочитают доступную медицинскую информацию, выложенную на Интернет-пространствах, посещению кабинета врача. Что является также проблемой, в связи с этим выделяют преобладания обращений больных на поздних сроках неосложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний. На вопрос о проведении профилактических мероприятий 66,1% участников ответили, что они стараются не допускать микротравм кисти и при их возникновении своевременно проводят обработку и 33,9% не проводят профилактику гнойно-воспалительных заболеваний кисти. Даже несмотря на то, что больше половины опрошенных склонны соблюдать меры профилактики, все же имеется процент тех людей, которые скептически настроены к предупреждению гнойных заболеваний. Основными причинами такой тенденции могут являться: неосведомленность о заболевании и его возможных осложнениях и последствиях, несерьезное отношение к своему заболеванию. В ходе анкетирования не было выявлено сезонной активности заболевания, так как в большинстве случаев мы связываем эту патологию с наличием травматизации (в основном микротравм) и изучением ее характера. В ходе исследования выяснилось, что женская часть населения сталкивается с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти гораздо чаще, чем мужчины. Это можно объяснить тем, что женщины придают большое значение красоте своих рук и часто делают маникюр, а также в большей степени выполняют всю работу по дому самостоятельно. Кроме того, как показывает практика, большинство женщин не использует перчатки в быту, что является еще одной причиной микротравм и последующего заражения панарицием и паронихией. Также настоящее исследование показало, что основным видом микротравмы являются заусенцы, а как известно, некачественное удаление и их случайный отрыв происходит при выполнении маникюра и при выполнении домашних дел соответственно. Низкий процент встречаемости гнойно-воспалительных заболеваний кисти можно объяснить тем, что в нашем исследовании в основном принимали участие лица от 18 до 20 лет, которые являются студентами. Довольно юный возраст студентов объясняет малую долю распространенности гнойных инфекций кисти среди этой группы населения. Выяснилось, что основная часть людей, принявших участие в анкетировании, не посчитало нужным обращаться к квалифицированному специалисту и предпочло заняться самолечением. Настоящее исследование показало, что большая часть людей заботится о своем здоровье и старается не допускать возникновения гнойно-воспалительных заболеваний пальцев. Но, тем не менее, есть и тот процент людей, которые не осведомлены даже о существовании данных патологий и о методах их профилактики. Именно поэтому следует проводить информационные мероприятия о гнойных инфекциях кисти, а именно об их этиологии, патогенезе и методах профилактики и лечения.

Список литературы.

1. Лачинов В.Н. Особенности оказания хирургической помощи больным с панарицием в условиях районных больниц, гарнизонных военных госпиталей // В.Н. Лачинов, В.В. Ивлев // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. - 2016. - Т. 11. - № 2. - С. 708-709.

2. Крумкачев В.В., Калешук Н.С., Шикалов Р.Ю. Повреждения ногтей, индуцированные процедурами ногтевого сервиса // Клиническая дерматология и венерология. - 2018. - №4. - С. 135-141.

3. Морозов А.М., Жуков С.В., Буланова Э.В., Шатохина Н.А. Основные принципы лечения местного воспалительного процесса // Тверской медицинский журнал. - 2020. - №2. - С. 37-44.

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Наматян Т.Б., Наматян А.Б., Яковленко Ю.Г., Торосян В.Х.

Ростовский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения, травмы являются одной из наиболее частых причин смерти среди молодого населения. При этом в структуре показателей травматизма среди взрослого населения травма позвоночника и спинного мозга составляет от 0,8 до 20–26,2 % в объеме всех травм опорно-двигательного аппарата, с частотой встречаемости 0,6 на 1000 человек [1].

Доля травмы позвоночника составляет 3—5% в структуре закрытой травмы и 5,5—17,8% среди повреждений опорно-двигательного аппарата. Число пациентов с острой позвоночно-спинномозговой травмой составляет 2—3% от всех больных, госпитализируемых в нейрохирургические отделения [2].

Согласно классификации повреждений позвоночника АО Spine (2013) выделяют 3 типа повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника: Тип А – компрессионные переломы - осевое компрессионное повреждение передней и средней опорных колонн при сохранении задней колонны (подтипы А0, А1, А2, А3, А4); Тип В – дистракционные (флексионно-дистракционные) переломы – линия перелома проходит через все опорные колонны (подтипы В1, В2, В3); Тип С – ротационные переломы – повреждение всех опорных колонн, приводящее к смещению позвонков [3]. По данным различных источников, неврологическая симптоматика возникает в 20-36% случаев переломов позвонков на уровне грудопоясничного перехода. В многоцентровом исследовании частота развития неврологического дефицита варьировала от 22% до 51%, в зависимости от типа перелома (22% при типе А, 28% при типе В и 51% при переломах типа С по классификации АО Spine) [4].

Представляем клинический случай пациента с позвоночно - спинномозговой травмой на поясничном уровне. Пациент А. 30 лет, поступил в нейрохирургическое отделение Клиники Ростовского государственного медицинского университета 05.06.2020 с жалобами на выраженную боль в поясничной области и в ногах, а также на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что получил травму 29.05.2020 при падении с высоты двух метров. В неврологическом статусе при поступлении: легкий нижний вялый парализ, болевой полирадикулярный синдром и гиперпатия в нижних конечностях.

При спиральной компьютерной томографии (СКТ) 29.05.2020 визуализирован оскольчатый перелом тела L1 позвонка со смещением, клиновидной деформацией и снижением высоты до 1/2, внедрением отломка в позвоночный канал на 10,8 мм. По данным магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника от 1.06.2020: МР-картина компрессионно-оскольчатого перелома тела L1 позвонка 2 ст., острый период, с формированием абсолютного сагиттального стеноза позвоночного канала и наличием очага миелопатии в структуре спинного мозга.

Поставлен диагноз: Закрытая позвоночно-спинномозговая травма. Осложненный нестабильный компрессионно-оскольчатый перелом L1 (тип A3 по AO spine). Ушиб спинного мозга на уровне L1. Легкий нижний вялый парапарез. Выраженный болевой полирадикулярный синдром в нижних конечностях. Выраженный болевой вертеброгенный синдром в поясничной области.

Принято решение о хирургическом лечении. Согласно классификации АО в данном случае оптимальным методом хирургического лечения является вентральная декомпрессия спинного мозга и стабилизация позвоночника. 08.06.2020 выполнена декомпрессивно-стабилизирующая операция на уровнях Th12-L2 из трансплеврального доступа; на место удаленного деформированного тела L1 позвонка установлен телескопический мэш.

В раннем послеоперационном периоде отмечается положительная клиническая динамика в виде регресса болевого синдрома, нарастания силы в нижних конечностях до 5 баллов. По данным СКТ от 09.06.2020 - состояние после декомпрессивно-стабилизирующей операции на уровне Th12-L1, корректное положение металлоконструкции. Послеоперационный период протекал без осложнений. 19.06.2020 больной был выписан в удовлетворительном состоянии с назначением лечебных и трудовых рекомендаций. Описан клинический случай пациента с травматическим осложненным переломом L1 позвонка. Данный вид хирургического вмешательства позволил избежать излишней хирургической травмы и получить полную декомпрессию вентральных структур спинного мозга с одномоментной стабилизацией позвоночника; а своевременное выполнение операции предупредило развитие стойких неврологических и ортопедических осложнений.

Список литературы.

1. Толкачев В.С. Эпидемиология травм позвоночника и спинного мозга / В.С. Толкачев, С.П. Бажанов, В.Ю. Ульянов, А.С. Федонников, В.Г. Нинель, Х. Салиху, И.А. Норкин // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – vol. 14. – № (3). – pp. 592 – 595.
2. Крылов В.В. Рекомендательный протокол лечения острой осложненной и неосложненной травмы позвоночника у взрослых (Ассоциация нейрохирургов РФ). Часть 1. / В.В. Крылов, А.А. Гринь, А.А. Луцик, В.Е. Парфенов, А.К. Дулаев, В.А. Мануковский, Н.А. Коновалов, О.А. Перльмуттер, Ш.М. Сафин, М.Н. Кравцов, В.И. Манащук, В.В. Рерих // Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко. – 2014. – vol. 78. – № (6). – pp. 60 – 67.
3. Schnake K.J. AOSpine Classification Systems (Subaxial, Thoracolumbar) / K.J. Schnake, G.D. Schroeder, A.R. Vaccaro, C. Oner // J Orthop Trauma. – 2017. – vol. 4. – sup. (31). – pp. 14 – 23.
4. Rajasekaran S. Management of thoracolumbar spine trauma: An overview / S. Rajasekaran, R.M. Kanna, A.P. Shetty // Indian J Orthop. – 2015. – vol. 49. – № (1). – pp. 72 – 82.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ

Недосеев С.С., Леготин А.П., Борзенков В.К.

Научно- исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний

Реконструктивные вмешательства на аорто- бедренном сегменте у пациентов с хронической ишемией артерий нижних конечностей- это основной метод предупреждения инвалидизации и смертности. Но случается так, что после проведенного оперативного

вмешательства могут развиваться такие осложнения как: окклюзия шунта, его инфицирование, а также формирование ложной аневризмы анастомозов. По данным Европейского общества сосудистых хирургов (2017) за период с 2005 по 2017 годы частота осложнений со стороны протеза после реконструктивных вмешательств снизилась почти в 2 раза, с 11,4% в 2005 году до 5,6% в 2017 году. Но предотвратить эти осложнения полностью не удастся, это требует проведения повторных операций. Осложнения, вероятнее всего, связаны с дальнейшим прогрессированием мультифокального атеросклероза, низкой приверженностью пациентов назначенному лечению. Несмотря на то, что профилактика и лечение данных осложнений активно разрабатывается, на сегодняшний день нет единого подхода в таких ситуациях.

Цель исследования – проанализировать причины отдаленных осложнений после реконструктивных вмешательств на аорто-бедренном сегменте.

Нами было ретроспективно проанализировано 88 истории болезни пациентов, которые повторно оперировались в отделении сосудистой хирургии Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева за период 2013-2019 годы. В исследуемой группе все пациенты были мужчины. Средний возраст колебался от 46 до 72 лет. Все больные из данной группы были прооперированы повторно в период от 5 месяцев до 6 лет после первичного вмешательства. У 70 пациентов (79,4%) проведены неоднократные повторные реконструкции. При поступлении в стационар все пациенты прошли стандартизированное обследование, которое включало в себя ультразвуковое исследование сосудов, рентгенконтрастное исследование, а также лабораторные исследования, которые включали оценку состояния системы гемостаза и липидный профиль. Как оказалось, лишь 13 пациентов (14,7%) придерживались назначенного лечения, вовремя принимали лекарственные препараты, а также своевременно проходили обследование. Основная причина повторного обращения в стационар – рецидив ишемии нижней конечности. Наиболее частым осложнением отдаленного послеоперационного периода стал тромбоз (56 пациентов – 63%), при чем, тромбоз одной ветви протеза выявлен у 52 пациентов, тромбоз всего протеза – у 4. Методы лечения данного осложнения различались в зависимости от клинической ситуации. Так, 11 пациентам (каждый пятый) была проведена тромбэкстракция из шунта, и кровоток был восстановлен. Остальным (80%) предстояло повторное бифуркационное аорто-бедренное шунтирование. На втором месте по частоте выявились ложные аневризмы (у 25 пациентов – 28,4%). Всем пациентам проведена резекция аневризмы с восстановлением кровотока. У 7 пациентов (7,9%) обнаружено инфицирование протеза. В зависимости от уровня распространения инфекции, общего состояния больного, наличия и тяжести сопутствующей патологии, принималось решение о проведении того или иного вида операции. Если инфекция не распространялась выше уровня паховой связки, применялись такие оперативные приемы: 2 пациентам выполнено атипичное шунтирование с удалением старого шунта, причем эксплантат проводился для анастомоза с артериями бедра через мышечную лакуну в 1 случае, через запирающее отверстие так же в 1 случае. Если инфицирование было тотальным (5 пациентов), то выполнялось повторное аорто-бедренное бифуркационное протезирование с лигированием брюшной аорты и экстракцией протеза.

Таким образом, наиболее частое осложнение в отдаленном периоде после реконструктивных вмешательств на аорто-бедренном сегменте является тромбоз протеза. В отдаленном периоде эти тромбозы свидетельствуют о прогрессировании атеросклероза в путях оттока и гиперплазии неоинтимы. Предупреждение реокклюзии может быть достигнуто путем адекватного послеоперационного мониторинга, использованием адекватной антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, а также приверженности пациента назначенному лечению (хороший комплайнс).

Список литературы.

1. Камалов И. И., Максимов А. В., Мингазетдинов М. А. Дигитальная субтракционная ангиографическая характеристика окклюзионных поражений аорто-бедренного сегмента с компенсаторным развитием коллатералей // ПМ. 2018. №5- С55-61.
2. Лазаренко В.А., Бобровская Е.А., Хруслов М.В. Изменения микроциркуляции у больных облитерирующим атеросклерозом после реконструкции аорто-бедренного артериального сегмента // БМИК. 2016. №8-С15-20.
3. Черета С.В., Тишко А.Г., Бальмухамедов Н.Т. Реконструкция аорто-бедренного сегмента из мини доступа // Клиническая медицина Казахстана. 2017. №3-С.58-65.

ДЕВИАЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЙ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЛОР-ОРГАНОВ

Пипченко Р.А., Оршанская В.О., Ничипурук Е.Д.

Гомельский государственный медицинский университет

Искривление перегородки носа (ИПН) – одно из наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов [3, 4]. Основным симптомом ИПН является нарушение носового дыхания – одностороннее или двустороннее. Затрудненное носовое дыхание провоцирует развитие симптомов гипоксии, что пагубно влияет на общее развитие растущего организма, приводит к возникновению головной боли, неврозов и т. д. [3 - 5]. Со стороны ЛОР-органов затрудненное носовое дыхание вызывает развитие синусита, тубоотита, отита и др. [1– 3].

Актуальность исследований, направленных на выявление причин развития деформации перегородки носа, обусловлена именно такой высокой распространенностью этой патологии и состояниями, возникающими на ее фоне [4, 5].

В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни УЗ «Гомельская областная клиническая больница», УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с 01.01.2020 – 01.11.2020 гг. Было выделено две группы исследования: первую группу составили пациенты возрастом до 18 лет, вторую – пациенты после 18 лет. В результате обработки данных необходимо было изучить влияние девиации носовой перегородки на формирование заболеваний со стороны других ЛОР-органов.

Статистическая обработка данных проведена в программах STATISTICA 6.0 и Microsoft Excel 2013. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. В первой группе сравнения числились пациенты ($n = 35$), средний возраст которых, составил $M = 14 (11;16)$ лет, из них девочки - 13 (37%) и мальчики — 22 (63%). Во второй группе ($n = 65$) — $M = 39(29;49)$ лет: женщины — 32(49,2%), мужчины — 33(50,8%). Количество пациентов, проживающих в сельской местности, находилось на уровне статистической тенденции и составило: 19 (51,3%) детей, в первой группе, и 23 (35,4%) взрослых – во второй ($p = 0,0678$). Также нами было изучено отрицательное влияние исследуемой патологии на формирование заболеваний других ЛОР-органов и риносептопластика, как основной метод вмешательства для коррекции девиации носовой перегородки. В результате анализа ретроспективных данных, о влиянии девиации носовой перегородки на заболевание со стороны других ЛОР-органов, были выделены такие патологии как: 1. вазомоторный и смешанный ринит — 7 (19,9%) детей и 24 (36,8%) у взрослых; 2.средний отит — 7 (19,9 %) детей, 3 (4,6%) у взрослых; 3.синусит — 9 (25,7%) детей, 14 (21,5%) — взрослые; 4.тонзиллит — 1 (2,8%) у детей, 3 (4,6%) — взрослые; 5.аденоидит — 6 (17,1%) детей и 1 (1,5%) у взрослых; 6.кисты пазух и носа — 1 (2,8%) детей, 3 (4,6%) у взрослых; 7.полипозный синусит у 4 (11,4%) детей и 11 (16,9%)

взрослых. В результате проведенного анализа развившихся осложнений со стороны ЛОР - органов, нами выявлено, что ринит, как осложнение, развивался чаще других осложнений на фоне девиации носовой перегородки и находится на уровне статистической тенденции: 24 (36,8%) у взрослых, и 7 (19,9%) у детей ($p=0,08$). Исходя из большого количества проведенных исследований и анализа литературных данных по вопросу о лечении девиации носовой перегородки, единственным эффективным способом лечения устранения искривления носовой перегородки является хирургический-риносеptoпластика. Данный метод позволяет в полной мере восстановить функцию носового дыхания и тем самым предотвратить развитие различных патологических процессов со стороны других органов и систем. Таким образом, в первой исследуемой группе коррекция девиации носовой перегородки риносеptoпластикой составила 8 (22,8%) детей и 65 (100%) взрослых - во второй группе. Детям хирургические вмешательства проводятся преимущественно в более старшем возрасте (после 15-16 лет), по мере формирования носовой перегородки. В более раннем возрасте проводится хирургическое вмешательство в исключительных случаях (при девиации носовой перегородки, сопровождающей выраженным нарушением функции дыхания, развившейся в результате травматического воздействия). Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил: детей: М — 14 (11;16) лет, взрослых: М — 39 (29;49) лет. Количество проживающих пациентов в сельской местности для двух групп составило: детей 19 (51,3%) и взрослых 23 (35,4%) ($p = 0,0678$), что находилось на уровне статистической тенденции. Следует отметить, что показатель осложнения при девиации носовой перегородки ринитом, выше остальных заболеваний и находится на уровне статистической тенденции: у взрослых — у 24 (36,8%) и у детей — у 7 (19,9%) ($p=0,08$). Основным методом лечения девиации носовой перегородки является хирургический - риносеptoпластика. Детям хирургическое лечение проводится преимущественно в возрасте старше 15-16 лет, ввиду отсутствия полного ее формирования.

Таким образом, девиация носовой перегородки требует своевременного хирургического вмешательства, с целью восстановления функции носового дыхания, что способствует улучшению качества жизни пациента, а также предупреждает развитие ряда заболеваний со стороны других ЛОР-органов.

Список литературы.

1. Богородицкая, А.В. Состояние полости носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / А.В. Богородицкая, М.Е. Сарафанова, Е.Ю. Радциг, А.Г. Притыко // Вестник оториноларингологии. — 2015. — №6. — С. 19 – 21.
2. Вахрушев, С.Г. Хирургическое лечение расщелин неба с одномоментным восстановлением носового дыхания / С.Г. Вахрушев, А.А. Радкевич, В.А. Иванов // Журнал Российская ринология — 2010. — №3. — С. 55 – 56.
3. Полунина, Т.А. Септопластика у детей / Т.А. Полунина // Педиатрическая фармакология : Актуальные проблемы заболеваний ЛОР-органов. – Москва, 2011. — Ч. 8(5). — С. 46 – 48.
4. Юнусов, А. С. Переломы скелета носа в детском возрасте / Н. А. Дайхес, С. В. Рыбалкин. — Москва : Вест-Консалтинг, 2012. — 143 с.
5. Юнусов, А.С. Риносеptoпластика в детском и подростковом возрасте / М.Р. Богомильский. — Москва : Гамма, 2011. — 144с.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Пичугова А. Н., Чайкин Н. П., Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет

В настоящее время большое значение придается такому явлению, как послеоперационный болевой синдром (ПБС), выступающий в роли индуктора развития хирургического стресс-ответа – совокупности нейроэндокринных, воспалительных и метаболических процессов, пусковым механизмом для которых является хирургическая травма и боль. Вышеперечисленные реакции неизбежно ведут к нарушению нормальной деятельности жизненно важных органов и систем организма, а также могут стать причиной развития хронического болевого синдрома. В свою очередь, механизмом предупреждения развития данных состояний будет являться адекватное проведение анестезиологического пособия [1].

В настоящее время в хирургической практике все большую распространенность приобретает регионарная анестезия, что связано с рядом преимуществ данного вида обезболивания перед наркозом, а именно: уменьшение послеоперационного болевого синдрома, снижение нейрогуморального ответа организма на анестетик, улучшение микроциркуляции в области хирургического вмешательства. Тем не менее, необходимо отметить наличие и отрицательных моментов, часть из которых может привести к серьезным последствиям. Развитие этих осложнений может зависеть не только от выбранного обезболивающего препарата, объема хирургического вмешательства и общего состояния пациента, в том числе и от его возрастных особенностей, но и от действий самого врача-анестезиолога или врача-хирурга.

Таким образом, наибольшее влияние на частоту развития осложнений анестезии в послеоперационном периоде оказывают технические ошибки, возникающие в ходе выполнения манипуляции [4]. При этом, развитие осложнений в послеоперационном периоде может повлечь за собой увеличение продолжительности пребывания пациента в хирургическом стационаре, снижение качества и эффективности оказываемой помощи. Борьба с болью, страхом и стрессом является актуальной и в области стоматологии. На данный момент данная сфера медицинской практики занимает первое место по психонегативному восприятию лечения. При этом, большинство стоматологических манипуляций проводится под анестезией с сохранением сознания больного. Однако, это неизбежно ведет к повышению уровня стресса, что препятствует адекватному купированию болевого синдрома во время проведения операции [2,5].

Таким образом, становится очевидно, что метод регионарной анестезии, обладающий рядом отрицательных моментов, тем не менее приобретает всю большую распространенность среди врачей различного хирургического профиля, что связано с гораздо меньшим риском развития осложнений в послеоперационном периоде, чем при проведении общей анестезии. Однако, по мере увеличения частоты применения метода регионарной анестезии, изучение возможных послеоперационных осложнений, а также факторов, влияющих на частоту их развития, является необходимым условием для оказания безопасной и эффективной помощи пациенту.

Проведён анализ данных, полученных из опроса, проведенного на платформе Google Forms. В опросе участвовали пациенты учреждений здравоохранения Тверской области. Опрос проводился в течение 2019 - 2020 годов, в котором приняло участие 226 человек, среди них 156 представителей женского пола и 68 мужского. По результатам проведенного анкетирования были выделены следующие возрастные категории: до 18 лет – 27 человек, от 18 до 35 – 172 человека, от 35 до 50 лет – 17 человек, от 50 до 70 лет – 7, от 70 лет и старше – 3 человека. Исследование было разделено на два блока: анализ осложнений и специфики проведения регионарной анестезии на приеме у стоматолога;

анализ осложнений и специфики проведения спинальной анестезии у хирурга. Сумма опрошенных по первому и второму блоку превышает реальное количество опрошенных по причине попадания ряда пациентов в обе выборки.

В ходе исследования по каждому из блоков анкеты предлагались следующие вопросы: «Через сколько минут после введения анестетика стоматолог (или хирург) приступил к выполнению манипуляции?»; «Как долго действовала анестезия после окончания манипуляций?». Также опрашиваемым был предложен перечень послеоперационных осложнений с возможностью выбора ответа. Для ответа на первый вопрос опрашиваемым были предложены временные промежутки: 2 – 4 минуты; 5 – 8 минут; 10 - 15 минут или более 15 минут. На второй вопрос были возможны следующие варианты ответа: «около 30 минут»; «около 1 часа»; «около 2 часов»; «более 4 часов». В связи с подразделением данного опроса на два блока, анализ полученных результатов осуществлялся как внутри каждого блока, так и между двумя блоками. В первом блоке анкеты, среди всех опрошенных, были проанализированы ответы 212 человек. Согласно этим ответам проведение манипуляций после введения местного анестетика начиналось через: 2 – 4 минуты у 47 человек (22,2%), 5 – 8 минут у 108 человек (50,9%), от 10 до 15 минут у 45 человек (21,2%), более 15 минут у 12 человек (5,7%). При этом, длительность действия анестетика после окончания манипуляций имела следующие значения: около 30 минут у 26 человек (12,3%); около 1 часа у 58 человек (27,4%); около 2 часов у 108 человек (50,9%); более 4 часов у 20 человек (9,4%). При этом, развитие послеоперационных осложнений отмечалось в 62,3% случаев. В ходе анализа, полученных результатов, была проанализирована взаимосвязь между частотой развития послеоперационных осложнений и временным промежутком, через который врач приступил к выполнению операции. Таким образом была выявлена обратно пропорциональная зависимость выше названных параметров, что означает, что наибольшая частота послеоперационных осложнений наблюдалась у пациентов с относительно ранним началом хирургического вмешательства. Так, при временном интервале равном 5-8 минутам частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 50,76%. При увеличении выше названных временных рамок, как минимум до 10 минут, отмечалось снижение частоты больше, чем в два раза. При этом, анализ отдельных осложнений показал, что при временном промежутке в 2 – 4 минуты такие осложнения как головокружение или боль во время проведения операции наблюдались в 19% случаев, а потеря сознания в 8,5%. В то время, как при увеличении временного промежутка до 10 - 15 минут, значение частоты развития этих послеоперационных осложнений снижается в два раза, а симптом в виде потери сознания выявляется только в 2,2% случаев. Важным моментом является частота возникновения таких осложнений как головокружение (15,45%), кардиалгия и тахикардия (4,56%). Развитие выше названных осложнений может быть обусловлено возникновением болевого синдрома в ходе проведения оперативного вмешательства, которое наблюдалось в 15% случаев из всех временных промежутков. При этом, ранее уже было отмечено, что частота возникновения боли при временном промежутке в 2-4 минуты выше, чем при 10-15 минутах, в 2 раза. Данная закономерность может быть обусловлена возникновением неполного болевого блока. Соответственно, болевые ощущения в ходе проведения оперативного вмешательства становятся причиной возникновения страха и активации симпатoadреналовой системы с последующим развитием тахикардии. Развитие же на этом фоне кардиалгии наиболее характерно для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе [1]. В ходе статистического анализа результатов второго блока исследования были проанализированы ответы 107 человек. Результаты по первому вопросу, характеризующему длительность временного промежутка с момента введения местного анестетика до начала хирургического вмешательства, следующие: «2 – 4 минуты» ответил 21 человек (19,6%), «5 – 8 минут» – 39 человек (36,4%), «от 10 до 15

минут» – 35 человек (32,7%), «более 15 мин» – 12 человек (11,2%). Итого, из 107 человек, проходивших операцию под действием спинальной анестезии, осложнения отметили 58 пациентов, что составляет 54,2% случаев. По аналогии с первым блоком оценивалась частота развития послеоперационных осложнений в зависимости от временного промежутка между инъекцией местного анестетика и началом оперативного вмешательства. При этом были получены следующие величины: после 2 – 4 минут осложнения возникли в 71% случаев; после 5 – 8 минут - в 46% случаев; от 10 до 15 минут — в 54% и при более чем 15 минутах - в 50% случаев. В данном блоке также наблюдается тенденция к снижению частоты развития осложнений в послеоперационном периоде при увеличении выше названного временного промежутка. При этом важно отметить, что наибольшее снижение частоты наблюдается при увеличении интервала до 5-8 минут. В то время как частота развития осложнений в промежутке с 5 до 15 минут и более колеблется в относительно небольшом диапазоне. В основном характер динамики именно этого параметра отличает результаты исследования по первому блоку от второго. Головные боли, тошнота и рвота, возникающие в результате прокола твёрдой мозговой оболочки, являются стандартным проявлением постпункционного синдрома. Боли в мышцах и мышечные спазмы обуславливаются возникновением полной нервной блокады при спинальной анестезии [3]. Возникновение кардиалгии и тахикардии обусловлено развитием гемодинамических реакций в ответ на блокаду. Эти симптомы представляют общую картину возможных осложнений послеоперационного периода, возникающих после проведения регионарной анестезии вне зависимости от рассмотренного в данной статье временного интервала, поэтому при каждом временном параметре они имеют приблизительно средние значения и более детального рассмотрения не требуют. Относительно параметра времени, характеризующего длительность действия местного анестетика в послеоперационном периоде, получили следующие данные: действие около 30 минут наблюдалось в 16,8% случаев; около часа – в 32,7% случаев; около 2-х часов – в 25,2% случаев; более 4-х часов – в 25,2% случаев. При анализе была выявлена зависимость между длительностью действия анестетика в послеоперационном периоде и частотой развития кожного зуда у пациентов. Для наглядности были взяты соседние временные параметры с наибольшим диапазоном: около 2-х и более 4-х часов. При этом в первом случае кожный зуд был выявлен в 3,7% случаев, а во втором - в 18,5%. Предположительно, это можно объяснить высокой токсичностью применяемых анестетиков, необходимых для более длительного обезболивания, таких как бупивакаин и этидокаин [4]. На основе проведенного исследования была выявлена зависимость частоты развития осложнений в послеоперационном периоде от длительности временного интервала с момента введения местного анестетика до начала оперативного вмешательства. При этом общим результатом исследования как для регионарной анестезии у врача стоматологического профиля, так и для спинальной анестезии стало снижение частоты развития послеоперационных осложнений при увеличении вышеназванного интервала. В то же время несколько большая динамика снижения частоты наблюдается в случае с регионарной анестезией, применяемой стоматологами, где, по мере увеличения временного промежутка, снижается и частота развития осложнений. В данной ситуации полученные при опросе результаты могли быть итогом несоблюдения оптимальных временных рамок, скорого начала действий стоматологом, что обусловлено малым количеством времени, отведенного на 1 пациента и общим количеством приемов за один рабочий день. Результаты, полученные при исследовании частоты развития осложнений спинальной анестезии в послеоперационном периоде, характеризуют снижение частоты при увеличении временного интервала до 5-8 минут, после чего значимых колебаний показателей не наблюдается.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой значимости грамотного подбора временных рамок для проведения хирургического вмешательства в

сфере стоматологической практики, в то время как для хирургических операций данный параметр имеет меньшее значение, но, тем не менее, его тоже необходимо учитывать.

Список литературы.

1. Мурашова Н.А., Любошевский П.А., Ларионов С.В., Ганерт А.Н. Оценка состояния вегетативной нервной системы у пациентов с травмой дистального отдела нижней конечности в периоперационном периоде в зависимости от вида анестезии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2015. №3.
2. Ситников Е. В. Опыт применения аквакинетического метода для лечения периимплантита // Проблемы стоматологии. 2012. №4. С. 30 – 32.
3. Фесенко В.С. Постпункционная головная боль: профилактика. Медицина неотложных состояний, 2015 С. 29 – 34.
4. Царев А. П., Тарасов А. Н., Куренков Е. Л., Недзвецкий С. В. Возможные осложнения регионарной анестезии при блокаде плечевого сплетения // Человек. Спорт. Медицина. 2012. №28.
5. Чучула Н. В., Чучула Е. Н. Местная анестезия у стоматологических пациентов группы риска // Вестник ХНУ им. В.Н. Каразина. Серия Медицина. 2012. №24 (1024). С.99 – 104.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСТАТИКА «ГЕМОГУБКА» ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

На сегодняшний день, несмотря на огромное многообразие предложенных гемостатических пособий средств, не существует единой точки зрения, касательно метода выбора для остановки паренхиматозного кровотечения, в том числе из ложа желчного пузыря [1, 2, 3]. Кровотечение и желчеистечение из ложа желчного пузыря, приводящие к увеличению времени операции, конверсиям, удлинению послеоперационного периода, повторным операциям отмечаются у 0,2-14% оперированных больных, и в 3,4% наблюдений приводят к смерти больного [2, 3]. Неправильно или недостаточно обработанное ложе желчного пузыря может стать источником кровотечения и желчеистечения как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Необходимость решения перечисленных проблем обусловлена достаточно большим удельным весом ЖКБ в структуре заболеваемости населения, высоким процентом осложнений, связанных с обработкой ложа желчного пузыря, при хирургическом лечении желчнокаменной болезни [4, 5, 6]. Таким образом, проблема эффективной интраоперационной остановки кровотечения из ложа желчного пузыря при традиционной холецистэктомии является весьма актуальной, и в этой связи новый отечественный местный гемостатик «Гемогубка» представляет значительный интерес.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения нового отечественного местного гемостатика «Гемогубка» коллагеновая для профилактики кровотечений из ложа желчного пузыря при традиционной холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом. В исследования были включены 88 пациентов, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита. Наибольшее количество больных в основной группе и в контрольной группе наблюдалось от 41 до 60 лет 19 (46,5 %). Средний возраст больных в основной и контрольной группе составил 48,88±14,57 лет. В зависимости от метода гемостаза кровотечения в ложе желчного пузыря все наблюдаемые пациенты были разделены на две группы. В основной группе после

холецистэктомии с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован новый отечественный препарат «Гемогубка». В контрольной группе после холецистэктомии гемостаз осуществляли электрокоагуляцией ложа желчного пузыря монополярным электродом, т.е. использовался высокочастотная электроэнергия. Результаты нашего исследования подвергнуты статистической обработке с помощью программы (Microsoft Excel). Использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (М), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p). Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (p). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

В основной группе средняя продолжительность гемостаза при кровотечениях из ложа пузыря составила $2,3 \pm 1,3$ мин что почти в два раза отличалось от времени контрольной – $4,2 \pm 1,5$ мин. ($p < 0,05$). Соизмеримо изменялась также и общая продолжительность оперативного вмешательства, составившая в исследуемых группах: в основной $76,16 \pm 22,14$ минут, и в контрольной $92,22 \pm 30,79$ минут ($p < 0,05$) соответственно, причем после операции койко-дней составили соответственно $3,5 \pm 0,78$ дней и $5,3 \pm 0,56$ дней соответственно. У 7 больных контрольной группы для гемостаза был использован марлевой тампон дренажная трубка не удалялась до 6-7 суток до удаления тампона. Тампон обычно удаляли на 5-6 сутки. При этом дренажная трубка удалялась через 1-2 суток после удаления тампона, при этом обязательным было ультразвуковое исследование подпеченочного пространства на наличие выпота. Раневой канал тампона санировались антисептиком и мазью левомеколь. В группе пациентов с тампонированием ложа желчного пузыря средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составил $8,3 \pm 4,2$ дней. В контрольной группе у 1 (2,2%) пациентки с острым холециститом и выраженной сопутствующей патологией, оперированной в срочном порядке продолжительность лечения составила 16 дней в связи с длительным желчеистечением по дренажу из подпеченочного пространства, которое прекратилось на 9 сутки, дренаж удален на 11 сутки, выписана на 16 сутки. При этом продолжительность кровотечения у данной пациентки составил 5 суток. На 5 сутки в отделяемом из дренажа эритроциты не были обнаружены. Для обоснования качества локального гемостаза «Гемогубки» нами исследовалась длительность дренирования подпечёночного пространства, что являлось обязательным этапом оперативного вмешательства. Длительность нахождения дренажных трубок в брюшной полости в основной группе составила $1,49 \pm 0,88$ сут., и $4,24 \pm 1,38$ сут. в группе контроля ($p < 0,05$). У 32 (75%) пациентов основной группы дренаж из подпеченочного пространства удаляли на 1-2 сутки после операции.

1. Гемостатическое средство отечественного производства «Гемогубка» коллагеновая является достаточно эффективным местным гемостатиком, при этом гемостатический эффект не зависит от способа доставки препарата на кровоточащую поверхность ложа желчного пузыря после открытой холецистэктомии. Эффективное гемостатическое действие проявилось в 91,7% случаях. 2. Гемогубка – вызывает быстрый гемостаз: от $2,09 \pm 0,2$ до $2,53 \pm 0,15$ мин. Гемогубку можно рекомендовать в клиническую практику при открытой холецистэктомии как средство для борьбы и профилактики кровотечений из ложа желчного пузыря. 3. Полученные нами результаты свидетельствуют о перспективности применения отечественного гемостатического препарата «Гемогубка» в экстренной хирургии желчных путей. Использование данной биоконпозиции позволит расширить арсенал как гемостатических средств хирурга, так и снизить частоту развития локальных воспалительных осложнений зоны оперативного вмешательства.

Список литературы.

1. Гаин ЮМ, Александрова ОС, Гапанович ВН. Современные методы местного гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов живота. // Новости Хирургии. - 2009. - № 17(4) - № 160-71.
2. Рахимов О.У., Турсуметов А.А., Жамалов Ж.Б. Внутривнутрибрюшные кровотечения после различных вариантов холецистэктомии. // Евразийский вестник педиатрии. – 2019. - № 3 (3). С. 224-229.
3. Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б. Хирургическое лечение внутривнутрибрюшных кровотечений после холецистэктомии инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. Материалы V Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов. – Рязань, 2019, -с. 69-70
4. Степанов Ю.А., Атоян Г.Н., Павлов О.В., Сулима С.К. Новые возможности гемостаза в лапароскопической хирургии желчно-каменной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2010. - №3. -С.116.
5. Степанов Ю.А. Выбор гемостаза при видеолaparоскопическом лечении острого холецистита//Автореф. дисс...канд., Ростов на Дону. -2011.-С.24.
6. Хаджибаев А. М. Диагностика и лечение интраоперационных повреждений желчных протоков при лапароскопической и традиционной холецистэктомии: научное издание/ А. М. Хаджибаев, Б. К. Алтыев, Ш. К. Атаджанов, М. А. Хошимов //Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2011. - №3. - С. 17-18

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Рыжова Т. С., Мелехова Е.В., Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет

Одной из центральных проблем хирургической практики, а в частности травматологии, на протяжении многих веков является проблема повреждений костного и связочного аппарата. Повреждения костного аппарата чаще всего представлены переломами костей различных локализации, сложности и видов, которые представляют собой полное или частичное нарушение целостности костной ткани, связанное с воздействием механической силы, превышающей пределы ее прочности. При этом переломы сопровождаются нарушением функции кости, а также характерными клиническими признаками, которые можно разделить на абсолютные и относительные. К первым относят патологическую подвижность, костную крепитацию и характерную деформацию конечности, а при открытых переломах наличие костных отломков в ране. К недостоверным или относительным признакам относят боль, отек, кровоизлияние и некоторые другие признаки, встречающиеся и при других видах травм. Переломы костей верхних и нижних конечностей могут возникать как вследствие травм, то есть травматические переломы, так и в результате различных заболеваний, сопровождающихся патологическими изменениями структуры костной ткани. Нарушения структуры костного матрикса могут быть связаны с эндокринными или обменными нарушениями, например, такими как сахарный диабет, гипокальциемия, а также с наличием предшествующих заболеваний, таких как остеопороз, остеомиелит или с опухолевыми образованиями [5]. Такие переломы формируют особую категорию патологических переломов, возникающих под воздействием незначительной травмирующей силы или даже физиологических нагрузок. В современном мире проблема высокой частоты встречаемости переломов не только остается нерешенной, но и приобретает все большее значение. Так, по статистике среди всех больных, обращающихся с травмами в стационары, поликлиники или

травматологические пункты, переломы костей различных локализаций выявляются почти у каждого третьего (33%), а частота переломов костей верхних и нижних конечностей среди них составляет 65-70% [1]. В связи с этим актуальным вопросом современной хирургической практики остается разработка усовершенствованных методов лечения переломов костей конечностей. Классическим методом лечения неосложненных закрытых переломов является метод наружной иммобилизации при помощи гипсовой повязкой, где сроки иммобилизации конечности определяются локализацией перелома. Однако, при некоторых типах переломов, например, таких как косые переломы бедра, плеча, костей голени, существует риск вторичного смещения отломков или же отсутствует возможность произвести эффективную ручную. В таких ситуациях прибегают к экстензионному методу лечения - скелетному вытяжению, целью которого является постепенное вправление отломков с помощью грузов и удержание их в правильном положении до образования первичной костной мозоли. Консервативные способы лечения не всегда могут обеспечить устранение смещения костных фрагментов, поэтому в современной медицинской практике имеется широкий арсенал хирургических методов и средств лечения переломов различной этиологии, локализации и видов. Наибольшее распространение получил метод остеосинтеза, который сводится к обеспечению прочной фиксации сопоставленных фрагментов кости до полного их сращения при помощи специализированных имплантов, которые могут быть представлены различными штифтами, винтами, пластинами, спицами и проволокой. В зависимости от методики оперативного вмешательства и способа фиксации костных отломков различают интрамедулярный, экстрамедулярный и малоинвазивный остеосинтез [3]. Местная терапия является ключевой в лечении переломов различной локализации и сложности. Однако, согласно современным представлениям подход к лечению переломов должен быть комплексным, что достигается использованием фармакологических препаратов, стимулирующих остеогенез и укрепляющих костную ткань. Наибольшее распространение получили средства на основе гликозаминогликанов, таких как хондроитин-сульфат или гиалуронан, а также препараты кальция. Действующие вещества данных лекарственных препаратов являются важными многофункциональными компонентами внеклеточного матрикса кости и способствуют повышению качества новообразованной костной ткани, регулируют ее минеральную плотность, насыщают необходимыми для регенерации веществами [2,6]. Кроме того, не мало важную роль в комплексном лечении переломов играет симптоматическое лечение с использованием противовоспалительных и обезболивающих препаратов, облегчающих страдания пациента. Выбранная тактика лечения, сроки оперативного вмешательства, а также индивидуальная реактивность организма больного во многом определяют эффективность лечения переломов и вероятность развития осложнений терапии. Так, в большинстве случаев причинами развития осложнений являются многократные попытки закрытой репозиции переломов, нестабильный остеосинтез или нерациональное расположение имплантатов, длительная иммобилизация в гипсовой повязки, необоснованная травматизация мягких тканей и недостаточное соблюдение правил асептики, антисептики во время операции. При этом, осложнения терапии переломов можно разделить в зависимости от времени их развития на ранние и поздние. К первой группе относят такие осложнения как сдавление мягких тканей гипсовой повязкой, рецидив смещения, миграция или перелом металлофиксатора, нагноение мягких тканей, гнойный артрит. К поздним же осложнениям относят нарушение консолидации перелома, то есть замедленное сращения, несращение перелома или образование ложного сустава, а также мышечную контрактуру, деформирующий артрит, параартикулярные оссификаты, остеомиелит, невропатии и некоторые другие [4, 7].

Для опроса населения и сбора статистических данных было использовано массовое сплошное анкетирование. Разработанная анкета «Оценка частота переломов костей нижних и верхних конечностей среди мужчин и женщин разных возрастных групп:

лечение и осложнения» включает 14 вопросов и предполагает полную анонимность и конфиденциальность. Анкета-опросник проводилась в онлайн режиме. Полученные данные были статистически обработаны. В опросе приняли участие 591 человек, из которых 269 или 45,5% - женщин и 322 или 54,5% мужчин. Из них 18 человек (3%) младше 18 лет, 162 (27,4%) в возрасте от 18 лет до 21 года, 108 (18,3%) в возрасте от 22 до 35 лет, 248 (42%) в возрастном диапазоне от 36 до 55 лет и 55 человек или 9,3% опрошенных в возрасте 56 лет и старше. В результате статистической обработки полученных данных было выявлено, что половина респондентов (50,9%) не имели переломов костей верхних или нижних конечностей, соответственно 49,1% или 290 опрошенных имели, из которых 176 человек или 29,8% ломали кости конечностей один раз, 11% или 65 человек два раза и только 8,3% опрошенных имели три и более переломов костей конечностей. При этом, согласно полученным данным, чаще всего люди ломают кости кисти, включая кости запястья, кости пясти и кости пальцев, что соответствует 50,2%. Высокая частота встречаемости переломов костей кисти вероятно связана с частыми падениями с опорой на согнутую кисть или же ударами о твердый предмет. Второе место по встречаемости среди опрошенных занимают переломы костей стопы, которые составляют 34,8% и включают переломы костей предплюсны, плюсны и пальцев. 27% переломов приходится на кости предплечья, а именно лучевую и локтевую кости и 15,4% на кости голени, включая малоберцовую и большеберцовую кость. Гораздо реже, а именно в 8,1% случаях встречаются переломы плечевой кости и только у 3,5% опрошенных была тяжелая травма в виде перелома бедренной кости, которая в абсолютном большинстве требует хирургического лечения и характеризуется длительным реабилитационным периодом. При этом, у 91% опрошенных были закрытые переломы, которые не сопровождаются повреждением кожных покровов над областью перелома и в большинстве случаев лечатся консервативно. Однако, у 4,9% респондентов были осложненные открытые переломы, требующие оперативного вмешательства и антибиотикопрофилактики. Не мало важным фактом является возраст, в котором был перенесен перелом костей верхних или нижних конечностей. Анализ полученных данных показал, что большая часть переломов приходится на возраст младше 18 лет и составляет 59,3%, что вероятно связано с активным образом жизни детей и подростков, а также анатомо-физиологическими особенностями растущего организма, которые заключаются в большей эластичности и меньшей прочности костной системы детей по сравнению с сформировавшейся костной тканью взрослого организма. Значительно меньше переломов, а именно 15,9%, приходится на возраст в диапазоне от 18 лет до 21 года, при этом практически на 10% чаще, то есть в 25,5% случаев переломы костей конечностей встречаются в возрасте от 22 до 35 лет. В возрасте от 36 до 55 лет частота переломов снижается и составляет 20,7% и только 1,4 % приходится на переломы в возрасте 56 лет и старше. Переломы в таком возрасте чаще всего связаны с иволютивными процессами в опорно-двигательном аппарате, сопровождающимися хрупкостью и ломкостью костей, потерей эластичности хрящей, а также с наличием хронических заболеваний, которые приводят к нарушению структуры костной ткани. В связи с этим мы не могли оставить без внимания вопрос о наличии у респондентов хронических заболеваний костей или суставов, которые могли стать основой патологического перелома. Однако, абсолютное большинство опрошенных (87%) не имеют соответствующих заболеваний. Кроме того, необходимо учитывать, что частые переломы могут быть связаны с нерациональным питанием, характеризующимся несбалансированным потреблением основных нутриентов, таких как белки, жиры и углеводы, а также витамины и минеральные вещества, необходимые для образования костной ткани. Поэтому в анкету был включен вопрос, позволяющий получить информацию о характере питания респондентов в период возникновения переломов костей конечностей.

Анализ полученных результатов показал, что 62,6% опрошенных придерживались рационального питания, 36,7% имели несбалансированное питание и только 2 человека из 290 опрошенных (0,7%) воздерживались от употребления животных белков и жиров, то есть придерживались вегетарианского питания. Переломы костей в абсолютном большинстве требуют адекватной терапии, которая в зависимости от типа перелома может осуществляться как консервативным путем, так и путем оперативного вмешательства. Анализ статистических данных показал, что в 92,9% случаях при переломе костей поврежденные конечности подвергались иммобилизации путем наложения гипсовой повязки, что подтверждает тот факт, что классическим способом лечения переломов является гипсовая иммобилизация, которая может быть применена как самостоятельный терапевтический метод или после оперативного вмешательства. При несостоятельности ручной репозиции костных отломков или при высоком риске их смещения эффективным методом лечения переломов костей верхних и нижних конечностей является скелетное вытяжение, которое среди опрошенных встречалось в 9,5% случаев. Однако, при тяжелых, открытых или осложнённых переломах требуется оперативное вмешательство, которое состоялось у 16,3% опрошенных и в большинстве случаев осуществляется с помощью метода остеосинтеза. Как было сказано выше, согласно современным стандартам подход к лечению переломов должен быть комплексным и включать применение лекарственных препаратов, влияющих на течение остеогенеза и состояние новообразованной костной ткани, а также симптоматическое лечение и, в некоторых случаях, в частности при открытых переломах, антибактериальные препараты с целью профилактики присоединения инфекционного процесса в области перелома. Данный факт был учтен при создании анкеты-опросника путем добавления вопроса, позволяющего получить информацию о применении респондентами дополнительно к основному местному лечению каких-либо лекарственных препаратов. Более половины опрошенных (58,3%) ответили, что не применяли дополнительных фармакологических препаратов. Однако, в 26,2% случаев респонденты использовали средства, оказывающие влияние на течение остеогенеза и состояние костной ткани, среди них 21,6% опрошенных применяли кальцийсодержащие препараты и только 13 человек или 4,6% препараты на основе гликозаминогликана хондроитина. Наибольшее распространение получила симптоматическая терапия, которая применялась в 44,8% случаев. Препараты данной группы представлены обезболивающими и противовоспалительными лекарственными средствами, на долю которых пришлось 30,7% и 14,1% соответственно. Меньший интерес наблюдается к антибактериальным препаратам, которые были применены только у 6,7% опрошенных, что вероятно связано с низкой частотой среди респондентов открытых и осложненных переломов, требующих хирургического вмешательства, а также с принципами рациональной антибактериальной терапии и ограниченным назначением препаратов данной группы. Не мало важным показателем эффективной терапии переломов различной этиологии и локализации является временной интервал, за который происходит сращение костного дефекта. Анализ полученных данных показал, что у 44,1% опрошенных перелом срастался в течение 2-3 недель, у 33,1% в течение 4-5 недель, у 13,8% в диапазоне от 6 до 8 недель и только в 9,3% случаев сращение перелома продолжалось более двух месяцев. Однако, необходимо учитывать, что сроки сращения перелома зависят от множества факторов, среди которых наибольшее значение играют локализация перелома, наличие или отсутствие осложнений, индивидуальная реактивность организма больного, характер его питания и многие другие. В связи с этим интерпретация полученных данных затруднена и требует дополнительных исследований. Кроме того, неверно выбранная тактика лечения или несоблюдение врачебных назначений могут стать причиной развития осложнений при терапии перелома, которые замедляют процесс сращения костного дефекта и увеличивают сроки реабилитации пациента. Большая часть респондентов, а именно 69,7% опрошенных, не имели осложнений при

лечении перелома костей конечностей и 24,1% не помнит или не знает о перенесенных осложнениях. Однако, у 1,3% опрошенных наблюдалось такое раннее осложнение хирургического лечения перелома, как миграция или перелом металлоконструкции. Несколько чаще, а именно в 8,2% случаев, наблюдались поздние осложнения, связанные с нарушением консолидации перелома, к которым относят замедленное сращение или несращение перелома, наблюдавшееся у 7,2% опрошенных, и образование ложного сустава, встретившиеся только у 1%. Наиболее редким осложнением среди всех респондентов оказалось такое грозное позднее осложнение как развитие остеомиелита, которое наблюдалось менее чем у одного процента (0,3%) опрошенных. Проблема высокой встречаемости переломов на протяжении многих веков является одной из центральных в хирургической практике. Анализ полученных в ходе анкетирования результатов показал, что переломы костей верхних и нижних конечностей широко распространены как среди мужчин, так и среди женщин. При этом значительное большинство переломов приходится на возраст младше 18 лет. А наиболее частая локализацией переломов соответствует костям кисти, включая кости запястья, пясти и пальцев, и значительно реже таким крупным костям, как плечевая и бедренная. Из широкого арсенала методов и средств лечения переломов конечностей наибольшее распространение получил классический способ, связанный с иммобилизацией пораженной конечности путем наложения гипсовой повязки.

Кроме того, полученные данные подтверждают комплексный подход к лечению переломов: активно используются препараты симптоматической терапии, реже применяются препараты, оказывающие влияние на течение остеогенеза и состояние новообразованной костной ткани и антибактериальные средства. Анализ частоты встречаемости осложнений при лечении переломов костей верхних и нижних конечностей показал, что среди всех респондентов осложнения наблюдались менее чем в 10% случаев, что говорит о низкой частоте их встречаемости. Однако, можно выделить наиболее частые осложнения, связанные с нарушением консолидации перелома, и наименее распространённое осложнение, представленное остеомиелитом.

Список литературы.

1. Айвазян, В. П. Некоторые особенности лечения множественных диафизарных переломов длинных трубчатых костей нижних конечностей / В. П. Айвазян, Г. А. Тумян, В. Э. Оганян. - Текст : непосредственный // Мед. вестн. Эрбуни. - 2010. - № 3 (43). - С. 35-39.

2. Волошин, В. П. Исследование эффективности действия препарата Хондрогард (хондроитина сульфат) у пациентов с остеоартрозом / В. П. Волошин, А. В. Еремин, С. А. Санкаранараянан, М. Ю. Тукаев, И. В. Садовый, П. С. Бардюгов, С. А. Темесов. - Текст : электронный // Трудный пациент. - 2015. - № 3. - С. 29-32. <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-effektivnosti-deystviya-preparata-hondrogard-hondroitina-sulfat-u-patsientov-s-osteoartrozom> (дата обращения: 08.10.2020). - Режим доступа: Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА».

3. Долгов, Д. С. Обзор современных методик остеосинтеза / Д. С. Долгов. - Текст : электронный // БМИК. - 2016. - №5. - С. 1047. <https://cyberleninka.ru/article/n/obzor-sovremennyh-metodik-osteosinteza> (дата обращения: 08.10.2020). - Режим доступа: Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА».

4. Морозов А.М., Кадыков В.А., Любский И.В., Аскеров Э.М., Пахомов М.А., Городничев К.И., Пельтихина О.В., Хорак К.И. биопротезирование. История и современность // Современные проблемы науки и образования. - 2019. - № 4.;URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28969> (дата обращения: 20.12.2019).

5. Проценко, В. В. Результаты остеосинтеза патологических переломов длинных костей при метастатических опухолях / В. В. Проценко, А. В. Ильницкий, В. С. Черный. - Текст : электронный // Травма. - 2016. - №2. - С. 64-68.

<https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-osteosinteza-patologicheskikh-perelomov-dlinnyh-kostey-pri-metastaticheskikh-opuholyah> (дата обращения: 08.10.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА».

6. факторы, влияющие на скорость регенерации костной ткани / Мигаль А.О., Молотова А.А., Морозов А.М., Кадыков В.В.// Тверской медицинский журнал. 2017 № 3. С. 41-42.

7. Федоров, С. Е. Метод лечения пожилых пациентов с переломом локтевого отростка штифтом с блокированием/ С. Е. Федоров, Н. В. Ярыгин, В. И. Нахаев - Текст : электронный // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2012. - №4. - С. 41-44. <https://cyberleninka.ru/article/n/metod-lecheniya-pozhilyh-patsientov-s-perelomom-loktevogo-otrostka-shtiftom-s-blokirovaniem> (дата обращения: 08.10.2020). – Режим доступа: Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА».

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АНДРОГЕНОВ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Секей Н., Кумарбеков М.М., Бухариева С.С., Аккалиев М.Н.

Медицинский университет Семей

Ожирение является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. По мнению многих мировых исследователей ожирение- «эпидемией XXI века» . По сведениям ВОЗ, опубликованным в 2003 г., около 1,7 млрд. человек на нашей планете имеют избыточную массу тела или ожирение. Особенность мужского ожирения в том, что накопление жировой ткани происходит преимущественно в области живота, так называемое абдоминальное ожирение, когда тело мужчины визуально приобретает форму «яблока». До настоящего времени нет единого мнения, что первично: или гипогонадизм ведет к накоплению висцерального жира или избыточный вес приводит к снижению тестостерона за счет депонирования в жировой ткани [1,2]. В большинстве случаев возрастное снижение тестостерона и кризис среднего возраста совпадают по времени начала и протекания, что естественно затрудняет диагностику и выбор тактики ведения. Усугубляет ситуацию то, что жировая ткань сама по себе является эндокринным органом, синтезирует гормон лептин, повышенный уровень которого приводит к снижению уровня тестостерона вследствие нарушения работы яичек. Многими исследованиями доказана обратная зависимость между уровнем тестостерона и окружностью талии у мужчин: чем шире талия, тем меньше в организме тестостерона, и, соответственно, короче его «мужская жизнь»[3]. Ожирение выступает в качестве объединяющего звена между снижением тестостерона и эректильной дисфункцией у мужчин среднего и старшего возрастов, что в совокупности влияет на продолжительность и качество жизни мужчин трудоспособного возраста.

В исследование были включены 120 мужчин в возрасте от 35 до 63 лет обратившихся с жалобами на эректильную дисфункцию. Отбор больных осуществлялся по результатам проведенного опросника по оценке выраженности эректильной функции МИЭФ-5. Интерпретация результатов опросника: 26–30 баллов – нет эректильной дисфункции; 18–25 баллов – легкая степень эректильной дисфункции; 11–17 баллов – средняя степень эректильной дисфункции; 6–10 баллов – тяжелая степень эректильной дисфункции. Антропометрическое обследование включало измерение роста, веса, окружности талии и расчета индекса массы тела (ИМТ). ИМТ рассчитывался по формуле: $\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост}^2 \text{ (м)}}$ и измеряется в кг/м². Лабораторное исследование включало измерение уровня глюкозы, общего холестерина ЛПНП, ЛПВП, триглицерида и

исследование андрологического статуса (альбумин, общий тестостерон, ГСПГ, индекс свободного тестостерона, биологический активный тестостерон). Анализы брались утром натощак. Все наблюдаемые были разделены на 2 группы по антрометрическим данным, в расчет брался ИМТ как показатель. Пациенты с нормальным ИМТ до 25 кг/м² отнесены к первой группе, это 40 наблюдаемых, те наблюдаемые у которых ИМТ выше 25 кг/м² были отнесены ко второй группе- 80 человек. В среднем ИМТ в первой группе составил- 24,5 кг/м², во второй группе- 36,7 кг/м². В первой группе исследуемых уровень глюкозы в крови натощак был выше 6,1 ммоль/л у 7 больных (17,5 %), возможно это связано с погрешностью в гипогликемической терапии. Во второй группе исследуемых показатель глюкозы в крови в среднем был повышен до 7,2 ммоль/л у 27 больных (33,7 %).

При сравнений степени эректильной дисфункции (ЭД) в первой группе показатель вариировал в цифрах 21,4±1,7, во второй группе ЭД была более выражена – 12,4±1,2. А у 4 респондентов составил 7,2±2,4 что свидетельствует о глубоком поражений сексуального здоровья. При изучении показателей липидного обмена у исследуемых с ожирением во второй группе было выявлено статистически значимое увеличение холестерина до 6,7ммоль/л и снижение ЛПВП до 0,7 ммоль/л. Уровень общего тестостерона в первой группе вариировал в пределах физиологических показателей (12-31 нмоль/л), во второй группе у 21 % (17 пациентов) общий тестостерон был ниже показателя 12,5 нмоль/л, а у 10 % (8 человек) тестостерон был ниже 8,1 нмоль/л (данный факт показание к заместительной терапии). Но эректильная дисфункция напрямую связана с уровнем свободного тестостерона. При анализе этого исследования мы учитывали свободный тестостерон и биологический активный тестостерон, средние цифры в первой группе составили 2,25± 2,1 и 47,4±1,1. Во второй группе соответственно 1,75± 2,3 и 43,4±1,2, что несомненно соответствует выраженности эректильной дисфункции.

Результаты проведенного исследования показали высокую частоту обнаружения снижения уровня тестостерона и снижения показателей ЛПВП у мужчин с ожирением. В частности, ожирение и нарушение общего состояния здоровья, являются более распространенными причинами низких уровней тестостерона, чем хронологический возраст сам по себе. На основании этих данных возрастной гипогонадизм следует рассматривать как синдром и наиболее логичным подходом к лечению является изменение образа жизни, снижение веса и адекватная терапия сопутствующих заболеваний. Определение всех фракций тестостерона, в особенности свободного и связанного с альбумином, позволяет на ранней стадии диагностировать андрогенный дефицит у мужчин с ожирением.

Список литературы.

1. Мишустина Е.Н. Значение фракции тестостерона в диагностике гипогонадизма у мужчин с ожирением. / Пермский медицинский журнал. - 2011- № 4- С. 109-114.
2. Гамидов С.И., Шатылко Т.В., Гасанов Н.Г. Мужское здоровье и ожирение- диагностика и терапевтические подходы/ Ожирение и метаболизм.-2019.- № 3-. С. 29-36.
3. Пашкова Е.Ю., Рождественская О.А. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин: этиология, клиника, диагностика, лечение/ Андрология и генитальная хирургия. - 2015- №1- С. 95–101

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА

Серова Н. Ю., Евсеева М. А.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

Геморроидальная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний [1] и встречается у 200 человек из 1000, причем 75% из них приходится на трудоспособную часть населения. Увеличение времени нахождения сидя, изменение рациона питания с уменьшением жидкости и клетчатки, с нарушением формы стула и режима дефекации приводит к нарушению кровообращения в венах малого таза, и в первую очередь в венах прямой кишки, что напрямую увеличивает риск развития геморроя [2]. Острый наружный геморрой является одной из наиболее частых причин болей в области ануса и обращения к врачу, имеются данные о эффективности применения как консервативной терапии [3] так и оперативного лечения [4]. Однако отсутствуют сформулированные показания для применения способа лечения острого тромбоза наружного геморроидального узла в зависимости от его морфологической структуры. Целью является возможность улучшить результаты лечения пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла.

Материалом исследования послужили результаты лечения 92 пациентов в возрасте от 19 до 62 лет, средний возраст составил $37 \pm 10,7$ лет с острым наружным геморроем в условиях поликлиники. Пациентам выполняли все исследования, указанные в Национальных клинических рекомендациях, а также проводили ультразвуковое исследование тромбированного наружного геморроидального узла. Ультразвуковое исследование проводили линейным датчиком в положении Тренделенбурга с приведенными к телу ногами. При выраженном болевом синдроме (больше 5 баллов по числовой рейтинговой шкале) выполнялось оперативное лечение в день обращения с назначением консервативной терапии. Оперативное лечение выполнялось с использованием местной анестезии, выполняли либо энуклеацию тромба, либо иссечение наружного геморроидального, оперативное лечение осуществляли с применением аппарата Surgitron. При более низком уровне болевого синдрома пациенту предлагалась консервативная терапия с последующим решением о оперативном лечении.

Выявлены три типа строения тромбированного наружного геморроидального узла: 1-й тип характеризуется наличием единичного тромба или скоплением тромбов с тенденцией к конгломерации, размеры тромботических масс от 5 до 15 мм в диаметре, отек подкожной клетчатки на выражен; 2-й тип характеризуется наличием нескольких тромбов, размер от 3 до 5 мм в диаметре без тенденции к конгломерации, отек подкожной клетчатки выражен умеренно; 3-й тип тромба характеризуется большим количеством мелких (1-3 мм) тромбов, выраженным отёком подкожной клетчатки. В исследуемой группе выявлено 40 (43,5%) пациентов с 1 типом тромбоза наружного геморроидального узла, 26 (28,3%) пациентов со вторым типом и 26 (28,3%) пациентов с 3 типом. Положительный эффект от оперативного лечения выявлен в 67 (93,1%) случаев. Отрицательный эффект выявлен в 5 (6,9%) случаев. Все случаи отрицательного эффекта оперативного лечения отмечались в группе пациентов с 3-м типом строения тромбированного узла. При проведении операции в день обращения с последующей консервативной терапией средний срок лечения пациентов с 1-м типом строения составил $11,3 \pm 6,42$ дня, 2-м типом $\pm 13,8 \pm 7,93$ дня, 3-м типом строения $\pm 20,4 \pm 9,26$ дней. При использовании только консервативной терапии средний срок лечения составил: 1-й тип $\pm 24 \pm 4,58$ дня, 2-й тип $\pm 22,5 \pm 0,7$ дня, 3-й тип $\pm 14,8 \pm 4,49$ дней. При использовании консервативной терапии с последующим оперативным вмешательством средний срок лечения составил у пациентов с 1-м типом строения тромбоза $\pm 13,5 \pm 3,5$ дня, у пациентов со 2-м типом $\pm 26 \pm 7.93$ дней и у пациентом с 3-м типом $\pm 15,7 \pm 2,08$ дней. Болевой

синдром на следующий день после операции без предварительного консервативного лечения у пациентов с 1-м типом тромбоза составил 1±0,9 баллов по числовой рейтинговой шкале, у пациентом со 2-м типом тромбоза ± 1,26±0,7 баллов, у пациентом с третьим типом тромбоза ± 4,63±3,07 баллов. При оперативном лечении после консервативной терапии у пациентов с первым типом тромбоза болевой синдром составил 1±0 балл, а у пациентов с третьим типом ± 0,67±1,15. Таким образом, у пациентов с первым и вторым типом тромбоза наружного геморроидального узла целесообразно выполнять оперативное вмешательство в день обращения с последующей консервативной терапией, пациентам с третьим типом тромбоза целесообразно проводить терапию флавоноидами по «острой» схеме с последующим решением о оперативном лечении.

Предложена классификация острого тромбоза наружного геморроидального узла на основании ультразвукового исследования. Описаны варианты строения тромбированного наружного узла. Предложен дифференциальный подход к лечению данного заболевания. Применение предложенного подхода позволяет уменьшить время лечения и снизить выраженность болевого синдрома.

Список литературы.

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012: 64-89. /Shelygin YuA, Blagodarny LA. A guide for coloproctologists. M.: Littera, 2012: 64-89.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е изд. М.: Литера, 2010: 188. /Vorobiev GI, Shelygin YuA, Blagodarny LA. Hemorrhoids. 2nd ed. Moscow: Littera, 2010: 188.
3. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M. Phlebotonics for haemorrhoids. The Cochrane Collaboration, 2012, 15(8): CD004322.
4. Ganchrow MI, Bowman HE, Clark JF. Thrombosed hemorrhoids: A clinicopathologic study. Diseases of the Colon & Rectum [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 1971 Sep;14(5):331–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02553417>

АНАЛИЗ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТАЦИОНАРА НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Троцюк А.Н., Алейникова А.В.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

С каждым годом в Беларуси наблюдается рост онкологических заболеваний. В прошлом году от новообразований умерло более 19 тысяч белорусов. Чаще всего это были пациенты, у которых диагностировали рак легкого (16,7%), колоректальный рак (12,7%), молочной железы (6,4%) [1]. Таким образом, онкологические патологии занимают второе место среди всех причин смерти в Беларуси (14,7%) [4]. Для сравнения, приводим статистику онкологических заболеваний в России и общую статистику в мире. Так в России в структуре онкологической заболеваемости преобладают: меланома кожи (14,4%), рак толстого кишечника (11,7%), рак молочной железы (11,5%), рак легких (10,1%), рак матки (7%), рак предстательной железы (6,6%), рак желудка (6,0%), опухоли лимфатической и кроветворной ткани (4,7%), рак почки (4,0%), рак поджелудочной железы (3,0%), рак мочевого пузыря (2,8%), опухоли яичника (2,4%) [3]. Наиболее встречающимися видами рака в мире являются: рак легких (21,7%), рак молочной железы (20,4%), рак толстого кишечника (18%), рак предстательной железы (13%), меланома кожи (10,8%), рак желудка (10,6%) [2].

Целью исследования является анализ частоты выявления и гистологических форм онкологических заболеваний по секционному материалу стационара неонкологического профиля, а также возрастной и половой структуры пациентов с данной патологией, встретившихся в ходе анализа протоколов патологоанатомического исследования умерших в Больнице скорой медицинской помощи (БСМП) за 2017-2019 года.

Проведен анализ протоколов патологоанатомического исследования умерших в Больнице скорой медицинской помощи (БСМП) за 2017-2019 года. Исследовано 496 протокола и выявлено 89 случаев пациентов, умерших от онкологических заболеваний.

В случаях имело место расхождение заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов. Из них клинически в 4 случаях ставился диагноз онкологического заболевания, но на вскрытии опухоль не была обнаружена. Данные этих случаев не включались в дальнейшие статистические исследования, и расчет проводился по данным 85 протоколов. Во всех 12 случаях была выставлена I категория расхождения заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов, причинами которых являлись кратковременное пребывание в стационаре и невозможность проведения диагностических манипуляций из-за тяжелого состояния пациента. Половая структура выглядит следующим образом: мужчин – 61,17%, женщин – 38,83%. У мужчин наиболее частыми выявленными онкопатологиями являлись: рак толстого кишечника 40,38%, рак поджелудочной железы – 17,35%, рак желудка 11,53%, рак предстательной железы 9,61% и опухолевые заболевания крови тоже 9,61%, а рак печени, желчных протоков и рак легких по 3,84%. У женщин наиболее часто выявлялись: рак толстого кишечника – 51,52%, рак желудка – 18,18%, рак поджелудочной железы – 9,09%, рак желчных протоков, заболевания крови, рак молочной железы по 6,06%, опухоль брюшины – 3,03%. Возрастная структура у мужчин выглядит следующим образом: в возрастной группе 31-40 зафиксировано 5 случаев, в группе 41-50 – 10 случаев, в группе 51-60 – 21 случай, в группе 61-70 – 14 случаев, в группе старше 80 – 2 случая. Возрастная структура у женщин представлена следующим образом: у в возрастной группе 31-40 зафиксировано 2 случая, в группе 41-50 – 8 случаев, в группе 51-60 – 14 случаев, в группе 61-70 – 8 случаев, в группе старше 80 – 4 случая. Сравнивая возрастную статистику пациентов, установили, что наиболее часто онкологические заболевания встречались в возрастных группах 51-60 лет и у мужчин, и у женщин ($p=0,025$).

В изученном материале установлены следующие осложнения опухолевых заболеваний: кровотечения 30,5%, метастазы 18,5% острая кишечная непроходимость 17%, перитониты 14%. перфорация толстой кишки 8,75%, ТЭЛА 3,75%, очаговая пневмония 2,5%, механическая желтуха 5%. Гистологическая структура опухолей имеет следующую картину: умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстого кишечника (30,58%), карциноид толстого кишечника (14,11%), низкодифференцированный рак желудка (14,11%), аденокарцинома поджелудочной железы (14,11%), низкодифференцированный рак предстательной железы (5,88%), неходжкинская лимфома (5,95%), умеренно-дифференцированная аденокарцинома желчных протоков (4,7%), недифференцированный рак молочной железы (2,35%), миеломная болезнь (2,35%), гепатоцеллюлярный рак (2,35%) мезотелиома брюшины (1,17%), низкодифференцированный плоскоклеточный рак бронхов (1,17%), недифференцированный рак легкого (1,17%).

1. Наиболее частыми опухолями, выявленными у умерших в стационаре неонкологического профиля являлись: у мужчин – рак толстого кишечника и рак поджелудочной железы, у женщин – рак толстого кишечника и рак желудка. 2. Все обнаруженные формы опухолей как у мужчин, так и у женщин чаще встречаются в возрастных группах старше 60 лет ($p=0,025$). 3. Процент расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов составил 13,4%. Во всех случаях выставлена I категория расхождения диагнозов 4. Среди гистологических форм опухолей

наиболее часто встречались: умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстого кишечника, карциноид толстого кишечника, низкодифференцированный рак желудка. 5. Наиболее частыми осложнениями опухолей являются: кровотечения 30,5%, метастазы 18,5%, острая кишечная непроходимость 17%, перитониты 14%.

Список литературы.

1. Ганцев, Ш. Х. Онкология: учеб. для студентов мед. вузов / Ш. Х. Ганцев. — Москва : МИА, 2016. — 488 с.
2. Иванов, С. А. Рак легкого: учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса мед.-диагност. фак., 6 курса лечеб. фак. и фак. по подготовке специалистов для зарубеж. стран / С. А. Иванов, Ю. В. Нагла, Д. Ю. Коннов. — Гомель : ГГМУ, 2011. — 32 с.
3. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования России в 2017 / А. Д. Каприн, В. В. Старинский. — Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2018. — 250 с.
4. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь / под ред. Суконко. — Минск : РПНЦ ОМР им. Александрова, 2017. — 286 с.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Узун Ф.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Лапароскопическая холецистэктомия в современной хирургии является основным методом лечения желчнокаменной болезни. Во всем мире конкременты в желчном пузыре обнаруживаются почти у 12% взрослого населения. Малоинвазивный способ вмешательства является более предпочтительным в сравнении с открытым доступом, так как более низок риск развития послеоперационных осложнений, срок нахождения в стационаре после проведения лапароскопии меньше, менее выражен болевой синдром, но в то же время данный вид вмешательства применим не во всех случаях. До сих пор вызывает споры возможность применения малоинвазивной хирургии у больных с острым и осложненным холециститом.

Главной целью данной работы является оценка возможности проведения операции с использованием лапароскопических методов у больных с острой формой холецистита. За основу работы взяты истории больных (в работу были включены 100 больных 18 мужчин и 82 женщины), которые поступили в хирургические отделения клиник города Донецка с диагнозом: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит.

Для подтверждения диагноза были проведены инструментальные методы исследования: электрокардиография, рентген органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Во всех случаях были признаки острого холецистита. Операции были проведены в день поступления в клинику после минимальной предоперационной подготовки, которая включала в себя профилактику антибиотиками широкого спектра действия и инфузионную терапию. Вмешательство выполнялось по стандартной методике с последующим дренированием брюшной полости. Длительность операции в среднем составляла 44 минуты. Во время операции было выявлено, что желчный пузырь был увеличен в размерах в 100% случаев. В 20% случаев необходимо было произвести пункцию желчного пузыря, у 22 больных (22%) были обнаружены признаки обтурационного холецистита, у 3 пациентов была обнаружена флегмона желчного пузыря. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. 83 пациента были выписаны из стационара уже на следующие сутки после проведения

вмешательства, у оставшихся 17 больных срок нахождения в стационаре составил 3-4 суток из-за обострения сопутствующих патологий, которые требовали дополнительного обследования и лечения. Послеоперационные осложнения не наблюдались.

Таким образом, малоинвазивное вмешательство у пациентов с острой формой холецистита является безопасным и эффективным хирургическим методом лечения данного заболевания.

Список литературы.

1. Barthelsson C., Lützén K., Anderberg B., Nordström G. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. J Clin Nurs 2003; 12: 2: 253-259.

2. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита. Вестник ВолГМУ 2008; 4: 28: 34-36.

3. Тимошин А.Д., Шестаков А.И., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М: Триада-X 2003; 216.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ОТКРЫТОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Узун Ф.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Основной целью данного исследования является сравнение и определение всех достоинств и недостатков открытых и лапароскопических методов при хирургическом вмешательстве по поводу острого аппендицита, а также определение наиболее оптимального способа хирургического вмешательства. За основу исследования взяты истории болезни 42 пациентов (20 женщин и 22 мужчины), которые поступили в хирургические отделения клиник города Донецк с подозрением на острый аппендицит.

Диагноз острый аппендицит был подтверждён у 39 пациентов (92,8 %), в остальных случаях у 4,7 % больных был поставлен диагноз почечная колика справа, у одного пациента был диагностирован правосторонний пиелонефрит. Лапароскопическая операция была проведена 35 пациентам (89,7 %), оставшиеся больные были прооперированы при помощи открытого доступа: 3 пациентам (7,7 %) была проведена традиционная открытая лапаротомия по Волковичу-Дьяконову (косая переменная лапаротомия), одному пациенту была проведена срединная лапаротомия (в связи с распространённым аппендикулярным перитонитом, который сопровождался увеличением внутрибрюшного давления). Послеоперационные осложнения при лапароскопическом вмешательстве наблюдались у 2 пациентов (5,7%), среди пациентов, которым проводился лапароскопический доступ, при проведении открытых доступов послеоперационные осложнения развились у одного пациента из четырёх (25%), частота развития инфекции в ране при лапароскопическом доступе и при проведении лапаротомии, летальность при проведении лапароскопии не наблюдалась, тогда как при лапаротомии летальным исходом завершился один случай. Также после проведения лапароскопических вмешательств срок пребывания в стационаре составил 4-7 дней, тогда как при лапаротомическом сроке нахождения в стационаре составил 8-10 дней. Оба метода на сегодняшний день используются в современной хирургии, каждый метод имеет свои преимущества и недостатки. К преимуществам лапароскопического метода можно отнести небольшой разрез, отсутствие рубцов, минимальная кровопотеря, менее выраженный послеоперационный болевой синдром, а также меньшие сроки нахождения в стационаре, но в то же время длительность операции увеличивается в среднем на 20-30 минут. К преимуществам открытого доступа можно отнести хороший обзор, возможность чувствовать ткани руками, что немаловажно для хирурга, но так же имеются недостатки:

вероятность развития инфекции в ране выше, значительная кровопотеря, послеоперационный болевой синдром, а также более длительный срок нахождения в стационаре.

Список литературы.

1. Шаповольянец С.Г., Ларичев С.Е., Тимофеев М.Е. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости//Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №4. – С. 3-8.

2. Рутенбург Г.М., Пузаков С.Ю., Богданов Д.Ю. Диагностическая лапароскопия при травмах живота и критических состояниях//Эндоскопическая хирургия. – 2012. – №4. – С. 39-42.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА

Узун Ф.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Целью данной работы является изучение преимуществ и недостатков лапароскопического метода лечения прободной язвы. Перфорация язвы является одним из самых опасных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии. Прободение язвы встречается у 12% больных, страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Высока вероятность летального исхода (на 100 тысяч населения приходится 8-12 операций, летальность при них составляет 6-13%, а при перитонизации вероятность летального исхода приближается к 100%). За основу исследования взяты истории болезней 98 пациентов (52 мужчины и 46 женщин), которые поступили в ургентном порядке в хирургические отделения города Донецка с диагнозом прободение язвы. Срединная лапаротомия была проведена в 57% случаев (у 56 пациентов), а лапароскопическая операция была выполнена у 42 человек (43%), т.к. у данных пациентов присутствовали необходимые показания для проведения лапароскопического вмешательства: месторасположение перфорации на передней стенке двенадцатиперстной кишки или желудка, размер отверстия не более 9-11 мм, отсутствие признаков перитонита, а также данные пациенты были госпитализированы в течение 12 часов от начала заболевания. В остальных случаях, при которых проводилась срединная лапаротомия, имелись противопоказания для проведения данного вида вмешательства: слишком большой размер дефекта и труднодоступное расположение отверстия у 24 больных, гемодинамическая нестабильность (систолическое артериальное давление меньше 90-100 мм. рт. ст.) у 14 пациентов, а также наличие сопутствующих заболеваний у 18 поступивших. В большинстве случаев (90%) при лапароскопии проводилось ушивание прободного отверстия. В 10% случаев проводилось иссечение прободного отверстия. Послеоперационные осложнения при лапароскопическом вмешательстве наблюдались у 3 пациентов, при верхнесрединной лапаротомии у 12 больных, инфекция в ране не развивалась в послеоперационном периоде при лапароскопическом доступе и развивалась у 6 пациентов при проведении лапаротомии, летальным исходом завершились 2 случая при проведении лапароскопии, тогда как при лапаротомии летальным исходом завершились 7 случаев. Также после проведения лапароскопических вмешательств срок пребывания в стационаре составил 5-6 дней, тогда как при верхнесрединной лапаротомии срок нахождения в стационаре составил 10-12 дней. Малоинвазивные оперативные вмешательства являются одним из самых перспективных направлений в современной хирургии, данные методы имеют свои преимущества и недостатки.

Исходя из вышеперечисленных данных к преимуществам лапароскопических вмешательств можно отнести: небольшой разрез в сравнении с классической операцией, отсутствие рубцов, минимальная кровопотеря, уменьшения болевого синдрома у пациентов, минимизация послеоперационных осложнений, уменьшение сроков нахождения больных в стационаре, а также более низкая летальность. Недостатками данного способа оперативного лечения являются: невозможность проведения вмешательства при труднодоступном расположении дефекта, при большом диаметре прободного отверстия, при подозрении на малигнизацию язвы, а также одним из самых серьезных недостатков является отсутствие тактильного восприятия ткани хирургом (невозможно судить о силе, которую прилагают к ткани, что может приводить к возникновению различных осложнений).

Список литературы.

1. Рутенбург Г.М., Пузаков С.Ю., Богданов Д.Ю. Диагностическая лапароскопия при травмах живота и критических состояниях//Эндоскопическая хирургия. – 2012. – №4. – С. 39-42.
2. Сорока А.К. Рациональная диагностика и варианты лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста//Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №3. – С. 3-7
3. Шаповольянец С.Г., Ларичев С.Е., Тимофеев М.Е. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости//Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №4. – С. 3-8.

СПОСОБ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ушакова Д.А., Шадманов Н.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы наблюдается заметное повышение качества лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Это связано с внедрением биоинертных, биосовместимых сетчатых эндопротезов, а так же эндовидеохирургической техники. Однако это не решило проблемы ранних осложнений в послеоперационном периоде, а также рецидива заболевания. Поэтому поиск новых технических решений пластики пахового канала собственными тканями при рецидивах паховых грыж является актуальным. Паховые грыжи составляют до 80% от всех вентральных грыж, ежегодно оперируются до 15 миллионов пациентов. Рецидив заболевания составляет 10-30%. Причины рецидива: чрезмерное натяжение тканей (В.Н. Егиев, 2002); неправильный выбор способа пластики; укрепление после грыжесечения только передней стенки без учета разрушения анатомических структур пахового канала.

Цель исследования - изучить новый способ пластики задней стенки пахового канала собственными тканями как возможность улучшения результатов хирургического лечения рецидивных паховых грыж.

Задачи исследования 1. Изучить преимущества пластики задней стенки пахового канала без натяжения тканей с использованием внутренней косой и поперечной мышц. 2. Оценить эффективность разработанного способа пластики задней стенки пахового канала при рецидивных паховых грыжах. 3. Провести сравнение ближайших и отдаленных результатов предложенного способа пластики задней стенки пахового канала при рецидивных паховых грыжах с традиционным способом операции.

Материал исследования - специальная литература и медицинская документация. Клинический материал базируются на анализе хирургического лечения 97 пациентов с рецидивными паховыми грыжами различной локализации. 45 пациентов оперированы по предложенной методике, 52 пациента - по способу Постемпского.

Методы исследования: описательно-аналитический; диагностический (клинический, КТ-исследование пахового канала); хирургический. При выборе способа реконструкции пахового канала оценивался вид рецидива (классификация Островского В.К. и Филимончева И.Е., 2011) и состояние мышечно-апоневротической структуры пахового канала. При анализе результатов было выявлено, что I вид рецидива диагностирован у 30 пациентов, II вид - у 21 пациента, IV вид - у 45 пациентов, V вид - у 1 пациента. При этом из 45 оперированных пациентов по разработанной методике I вид рецидива регистрировали у 30 пациентов, II вид - у 13 пациентов, IV вид - у 2 пациентов. Из 52 оперированных по способу Постемпского с рецидивными паховыми грыжами IV вид рецидива регистрировали у 43 пациентов. При этом нужно отметить, что при выделении грыжевого мешка и анатомических структур пахового канала, выявляли атрофию волокон внутренней косой и поперечной мышц, а также истончение апоневротических структур. II вид рецидива в этой группе оперированных фиксировали у 8 пациентов, в 1 случае рецидив расценен как V вид. Для оценки состояния анатомических структур, а так же возможных осложнениях со стороны раны, применялся КТ мониторинг передней брюшной стенки с акцентом на состояние анатомических структур пахового канала в ранние (3-7 сутки) и поздние послеоперационные сроки. Наблюдалась четкая визуализация анатомических структур пахового канала. Семенной канатик сохраняет свою направленность, не деформирован, рубцовые ткани менее выражены. Анализ результатов в раннем послеоперационном периоде у 97 оперированных больных показал следующие осложнения: в 1 случае - нагноение раны, в 8 - серомы и гематомы в области послеоперационной раны, в 5 - отек мошонки. Все они приходится на грыжесечение с пластикой пахового канала по Постемпскому. Этот факт мы связываем с более травматичным выделением, мобилизацией и перемещением семенного канатика, а также формированием внутреннего и наружного колец пахового канала. Ранние послеоперационные осложнения у пациентов, оперированных по предложенному способу, фиксировали в 3 случаях: 2 серомы и 1 гематома. Наличие гематомы связываем с физической нагрузкой пациента через два часа после операции. Меньшее число осложнений связано с формированием внутреннего кольца пахового канала в виде эластичной манжетки, которая не сдавливает семенной канатик с его элементами. Результаты хирургического лечения в позднем послеоперационном периоде прослежены у 88 пациентов (45 - по предложенному способу и 43 - по способу Постемпского). В 4 случаях отмечена невралгия в паховой области (зона операции). В 1 случае наблюдали атрофию яичка. Рецидив заболевания в отдаленном периоде возник у 2 пациентов. Все они оперированы по способу Постемпского. Поздние осложнения у пациентов, оперированных по предложенной методике, такие как невралгии, атрофия яичка, мы не наблюдали. Рецидива заболевания не регистрировали. Это связано с меньшей травмой тканей во время операции и восстановлению анатомической структуры пахового канала. Сравнительный анализ двух способов герниопластики по нескольким параметрам (средняя длительность операции, длительность стационарного лечения, восстановление физической активности, ранние и поздние осложнения, рецидив) показал преимущество предложенного способа реконструкции пахового канала над традиционным. Результаты оперативного лечения пациентов оценивали, как отличные, хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. В группе пациентов, оперированных предложенным способом, отличные результаты отметили у 35 пациентов, хорошие - у 8, удовлетворительные - у 2. В группе больных, оперированных по способу

Постемпского, отличные результаты регистрировали у 9 пациентов, хорошие - у 13, удовлетворительные - у 14, неудовлетворительные - у 7.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что предложенный способ реконструкции задней стенки пахового канала с применением внутренней косой и поперечных мышц прост в исполнении, менее травматичен, что способствует снижению частоты возникновения ранних послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. Данный способ может быть рекомендован к применению в хирургических отделениях как общего профиля, так и специализированных.

Список литературы.

1. Алиев, М. А. Сравнительный анализ современных методов лечения паховых грыж / М. А. Алиев, С. Ю. Сафаров, Р. З. Магомедов // Сборник тезисов V Съезда Юга России. – Ростов-на-Дону, 2017. – С. 108.

2. Бондарев, Г. А. Анализ рецидивов грыж передней брюшной стенки после хирургического лечения / Г. А. Бондарев, С. В. Логачев, А. В. Мосолова // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 1. – С. 318–320.

3. Использование ауто- и аллопластических материалов в лечении рецидивных паховых грыж / Г. В. Павлюк, П. В. Бужор, В. А. Морару [и др.] // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 1. – С. 701–702.

4. Jyothirmayi, K. Clinical study and management of incisional hernia / K. Jyothirmayi, A. Ravitheja, Reddy P. Chiranjeevi // Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare. – 2016. – № 3(36). – P. 1745–1748.

5. Kokotovic, D. Long-term Recurrence and Complications Associated with Elective Incisional Hernia Repair / D. Kokotovic, T. Bisgaard, F. Helgstrand // Jama. – 2016. – Vol. 316, № 15. – P. 1575–1582.

МЕЛАНОМА ТОНКОЙ КИШКИ

Шахназарян Н.Г., Шахназарян А.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Меланома представляет собой одну из наиболее злокачественных опухолей нейроэктодермального происхождения, развивающихся, как правило, из меланоцитов, образующих пигмент меланин [5]. Кожная форма заболевания является самой частой (90%), в то время как на долю внекожных форм заболевания, возникающих в области глаза приходится около 7%, при которой чаще всего поражается собственно сосудистая оболочка, значительно реже конъюнктив глаза [3]. Меланома желудочно-кишечного тракта встречается лишь 1–3% случаях [1]. Наиболее часто поражается тонкая кишка (70%), печень в 68%, толстая кишка — 22%, желудок — 20%, прямая кишка — 5%, пищевод — 4% и анальный канал — в 1% случае. Столь большая частота поражения тонкой кишки связана с богатым кровоснабжением и лимфооттоком [2]. При анализе биопсийного материала лишь в 5-15% случаях меланомы желудочно-кишечного тракта являются первичными, что указывает на ее редкость [4, 6].

Целью работы явилась демонстрация редкого клинического случая первичной меланомы тонкого кишечника. Пациент П., 53 лет, госпитализирован в хирургическое отделение ГБУЗ СК СККОД с основным диагнозом: подозрение на рак тонкой кишки и осложнением в виде частичной кишечной непроходимости. Из сопутствующей патологии у больного отмечена гипертоническая болезнь 2ст. В отделении пациент обследован в полном объеме. По ирригоскопии выявлены признаки тонкокишечной непроходимости, на обзорной рентгенографии органов брюшной полости определены горизонтальные

уровни и арки. По остальным обследованиям – возрастные изменения. В отделении выполнена операция в объеме лапаротомии, резекции тонкой кишки, трансназальной интубации тонкого кишечника, дренировании брюшной полости. Из протокола операции: выполнена срединная лапаротомия. В рану прилежит раздутая тонкая кишка до 8см в диаметре. При ревизии органов брюшной полости отдаленных метастазов не выявлено. В тонкой кишке на расстоянии 30см от связки Трейца располагалась первая опухоль на брыжеечном крае с инфильтрацией стенки тонкой кишки размером 3х4см. В метре от связки Трейца выявлена вторая опухоль 6х4см, инфильтрирующая стенку кишки, третья опухоль была расположена на расстоянии до 1.2м от связки Трейца размером 8х9см, инвагинирующая тонкую кишку. Тонкий кишечник ниже опухоли спавшийся. Выполнена дезинвагинация. В просвете кишки определяется грибовидная опухоль размером до 8см, вызвавшая непроходимость тонкой кишки. Лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки увеличены до 1,5см. Участок лимфатического узла был взят для гистологического и цитологического исследования. Срочное цитологическое заключение: элементы лимфатического узла. Трансназально тонкая кишка до места инвагинации интубирована зондом. Содержимое эвакуировано. Тонкая кишка с двумя опухолями мобилизована, сформирован анастомоз по типу "конец в конец". Дефект брыжейки ушит отдельными викриловыми швами. Дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение №32295: Макро: отрезок тонкой кишки длиной 21,5см с околокишечной клетчаткой. Опухоль блюдцеобразной формы, на разрезе – темно-коричневого цвета. Микро: в стенке тонкой кишки эпителиоидноклеточная меланома с небольшим содержанием пигмента, изъязвлением поверхности, местами инфильтрирующая всю толщу стенки кишки с микроучастками врастания в околокишечную клетчатку. В операционных краях кишки хроническое воспаление. В лимфатических узлах околокишечной клетчатки - лимфаденит, гистиоцитоз синусов, липоматоз. Гистологическое заключение N 21434-54:, где позитивные – mel, HBM-45, S100, Ki-67 = 70%, NSE, CD 99, Sin, хромогранин А, негативный – ЦКР-ПАН, ЦКР 8. С учетом фенотипирования можно говорить о частью нево-, частью эпителиоидноклеточной меланоме с высоким индексом пролиферации (Ki-67 = 70%). Послеоперационный период протекал без осложнений. В отделении консультирована химиотерапевтом, было рекомендовано проведение адъювантного лекарственного лечения [4]. После 6 курсов химиотерапии безрецидивный период составил 4 месяца.

Первичные меланомы желудочно-кишечного тракта вне зависимости от их локализаций являются крайне редкими и агрессивными опухолями с высоким уровнем летальности и плохими показателями выживаемости. Оптимизация диагностических мероприятий и настороженность врачей любых профилей являются неотъемлемой частью улучшения показателей.

Список литературы.

1. Ачкасов, Е. Е. Инвагинационная тонкокишечная непроходимость, обусловленная метастазами меланомы в тонкую кишку // Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, П.В. Мельников, С.Ф. Алекперов, Л.В. Александров, В.И. Посуднеский, В.С. Волков, М.Р. Ба. - Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2013.- №1. - С. 83-87.
2. Кирова, М.В. Метастаз беспигментной меланомы кожи в тонкую кишку. Клинический случай // М.В. Кирова, П.Л. Щербаков, С.Г. Хомерики, Н.В. Орлова, К.С. Титов, М.В. Павлов. - Доктор.Ру. - 2015. - №12 (113). - С. 19-22.
3. Кузьмичев, А.А. Случай наблюдения метастазирования злокачественной меланомы без первично выявленной локализации в стенку желудка и тонкой кишки // А.А. Кузьмичев, В.И. Федорчук. - Патология.-2011. - Т. 8. № 3. - С. 115-116.
4. Леонтьев, А.В. Первичная меланома прямой кишки (клиническое наблюдение) // А.В. Леонтьев, М.А. Данилов, З.М. Абдулатипова, А.Б. Байчоров, В.Н. Гриневич. - Тазовая хирургия и онкология. - 2020. - Т.10. № 2.- С. 53-56.

5. Тимофеев, Ю.М. Меланомы прямой кишки / Ю.М. Тимофеев, В.А. Котов. - Москва, 2008.- 128с.
6. Щербаков, П.Л. Беспигментная меланома тонкой кишки // П.Л. Щербаков, М.В. Кирова, С.Г. Хомерики, Н.Н. Воробьева, А.И. Парфёнов, Е.А. Сабельникова, О.В. Ахмадуллина. - Доктор.Ру. - 2015. - № 2-2 (103). - С. 46-47.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕЙ И СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Щерба А.С.

Кубанский государственный медицинский университет

Послеоперационные осложнения продолжают оставаться актуальной и до конца не решённой проблемой в современной медицине. Особую значимость этот вопрос приобретает в колоректальной хирургии, у онкологических больных старшей возрастной группы. Применяемые в настоящее время различные способы профилактики осложнений не всегда оказываются эффективными. В результате чего ранние послеоперационные интра- и экстраабдоминальные осложнения достигают 30 – 40%.

Цель – провести сравнительный анализ ранних послеоперационных осложнений, возникших у пациентов средней и старшей (пожилой и старческий возраст) групп, оперированных по поводу колоректального рака в клинической многопрофильной больнице.

Материалы и методы. Исследование проспективное, сравнительное. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2017-2019 годах из лапаротомного доступа по поводу различных заболеваний толстой кишки. За указанный период накопились сведения о 1452 больных. Согласно критерию включения (рак прямой и ободочной кишки) в исследовании участвовали 856 пациента. Они были разделены на две группы. Первая группа состояла из больных в возрасте от 60 лет и старше, во вторую группу вошли лица до 60 лет. В первой группе мужчин было 228 (44,4%), женщин – 286 (55,6%). Средний возраст - $68,4 \pm 4,5$. Во второй группе мужчин – 159 (46,5%), женщин – 183 (53,5%). Средний возраст - $68,4 \pm 4,5$. После стандартного дообследования и предоперационной подготовки пациентам обеих групп, в плановом порядке, выполнены различные хирургические вмешательства по поводу рака толстой кишки, в зависимости от его локализации. Статистически значимых различий по этому критерию между группами пациентов не было.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде в обеих группах наблюдений возникли как интра-, так и экстраабдоминальные осложнения. Большинство из них не имели достоверных различий. Так ранние вторичные кровотечения в 1 группе произошли у 0,8% больных, во второй – у 0,7% ($p > 0,05$). В обеих группах наблюдений имела место ТЭЛА мелких ветвей в период 4 – 8 дней после операции. В первой группе это осложнение было у 1% больных, во второй – у 1,3% ($p > 0,05$). Послеоперационный тромбоз вен встречался как у больных первой (1,5%), так и второй (1,2%) ($p > 0,05$) групп наблюдений. Несостоятельность кишечного анастомоза произошла у 4,2% больных первой группы и у 3,2% второй ($p > 0,05$). Перитонит развился у 4,3% пациентов первой группы наблюдений и у 4,5 – второй ($p > 0,05$). Эвентерации произошли в 0,7% случаев в первой группе и в 0,5% - во второй ($p > 0,05$). Послеоперационная лимфорея

зафиксирована у 1,2% пациентов первой группы и у 1,9% - второй ($p > 0,05$). Послеоперационный цистит был у 1,3% больных первой группы и у 1,1% - второй ($p > 0,05$). Легочные осложнения, в виде послеоперационных пневмоний, в первой группе возникли у 4,4% больных, во второй – у 1,5% ($p < 0,05$). Нагноения лапаротомных ран чаще наблюдались в первой группе (6,3%), реже во второй – (1,8%) ($p < 0,05$). Послеоперационная летальность, обусловленная развитием сепсиса и полиорганной недостаточности на фоне гнойно-септических осложнений, в первой группе составила 0,8%, во второй – 0,5 % ($p > 0,05$).

Вывод. Лечение пациентов старшей возрастной группы остаётся сложным процессом, требующим комплексного подхода к выбору способов профилактики и лечения послеоперационных осложнений. В нашем исследовании, проведённый анализ ближайших результатов лечения больных с колоректальным раком, показал, что осложнения встречались чаще в старшей возрастной группе. Однако достоверные различия были лишь среди таких показателей как легочные осложнения и нагноения лапаротомных ран.

Список литературы.

1. Ачкасов, С.И. Непосредственные результаты антибиотикопрофилактики при закрытии превентивных кишечных стом / Ачкасов С.И., Сушков О.И., Корнева Т.К., Пилюев Д.В. // Колопроктология. – 2015. – № S 1. – С. 113 – 113а.
2. Захарченко, А.А. Возможен ли эффективный контроль за уровнем послеоперационной гнойной хирургической инфекции при комбинированном лечении рака прямой кишки / А.А. Захарченко, Ю.С. Винник, М.Н. Кузнецов, А.В. Попов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции “Актуальные проблемы колопроктологии”. – Смоленск, 2014. – С. 62.
3. Ибатуллин, А.А. Преимущества однорядного кишечного шва в колоректальной хирургии / А.А. Ибатуллин, И.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов // Колопроктология. – 2016. – № 2 (56). – С. 118.
4. Карсанов, А.М. Возможности оптимизации профилактики гиперкоагуляционных осложнений в онкохирургии / А.М. Карсанов, С.С. Маскин, Ф.Д. Карсанова [и др.] // Материалы научно-практической конференции, Пленума правления РОЭХ “Осложнения в хирургии заболеваний и травм живота”. – Краснодар-Анапа. – 2014. – С. 206-207.
5. Шельгин, Ю.А. Роль антибиотикопрофилактики при ликвидации кишечных стом / Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, Д.В. Пилюев, О.И. Сушков // Колопроктология. – 2016. – №2 (56). – С. 25-31.
6. Carlomagno, N. Total colectomy for cancer: analysis of factors linked to patients' age / N. Carlomagno, M.L. Santangelo, B. Amato // Int J Surg. – 2014. – vol. 2. – P. 135-9.
7. Chu, D.I. Surgical site infections (SSIs) after stoma reversal (SR): risk factors, implications, and protective strategies / D.I. Chu, C.R. Schlieve, D. T. Colibaseanu [et al.] // J Gastrointest Surg. – 2015. – vol. 19 (2). – P. 327-34.
8. Herrera-Gómez, A. Colorectal surgery in patients over 65 years of age / A. Herrera-Gómez, C. Orozco, J.M. Ruíz-Molina [et al.] // Rev Gastroenterol Mex. – 2012. – vol. 77 (3). – P. 119-24.



РАЗДЕЛ 7.

Общественное здоровье и социально- экономические науки

ОЦЕНКА УРОВНЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Абдиганиева Н.И., Симонян Р.З.

Курский государственный медицинский университет

Данная статья описывает проблему синдрома эмоционального выгорания студентов медицинских вузов на примере студентов Курского государственного медицинского университета. Здесь представлены результаты социологического исследования, которое отражает отношение студентов к своему эмоциональному фону и способы устранения эмоционального истощения студентов медицинского университета. Также речь идет о понятии “синдром эмоционального выгорания”. Каждый человек в своей жизни сталкивался с выбором профессии и построением карьеры. Трудовая деятельность играет важную роль в жизни человека, определяет социальный пакет и занимает большую часть времени, влияет на исполнителя позитивным и негативным образом, отражаясь на характере, психоэмоциональном статусе, поведенческих реакция. Со временем специалисты своего дела постепенно утрачивают когнитивную и физическую энергию, выражающуюся в утомляемости, изнеможении и неудовлетворенности. Особенно сильно подвержены этому состоянию профессии по типу “человек-человек”, но особое место занимает медицинские специальности: лечебный факультет, педиатрический, фармацевтический, медико-профилактический. Социологический опрос среди студентов

Врачебное дело особенная стезя, которая сочетает в себе комплекс требований и качеств: ответственность, дисциплинированность, внимательность, доброта, отзывчивость, профессионализм, постоянное совершенствование, а главное терпение. Именно по этой причине студенты, обучающиеся в медицинских университетах, уже на этапе обучения ощущают давление: необходимо качественно выучить и понять материал за короткий срок и уметь его применять. Это занимает большое количество времени, монотонных действий и высокой концентрации внимания. Вследствие чего в скором времени у студентов-медиков возникает синдром эмоционального выгорания-СЭВ. Что такое СЭВ? Впервые о синдроме эмоционального выгорания написал американский психиатр Г. Фрейденбергер в 1974 г., дав такое название состоянию, связанному с эмоциональным истощением, что приводит к серьезным изменениям в сфере коммуникации. Позднее К.Маслач и С.Джексон детализировали проявления этого синдрома: чувство эмоционального истощения, изнеможения; дегуманизация, развитие негативного отношения к клиентам, ощущение недостатка профессионального мастерства и собственной бесполезности [1] На сегодняшний день понятие “синдрома эмоционального выгорания” -это защитная реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия нагрузки средней интенсивности[2]. Выражается СЭВ в редуцировании персональных качеств индивида, то есть, происходит полное или частичное исключение эмоций в ответ на избирательные психотравмирующие воздействия. Установлена связь СЭВ с профессиональной деятельностью, отвечающая за судьбу, здоровье и жизнь людей, а также развитию СЭВ способствует личностные качества: высокая требовательность человека к себе, эмоциональная лабильность, контроль, развито сильно чувство ответственности. Выделяются три ключевые признака СЭВ. Первый признак-истощение, чувство перенапряжение, истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после сна. Второй признак-отстраненность, утрачивается интерес к учебной деятельности. Третий признак- падение самооценки в рамках выгорания, человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворенность, отсутствует приятное оживление.

Выделены 5 ключевых критериев, характерных для СЭВ:

- Физические состояние-усталость, физическое утомление, истощение, затруднения со сном, частые головные боли, затрудненное дыхание, бессонница и т.д.
- Эмоциональные симптомы- черствость по отношению в работе и личной жизни, безразличие, ощущение беспомощности, агрессивность, раздражительность
- Поведенческие симптомы- рабочее время более 45 часов в неделю, во время работы появляется желание отдохнуть и усталость, употребление табака, алкоголя, лекарств
- Интеллектуальное состояние- падает интерес к деятельности, теориям, идеям в учебной деятельности, скука, тоска, апатия, безразличие к новому, малое участие или отказ от участия в развивающем образовании
- Социальные симптомы- низкая социальная активность, падение интереса к досугу, ощущение изоляции, непонимание других, недостаток поддержки СЭВ появляется при комбинации данных характеристик, затрагивая психосоматические, соматические, социальные функции.

В данном опросе было опрошено триста двадцать три студента лечебного, педиатрического, фармацевтического, медико-профилактического факультетов. Опрос был проведен посредством анкетирования. Большинство респондентов- студенты лечебного факультета(53,3%), из них, в основном, студенты второго курса- 48,6%. 56% опрошенных ранее уменьшили свою инициативу в учебе. На вопрос: “Потеряли ли вы интерес к учебной деятельности”, двести тридцать ответили “отрицательно”, семьдесят восемь “положительно” и лишь тринадцать человек “частично”. 43% студента чувствуют себя более беспомощными, чем обычно. У 71,5% часто меняется настроение, также 60,1% респондентов ощущается усиление стресса на учебе. На вопрос “Есть ли у вас проблемы со сном” 53,9% студентов ответили “положительно”. 44% тяготит учебная деятельность, 7,1% иногда ощущают тяжесть и 48,6 % не чувствуют данного чувства, 0,3% затруднились ответить. После учебного дня 62,2% студентов хотят отстраниться от всех и 37,5% чувствуют равнодушие к происходящему, 3,1% частично. На вопрос “То, что радует Вас, по-прежнему вызывает положительные эмоции” 84,8% ответили “положительно”, 15,2% “отрицательно”. 63,5 % студентов легко злятся, и 59,8% студентов справляются с эмоциональными проблемами, 26,9% не могут справиться и 13,3% частично справляются различными способами. Большинство респондентов -58,2% не чувствуют приятного оживления во время учебы, также большинство считают, что очень много учатся -63,5%, а 48,6% студентов в последнее время более черствые по отношению к другим. 53,6% человек на вопрос “Вы чувствуете, что учеба вас ожесточает” ответили “отрицательно”, 44,9% “положительно”, а 0,9% ощущают, что иногда черствы. У 53,3% нечастые головные боли, 44,3 % ощущают головные боли, а 2,5% иногда. На вопрос “Что способствует вашему эмоциональному истощению” было большое количество разнообразных, ответов, но большинство их касалось именно учебы и людей, с ней связанных-34,8% и 2,7%, большая нагрузка и однообразие жизни- 12,7% и 6,1%, 6,1% затруднились ответить, усталость и переутомление- 3,3%, недостаток энергии-9,1%, ссоры и проблемы с людьми или в учебе- 4,8, остальные ответы были связаны с работой, одиночеством, негатив вокруг, а 4,2% ответили, что ничего не способствует их истощению. На вопрос “Как справляются со стрессом” учащиеся опроса большинства написали, что им помогает семья, друзья и близкие- 21,3%, 13,3% досуг: чтение книг, музыка, просмотр фильмов, рисование, готовка, 16% помогает сон, 10,5% не справляются со стрессом, а 9,9% меньше думают о стрессе, абстрагируются и успокаиваются сами по себе, остальные ответы были связаны со спортом, физическом нагрузкой-3,1%, некоторые студенты пользуются психотерапией и пьют таблетки-2,5%, у 6,8% происходит смена деятельности-сублимация, 6,5% справляются благодаря еде и 1,2% спасаются занятостью, остальные респонденты справлялись со стрессом с помощью вредных привычек, выплескивание эмоций посредством слез, счетом до 10, учебой, игрой на инструменте, осмыслением ситуации,

бездействием. У одного человека из триста двадцати трех отсутствовал стресс полностью.

На сегодняшний день несмотря на интерес к учебной деятельности и желание учиться, большинство студентов подвержены ранним этапам синдрома эмоционального выгорания. Этому способствует большая нагрузка, сама учебная деятельность, некоторое отношение преподавателей к студентам, а также монотонность и однообразие жизни, замкнутая на учебе. К счастью, большинство студентов справляются и восстанавливают свое эмоциональное состояние благодаря близким и родным, хобби и полноценному сну, но также есть студенты, которые не справляются и им необходима помощь, поэтому синдром эмоционального выгорания очень важно выявить на ранних проявлениях для того, чтобы инициатива и желание совершенствоваться в профессии врача не покидала учащихся до конца их обучения, а также после.

Список литературы.

1. Maslach, C. Burnout : a Social Psychological Analysis // The Burnout Syndrome Current Research, Theory, Interventions / Ed. J. W. Jones. – London, 1982. – P. 30-53.
2. Королева Е.Г. Синдром эмоционального выгорания// Практикующему врачу.журнал ГрГМУ- 2007.-№3 - С.108

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭПОНИМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ: ЗА И ПРОТИВ

Аверина М.В.

Самарский государственный медицинский университет

В настоящее время продолжаются активные дискуссии и споры по поводу необходимости применения эпонимических терминов медицине. После официального утверждения русских эквивалентов Международных анатомических терминов (1974) был период, когда эпонимы исчезали из учебников по анатомии, в то время как в клинической практике они широко применялись и применяются в настоящее время. Ряд ученых выступает против употребления эпонимов. Мы придерживаемся мнения тех врачей, как практикующих, так и врачей-исследователей, которые считают, что эпонимы в медицинской терминологии просто необходимы. Они не только описывают явления, но и отражают историю медицины. За эпонимом стоит живая личность автора. Следовательно, через медицинскую эпонимику передается традиция, дух медицинских научно-практических школ. Целью исследования является определение особенностей употребления эпонимических терминов урологии и нефрологии. Материалы и методы. Материалом исследования являются эпонимические термины, отобранные из Иллюстрированного словаря эпонимических терминов урологии и нефрологии. Использовался метод сплошной выборки и структурно-типологический анализ эпонимических терминов. Результаты и обсуждение. Для рассмотрения особенностей употребления эпонимических терминов урологии и нефрологии необходимо провести их типологию.

Типологический анализ позволил выделить следующие категории:

1. Анатомические термины: каналцы Беллини, Бурова вены, Куперова связка.
2. Названия болезней: Рейтера болезнь, Мариона болезнь, Олбрайта болезнь.
3. Симптомы болезней: Бриттена симптом, Лежнева симптом.
4. Методы исследования: Буяльского — Мак Уортера метод дренирования, Нечипоренко метод.
5. Хирургические операции: операция Гусынина, операция Иванисевича, операция Фрумкина в модификации Кудрявцева.

6. Возбудители заболеваний: Коха палочка.

7. Медицинские инструменты и приборы: Фолея катетер, Левковича щипцы, зажим Федорова и т.д.

Выводы. На основе исследованного материала можно сделать вывод о том, что положительным качеством употребления эпонимических терминов в энциклопедических статьях медицинского характера является их интернационализм, который облегчает понимание медицинских терминов в разных языковых средах. В ходе данной работы было выявлено, что наиболее многочисленными группами являются медицинские эпонимы, включающие анатомические термины, методы исследования, хирургические операции и названия болезней. Использование эпонимов в кругу узких специалистов обеспечивает быстрое понимание сложившейся картины, передает преемственность знаний, отражает основные этапы развития медицины. Кроме того, они выполняют мемориальную функцию, напоминая о вкладе конкретных ученых в развитие медицинской науки и практики. Список литературы.

1. Барбашёва С.С., Симоненко Ю.А. Различные подходы к классификации медицинских эпонимических терминов. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной Дню славянской письменности и культуры памяти святых равноапостольных Кирилла и Мефодия. -Самара: СамГУПС, 2017. С.270-273.

2. Барбашёва С.С., Пикалов С.М., Жданова А.Н. Иллюстрированный словарь эпонимических терминов урологии и нефрологии. / Под ред. проф. Е.В. Бекишевой. — Самара: Издательство «Криптен-Волга», 2018.- 174с.:ил.

3. Барбашёва С.С. Из опыта создания иллюстрированного словаря эпонимических терминов в урологии и нефрологии. Язык медицины 6: межвузовский сборник научных трудов. Вып. 6; Самарский государственный медицинский университет. – Самара: Изд-во КриптенВолга, 2018.С.8-12.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2002 – 2019 ГГ

Алиев Р.Р.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Заболеваемость населения необходима для планирования ресурсов здравоохранения, которые позволяют удовлетворить потребности населения в медицинской помощи. Показатели заболеваемости (общая и первичная) отражают доступность медицинской помощи населению. Цель исследования — проанализировать уровень, структуру и динамику показателей заболеваемости детей, подростков и взрослых Ставропольского края. Были проанализированы статистические данные Министерства здравоохранения РФ «Заболеваемость населения России» 2002—2019 гг. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью методов описательной статистики. В 2019 году показатель общей заболеваемости населения Ставропольского края (СК) составил 1444,93%. По данному показателю край занимал 36 место среди 85 субъектов Российской Федерации (РФ). Показатель первичной заболеваемости составил 683,06%. По данному показателю край занимал 44 место среди 85 субъектов Российской Федерации (РФ). Показатели были ниже среднего по России. Уровни заболеваемости населения СК отличались в разных возрастных группах населения. Так, в 2019 году уровень общей заболеваемости детей (1888,61%), подростков (1995,59%) и первичной заболеваемости детей (1544,28%) и подростков (1304,98%) превышали показатели взрослых (общая —

1292,83‰; первичная – 464,67‰). Все показатели СК были ниже аналогичных общероссийских. В структуре общей заболеваемости всего населения края в 2019 году лидировали болезни органов дыхания, системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и мочеполовой системы. В структуре первичной – болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни мочеполовой системы, болезни системы кровообращения и кожи и подкожной клетчатки. В динамике за последние 18 лет показатель общей заболеваемости всего населения в Ставропольском крае вырос на 42%; показатель первичной заболеваемости — на 31%. Структура и динамика показателей общей и первичной заболеваемости так же имели отличия у разных возрастных категорий населения СК. В структуре общей заболеваемости у взрослых преобладали болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре первичной заболеваемости лидировали - болезни дыхательной системы; травмы и отравления; болезни системы кровообращения и мочеполовой системы. В структуре первичной заболеваемости детей и подростков преобладали болезни дыхательной системы, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки. В структуре общей заболеваемости детей и подростков лидировали болезни дыхательной, нервной и пищеварительной систем. В динамике за последние 18 лет показатель общей заболеваемости в Ставропольском крае вырос у детей на 41%, у подростков – на 49%, у взрослых – на 46,3%; в динамике за последние 18 лет показатель первичной заболеваемости в Ставропольском крае вырос у детей на 27%, у подростков – на 32%, у взрослого населения на 26%. Мы рассчитали коэффициент «хронизации» (отношение общей заболеваемости к первичной заболеваемости) для всех категорий населения Ставропольского края за последние 18 лет и выявили, что у всего населения он вырос на 12%, у взрослого населения вырос на 16%, у детей вырос на 13,5%, у подростков – на 1%. За период 2002-2019 гг. показатели общей заболеваемости у детей и подростков области превышали показатели взрослого населения, но были ниже показателей по России. Наиболее высокие показатели заболеваемости выявлены у подростков. В структуре общей заболеваемости детей и подростков преобладали болезни дыхательной системы, травмы и отравления, болезни пищеварительной системы и глаз. В структуре общей заболеваемости у взрослых преобладали болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре первичной заболеваемости детей и подростков преобладали болезни дыхательной системы, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки. В структуре первичной заболеваемости у взрослых лидировали болезни дыхательной системы, травмы и отравления, болезни системы кровообращения и мочеполовой системы. Динамика коэффициента «хронизации», свидетельствует о низком уровне профилактической работы при оказании первичной медико – санитарной помощи и необходимости ее оптимизации. Список литературы.

1. Статистические данные Министерства здравоохранения РФ: «Заболеваемость населения России», 2002-2019 гг.

2. Статистические данные Федеральной службы государственной статистики «Заболеваемость взрослого населения по основным классам болезней» 2002-2019 гг.

ТЕНДЕНЦИИ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Бейбалаева Т.З.

Казанский государственный медицинский университет

Инвалидность является одним из основных показателей общественного здоровья и представляет собой сложное социально-демографическое и клинико-социальное явление, характеризующее потерю жизненного и трудового потенциала общества [1]. На динамику инвалидности в ходе исторического развития, а также в современный период оказывает влияние целый комплекс факторов: экономические, социальные, демографические, особенности статистического учета и изменения в области законодательства [2]. Негативные демографические тенденции являются угрозой для устойчивого развития общества, поскольку ухудшение здоровья каждого последующего поколения неуклонно ведёт к снижению трудового потенциала страны [3]. Актуальным является изучение региональных особенностей состояния инвалидности, поскольку для психических расстройств как причины инвалидности характерен более чем 10-кратный разброс показателя по регионам [4]. Целью данного исследования является оценка тенденций и выявление региональных особенностей инвалидности взрослого (старше 18 лет) населения Республики Татарстан вследствие психических расстройств за 2017-2019 гг., используя статистические данные по региону. Использованы материалы официальной статистической отчетности (статистический сборник «Психиатрическая помощь в Республике Татарстан») за 2017-2019 гг. Исследована динамика общей и первичной инвалидности по психическим заболеваниям взрослого населения в районах и городах региона, уровень инвалидности вследствие психических расстройств у контингента трудоспособного возраста. Для анализа применены методы описательной статистики с использованием интенсивных и экстенсивных показателей. Динамика инвалидности вследствие психических расстройств в Республике Татарстан за 2017-2019 гг. характеризуется относительной стабильностью с некоторой тенденцией к увеличению как общего числа инвалидов с 36732 в 2017 г. до 37145 в 2019 г., так и лиц, впервые признанных инвалидами с 1243 в 2017 г. до 1360 в 2019 г. [5]. Уровень инвалидности по психическим расстройствам в Республике Татарстан также стабилен, имеет восходящий тренд и вырос за последние 3 года с 94,5 до 95,3 на 10 000 населения [5]. При этом, несмотря на высокие показатели в абсолютных числах среди городского населения (г. Казань, г. Наб. Челны, крупные Зеленодольский, Нижнекамский, Альметьевский, Чистопольский районы), высокий уровень первичного выхода на инвалидность и контингентов инвалидов по психическим расстройствам среди взрослого населения в расчете на 10 000 населения в 2019 году выявлен в Камско-Устьинском (251,6), Рыбно-Слободском (218,7), Мамадышском (200,6), Чистопольском (191,8), Дрожжановском (174,0) районах. Отмечается рост уровня первичной инвалидности по психическим заболеваниям в Республике Татарстан с 3,2 до 3,5 на 10 000 населения в 2017-2019 гг. [5]. Относительно низкий показатель первичной инвалидности вследствие психических расстройств в 2019 году выявлен в Верхне-Услонском районе (0,5 на 10 000 населения), высокий – в Агрызском районе (8,3 на 10 000 населения). Число инвалидов по психическому заболеванию трудоспособного возраста в Республике Татарстан в исследуемый период снизилось с 20495 до 20025, и доля от общего числа инвалидов вследствие психических расстройств составила 55,8 % в 2017 г. и 53,9 % в 2019 г. Разброс данного показателя по районам в 2019 году составил от 18,0% (в Апастовском районе) до 81,0% (в Нурлатском районе) [5]. Таким образом, несмотря на некоторые колебания, уровень общей и первичной инвалидности взрослого населения остается стабильно высоким, а также отмечается большой разброс показателей по районам республики, который может быть связан как с недостаточной регистрацией, нехваткой кадров, а также

со специфическими особенностями здоровья населения территории. Число инвалидов трудоспособного возраста вследствие психических расстройств хоть и имеет нисходящую тенденцию, однако составляет более половины от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. Инвалидность вследствие психических расстройств является важным индикатором общественного здоровья и влечет за собой социально-экономические и медико-социальные последствия, поэтому должна быть среди приоритетных проблем здравоохранения. Полученные в данном исследовании данные подчеркивают актуальность вопроса инвалидности вследствие психических расстройств и будут полезны для прогноза, планирования и организации специализированной психиатрической и медико-социальной помощи городскому и сельскому населению региона, системы реабилитации инвалидов по психическим расстройствам и профилактики стойкой утраты трудоспособности у данной категории пациентов.

Список литературы.

1. Чуркин А.А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. 2-е изд. М.: МИА. 2009; 483–516.
2. Гришина Л.П., Лаврова Д.И. Инвалидность как многофакторная проблема. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006; 2: 27–30.
3. Трущелёв С.А., Кекелидзе З.И., Демчева Н.К. Инвалидность вследствие психических расстройств в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. 2019; 3: 4–10.
4. Иванова А.Е., Павлов Н.Б., Михайлов А.Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России. Социальные аспекты здоровья населения. 18.10.2011. <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-i-regionalnye-osobennosti-zdorovya-vzroslogo-naseleniya-rossii> (дата обращения: 12.02.2020).
5. Гурьянова Т.В., Ульман Е.В., Сафина Э.Х. Психиатрическая помощь в Республике Татарстан (2017-2019 гг.) // статистический сборник // Казань, - 2020 - 70 С.

БИОЭКОНОМИКА КАК ОСНОВА УСТОЙЧИВОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Беседин А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования объясняется необходимостью поиска основных параметров устойчивого социально-экономического развития общества в условиях стремительного развития биотехнологий в масштабах мировой экономики. В связи с тем, что в научной среде и в обществе отсутствует однозначное отношение к биоэкономике, целью исследования стало изучение положительных и негативных последствий развития биотехнологических производств, оценка социально-экономических последствий и анализ мнения о биоэкономике молодежи, как основного экономического агента будущего.

Материалами исследования стали монографии, публикации отечественных ученых по проблемам становления и перспективам развития биоэкономики. В рамках исследования были использованы общенаучные методы познания, прогнозный метод и социологический метод (в формате анкетирования). В анкетировании приняли участие 50 респондентов: 20 студентов аграрного университета факультетов биотехнологического, агробиологии и земельных ресурсов, экологии и ландшафтной архитектуры и 30 студентов медицинского университета факультета гуманитарного и медико-биологического образования. Биоэкономика представляет собой относительно новый

раздел экономики, имеющий междисциплинарный характер, возникший в тесном взаимодействии с такими науками, как экология и биотехнология. Основной целью биоэкономики является поиск оптимальных путей использования ограниченных невозобновляемых и возобновляемых природных ресурсов.

При изучении специальной литературы были выделены 3 основных направления развития биоэкономики [3]:

- мировая продовольственная безопасность
- промышленная эксплуатация возобновляемых ресурсов
- минимизация использования невозобновляемых ресурсов.

Отличие биоэкономики от других разделов экономики состоит в том, что в качестве продуцентов основную роль играют живые организмы. При этом человек выполняет роль «наблюдателя», осуществляя контроль за поддержанием оптимальных условий работы продуцентов, что позволяет решать проблему занятости населения, поскольку развитие биотехнологических производств означает появление новых рабочих мест. Значимым преимуществом биоэкономики является тот факт, что развитие биотехнологических производств возможно не только в условиях крупных предприятий, но и в масштабах среднего, а также малого бизнеса, обладающих такими экономическими преимуществами как высокая скорость оборачиваемости оборотных средств и относительно невысокая капиталоемкость. [2] В глобальных масштабах необходимость наращивания темпов развития биотехнологии обусловлена, с одной стороны, демографическим «взрывом», с другой, стремительным научно-техническим прогрессом, обусловившими катастрофическое состояние земной биосферы. Так, согласно мнению академического сообщества, в течение ближайших 50 лет под воздействием глобального изменения климата (этот фактор уже сейчас оказывает большое влияние на наше общество, особенно в экономическом плане) экономический ландшафт полностью изменится[4]. Считаем, что переход от индустриальной экономики к биоэкономике на практике будет означать для человечества такое использование биопотенциала, когда объемы вовлеченных в производство биоресурсов станут равны объемам восстановленных (воспроизведённых) ресурсов. То есть биоэкономика позволит создать динамичную равновесную экономическую систему, обеспечивающую устойчивый экономический рост [1]. Однако, существуют опасения, что развитие биоэкономики без надлежащего регулирования и реализации, может привести к негативным последствиям. Анализ общественного мнения по результатам опросов, организованных в Европейском Союзе в 2011 г. показал, что общество разделилось в оценке последствий развития биотехнологий. Так, часть респондентов была настроена позитивно и отмечала преимущества данного процесса, связанные со снижением отходов от человеческой жизнедеятельности. Другая часть респондентов, напротив, высказала свое опасение по поводу развития биоэкономики, обосновывая свою позицию несовершенством нового экономического уклада, в частности из-за чрезмерной эксплуатации природных ресурсов и угрозы продовольственной безопасности[4]. В рамках данного исследования осуществлен анализ отношения профессионально ориентированных студентов к развитию биотехнологии в различных областях. Анализ результатов анкетирования показал, что мнение молодёжи, планирующей своё профессиональное развитие в области биотехнологий, в настоящее время складывается в пользу развития биоэкономики при наличии государственного регулирования. Так, 80% респондентов считают достаточным условием наличие долгосрочной стратегии устойчивого развития до 2030 года; около 67% респондентов убеждены в необходимости поддержки малого и среднего бизнеса, 33% - считают, что только тесное профессионального сообщества, власти и потребителей будет способствовать развитию биоэкономики и биотехнологии в регионе и стране. Кроме того, все опрошенные убеждены, что развитие современной медицины напрямую обусловлено уровнем развития биотехнологических исследований в данной сфере. Развитие

биоэкономики является основой устойчивого социально-экономического развития и в целом находит поддержку в среде молодых специалистов. Развитие биотехнологии оптимизирует расход человеческих и природных возобновляемых и невозобновляемых ресурсов.

Список литературы.

1. Бобылев, С.Н. и др. Биоэкономика: проблемы становления / С.Н. Бобылев, С.Ю. Михайлова, П.А. Кирюшин // Экономика. Налоги. Право. – 2014. – №6. – С.24
2. Жиганова Л.П. Перспективы развития биотехнологий в XXI в. /Л.П. Жиганова //Россия и Америка в XXI веке: Электронный научный журнал. - 2008. - № 1.
3. Македон Г.М., Талываря Н.П. Биоэкономика как одна из основ устойчивого развития общества // Известия Великолукской государственной сельскохозяйственной академии. . – 2013. – №1.
4. Никоноров С.М К «зеленой» экономике через «зеленые» финансы, биоэконому и устойчивое развитие // Русская политология. 2017. – №3. – С. 13

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Гапизова Р.М., Адзиева Х.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Целью нашей работы является оценка состояния здоровья населения регионов Северо-Кавказского федерального округа за период 2000-2020 гг. В процессе работы использовались официальные данные и статистические материалы Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения РФ за 2002-2020 годы.

В состав Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) входят семь субъектов федерации: Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия – Алания, Чеченская Республика, Ставропольский край. Он является самым маленьким федеральным округом РФ, площадь территории СКФО составляет около одного процента от площади территории России. На начало 2020 в нём проживало около 7% населения РФ, это 9 930 933 жителей. По численности населения СКФО опережает только Дальневосточный федеральный округ, в котором проживало 8 169 203 жителей. СКФО является самым демографически благоприятным регионом в России. В 2020 г. в данном регионе отмечен самый высокий уровень рождаемости, равный 14,4‰, и самый низкий уровень смертности среди федеральных округов России - 7,5‰. Самые низкие показатели смертности населения среди всех регионов России зафиксированы в Чеченской республике - 5‰, Ингушетии - 3‰ и Дагестане - 5,4‰. На протяжении периода 2000-2020 гг. в этих республиках сохраняются одни из самых высоких показателей рождаемости в стране. В СКФО проживает самое большое число долгожителей в России – 76,64%. Негативным моментом является то, что СКФО лидирует среди других федеральных округов по показателю младенческой смертности, который составил 5,7‰. Данная проблема является крайне актуальной и требует своего разрешения. Проанализированы показатели заболеваемости населения СКФО. В 2019 г. показатели общей заболеваемости населения СКФО были самыми низкими среди всех федеральных округов России – 1258,5‰. А по показателю первичной заболеваемости, который составил 635,0‰, СКФО уступил только ДФО. С 2000 года по 2019 заболеваемость населения СКФО увеличилась на 58,7%. На начало 2020 г. СКФО находился на последнем месте по классам заболеваний, являющихся причинами смерти. Среди регионов СКФО лидирующее место

по классам заболеваний по причине смерти занимал Ставропольский край. Среди классов болезней, являющихся причинами смерти населения СКФО, лидирующее место занимают болезни системы кровообращения (28,16%). Помимо болезней системы кровообращения, лидирующие позиции занимают злокачественные новообразования – 26,4%. Показатель заболеваемости по болезням системы кровообращения составляет 153,7‰, по болезням дыхания – 302,2‰. По показателям инвалидности СКФО занимает шестое место среди восьми округов России, что составляет 91% за 2019 год. В Северной Осетии показатель инвалидности равен 11,77‰, в Дагестане – 13,86‰, в Карачаево-Черкесии – 14,24‰. Самый высокий процент инвалидности отмечается в Ингушетии и Чечне. Там процент инвалидов равен 17,29‰ и 18,39‰ соответственно. Самые низкие показатели инвалидности наблюдаются у Дальневосточного – 49,4‰ и Уральского Федеральных округов – 71,6‰.

В СКФО сложилась самая благоприятная демографическая ситуация, об этом свидетельствуют высокий уровень рождаемости и низкий уровень смертности. СКФО характеризуется самыми низкими показателями общей и первичной заболеваемости среди федеральных округов РФ, но в регионе по-прежнему является проблемой высокий уровень младенческой смертности. По показателям инвалидности СКФО занимает одно из последних мест в России.

Список литературы.

1. Статистические сборники Минздрава России «Заболеваемость всего населения России» 2003- 2019 гг.
2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за 2019 год - Федеральная служба государственной статистики – 2019. – 2 с.
3. Рождаемость, смертность и естественный прирост - Федеральная служба государственной статистики – 2020. – 1 с.
4. Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности - Федеральная служба государственной статистики – 2020. – 1-2 с.

ЗНАЧИМОСТЬ ЭКОНОМИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ДЕФЕКТОЛОГОВ-ЛОГОПЕДОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Гарданова М.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Как известно, экономическое мышление представляет собой сложное и многогранное явление, это результат определенных экономических отношений, а также единство познания и преобразования действительности. Необходимо учесть общие социальные условия, в которых образуется экономическое мышление, и частные условия экономического, социально-политического и духовного характера. В современных условиях формирования экономического мышления россиян, становится одной из острейших проблем, что обусловлено главенством командно-административной экономики, существованию длительное время в стране бюрократических варваров. Сейчас же экономическое мышление является активной стороной общественного сознания, непосредственно определяет его действие при принятии экономико-социальных решений и практическое действие по их осуществлению, как в профессиональной, так и в повседневной деятельности человека. Целью исследования является изучение влияния экономического мышления на сферу профессиональной деятельности и повседневную жизнь дефектологов-логопедов и специалистов по социальной работе. С помощью

практических методов, таких как анкетирование, наблюдение, описание, необходимо выяснить мнение граждан разных возрастов и работников в разных сферах деятельности (в данном случае студентов-дефектологов 18-20 лет и социальных работников 35-45 лет) их отношение к тому, что необходимо ли в современном обществе экономическое мышление. И теоретические методы, такие как анализ, синтез и обобщение, для того чтобы систематизировать и обобщить полученные знания. Для статьи были использованы анкеты, составленные специально для данного эксперимента. Анкета содержала в себе вопросы, касающиеся экономического мышления. Основные вопросы: Знаете ли вы, что такое экономическое мышление? На ваш взгляд, каково влияние экономического мышления на вашу профессиональную деятельность? Каково влияние экономического мышления на вашу повседневную жизнь? Замечаете ли вы, как экономическое мышление влияет на вашу повседневную жизнь? Замечаете ли вы, как экономическое мышление влияет на вашу профессиональную деятельность?

Результаты анкетирования среди студентов - дефектологов показали, что 50% , считают экономическое мышление необходимым аспектом своей повседневной жизни и профессиональной деятельности. 26 % - считают, что могут обойтись без экономического мышления и 24% воздержались от ответа (выбрав пункт, затрудняюсь ответить). Результаты анкетирования среди социальных работников показали, что 73% считают, что экономическое мышление играет огромную роль в их повседневной жизни и в профессиональной деятельности. 8% не считают экономическое мышление важным аспектом для их существования. 19 воздержались (выбрав пункт, затрудняюсь ответить).

На основании вышесказанного, можно сделать выводы, что экономическое мышление в жизни человека имеет разное значение, в зависимости от возраста и места работы. Так, для студентов - дефектологов экономическое мышление, в силу своего возраста и специфики профессии, пока не является приоритетным и необходимым для жизнедеятельности аспектом их повседневности и профессиональной деятельности. А социальные работники, также в силу своего возраста и профессии, более сознательно относятся к данной стороне своей повседневной жизни и профессиональной деятельности.

Список литературы.

1. Айдарханов М. Основы экономической теории. Учебник. М.: Фолиант. 2017. – 432 с.
2. Кобяк О. В. Экономический человек: закономерности формирования мышления и механизмы управления поведением / О.В. Кобяк. – Минск: Право и экономика, 2016. – 211 с.
3. Лобачева Е. Н. [и др.] Основы экономической теории. Учебник для СПО. М.: Юрайт. 2019. – 540 с.
4. Побегайлов О.А. Погорелов В.А. Власян А. В. Проблемы экономического мышления работников сферы образования в условиях современного экономического кризиса / Инновации в науке. – 2017. – №5 (66). – С. 62-64
5. Хасанхонова Н.И., Эгамбердиев К.Ф. Современные типы экономического мышления/ Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – 2018. – № 3 (48) – С. 64-67

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Гафурова Ч.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Антибиотикорезистентность - феномен устойчивости штамма микроорганизмов к действию антибактериальных препаратов. В современном мире данная проблема довольно

актуальна, так по данным ВОЗ все больше инфекционных заболеваний – например пневмонию, туберкулез, гонорею и сальмонеллез – становится труднее лечить из-за снижения эффективности антибиотиков. Следствием этого является увеличение заболеваемости, сроков стационарного лечения и уровня смертности. Для того чтобы избежать этого, важно знать, какие факторы способствуют развитию антибиотикорезистентности. Цель: выявить социальные факторы, способствующие распространению антибиотикорезистентности, проведя анализ литературы и собственное исследование методом анкетирования. Провели анализ литературы, выявив возможные причины распространения антибиотикорезистентности. Также было проведено собственное исследование методом онлайн-анкетирования. В исследовании приняли участие 105 респондентов: 56 - из города Казань, 49 - из города Мамадыш.

Были выявлены следующие социальные факторы, способствующие развитию устойчивости бактерий. Во-первых, это самолечение. Провели исследование, в котором обнаружили, что 93% респондентов прибегают к самолечению при той или иной степени заболевания. Причем около 40% из них применяли антибиотики без рецепта врача. Это способствует росту устойчивости микроорганизмов, так как население недостаточно знает о правилах применения антибактериальных препаратов. О неграмотности населения в данном вопросе можно судить по двум причинам. Во-первых, люди недостаточно осведомлены о возможных угрозах возникновения резистентности микроорганизмов. Согласно исследованию, проведенному ВОЗ в 12 странах, хоть 2/3 респондентов слышали об антибиотикорезистентности, но о реальном риске знают лишь немногие: 76% из них считают, что резистентность развивается в пределах только одного организма, 66% — что если пациент следует указаниям врача, развития нечувствительных микробов можно не опасаться. Еще одной причиной развития нечувствительности микроорганизмов является незнание населения о необходимости прохождения полного курса лечения препаратами. По данным ВОЗ 1/4 россиян уверены, что прекращать прием этих препаратов можно сразу после улучшения самочувствия, то есть соблюдение курса, по их мнению, не нужно. Вторая причина развития антибиотикорезистентности - отсутствие надлежащего контроля. Несмотря на наличие законодательной базы, запрещающей свободную продажу антибиотиков, для населения не составляет труда приобрести антибиотики без рецепта. Причем, было выявлено, что данная проблема больше распространена в небольших городах (г. Мамадыш), чем в крупных (г. Казань). 47% жителей Мамадыша покупают антибиотики без рецепта, и 39% - в Казани. Таким образом, основными социальными факторами, способствующим развитию антибиотикорезистентности являются отсутствие достаточного контроля за продажей и применением антибиотиков, самолечение населения при недостаточном уровне информированности о правилах применения антибактериальных препаратов, а также о возможных последствиях при данном лечении. Можно сделать вывод, что необходимо повысить уровень грамотности населения в вопросах самолечения и применения антибактериальных лекарств, а также урегулировать такие процессы, как самолечение и использования антибиотиков.

Список литературы.

1. Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам [интернет]. Женева: ВОЗ; 2001. Доступно по: http://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy.htm/ru/. Ссылка активна на 08.11.2020.
2. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотикорезистентность в современном мире. //Педиатрическая фармакология. - 2017; - 14 (5) - С. 341–354.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. ВОРОНЕЖА

Гудков В.М., Бакутина Ю.Ю., Черток Е.Д.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19) началась в середине декабря 2019 г. - в феврале 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о пандемии этой инфекции (1, 2). В настоящее время зарегистрировано более 44 млн. инфицированных в мире, в т.ч. более 1,6 млн. в России. Заболевание характеризуется высокой степенью контагиозности, тяжелым течением и высокой летальностью. В связи с этим большое значение имеет грамотный подход к профилактике коронавирусной инфекции (1, 2). Целью нашей работы было изучение информированности студентов ВУЗов о новой коронавирусной инфекции, а также их готовности принять участие в проведении профилактических мероприятий и оказании помощи органам здравоохранения. Была разработана анкета, которая содержала вопросы о знании эпидемиологии, особенностях клинических проявлений, возможных осложнениях COVID-19 и мерах профилактики. Для студентов немедицинских ВУЗов была разработана адаптированная анкета. В опросе приняли участие 198 студентов Воронежского государственного медицинского университета (ВГМУ) и 68 студентов других ВУЗов г. Воронежа. Анкетирование проведено в период с марта по май 2020 г. Математическая обработка проведена с использованием стандартных методов параметрической статистики. Большинство студентов всех ВУЗов знают, что первая вспышка COVID-19 произошла в Китае (г. Ухань) – 96,5%. 31,3% студентов медицинского ВУЗа и 26,5 % других ВУЗов считают основными проявлениями COVID-19 ОРВИ, а 57,6% и 73,5% соответственно – острую пневмонию. Только половина студентов – медиков (53,5%) знают о принадлежности нового коронавируса к определенному роду и классу вируса. Подавляющее большинство респондентов не сомневаются, что природным резервуаром коронавируса являются летучие мыши (92,9-98,5%). При этом 15,7% студентов медицинского ВУЗа считают, что источником заражения человека являются именно летучие мыши, а не больной человек. О входных воротах инфекции в большей степени информированы студенты непрофильных ВУЗов по сравнению с медицинским (89,7% и 68,2% соответственно). О сроках инкубационного периода имеют правильную информацию не все студенты (86,9%). Также не все студенты знают о том, что основное значение для заражения имеет прямой контакт с больным человеком (осведомлены лишь 87,9%). Только половина студентов-медиков знают о главной мишени поражения COVID в организме человека и симптомах поражения центральной нервной системы (39,9% и 56,1% соответственно). Развитие пневмонии считают основным осложнением 85,9% студентов ВГМУ и 92,6% студентов других ВУЗов. 82,3% студентов-медиков и 68,7% других студентов имеют верную информацию о высоком риске тяжелого течения заболевания у пациентов с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких и гипертонической болезнью. О более легком течении заболевания у детей имеют представление 88,4% и 72,1% соответственно, что соответствует современным данным (3). В анкете для студентов медицинского ВУЗа содержался вопрос о знании лекарственных препаратов для лечения COVID-19, на который только 44,4% ответили правильно (в соответствии Методическими рекомендациями МЗ РФ). Таким образом, информированность студентов по вопросам профилактики, особенностям клинического течения и осложнениям COVID-19 не соответствует современной ситуации и свидетельствует о недостаточной заинтересованности. При этом 63,2% студентов-медиков и 54,7 студентов непрофильных ВУЗов изъявили желание оказывать помощь практическому здравоохранению, в том числе в профилактической работе.

Выводы:

1. Информированность студентов ВУЗов г. Воронежа о новой коронавирусной инфекции является недостаточной.
2. Необходимо информирование студентов о возможности получения актуальной информации на Интернет-сайтах.
3. Органы здравоохранения могут активно привлекать студентов ВУЗов для оказания помощи в борьбе с COVID-19.

Список литературы.

1. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 8.1 от 01.10.2020 г.
2. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 9 от 26.10.2020 г.
3. Методические рекомендации МЗ РФ «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей», версия 2 от 03.07.2020 г.

ОТНОШЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ И СТЕПЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ В ВОПРОСАХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ефремова У.С.

Башкирский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является одной из основных проблем глобального здравоохранения. К концу 2019 года в мире было около 38 миллионов ВИЧ-инфицированных, при этом из-за за все время вируса умерло почти 33 миллиона [5]. К середине 2020 года в России проживало около 1 миллиона зараженных [6]. Несмотря на высокий темп распространения заболевания, многие считают ВИЧ-инфекцию болезнью, которая может коснуться только уязвимых групп населения [4]. ВИЧ-инфицированные подвергаются стигматизации и дискриминации [3]. Такое отношение препятствует эффективной профилактике населения и оказанию медицинской помощи больным [2]. В связи с описанным, мы считаем необходимым изучить отношение обучающихся образовательных учреждений высшего образования к людям, инфицированным ВИЧ, и степень их осведомленности в вопросах ВИЧ-инфекции социологическим методом. Для достижения поставленной цели был использован социологический метод. Мы составили авторскую анкету, которая включила в себя ряд закрытых и открытых вопросов об отношении к ВИЧ-инфицированным и путях передачи и профилактики заболевания. Респондентами стали 263 обучающихся, из которых 23% (61/263) мужского пола и 77% (202/263) женского пола. Средний возраст респондентов составил $18,8 \pm 2,03$. 55,5% (146/263) были студентами медицинских специальностей (лечебное дело, педиатрия, стоматология), остальные 44,5% (117/263) – обучающиеся специальностей, не связанных с медициной. Сбор данных проходил дистанционным способом через платформу «Google формы» в январе – августе 2020 года. Для статистической обработки данных применялись пакеты программ: Microsoft Excel, STATISTICA 10, использовался критерий Хи-квадрат.

При анализе было выяснено, что 53,2% (140/263) опрошенных считают, что ВИЧ-инфекция может коснуться их лично; 16% (42/263) уверены, что они не могут заразиться и 30,8% (81/263) затруднились ответить на вопрос. Студенты медицинских и немедицинских специальностей с одинаковой частотой относили себя к группе риска (Критерий Хи-квадрат Пирсона $p > 0,05$) Чаще всего заражаются ВИЧ-инфекцией, по

мнению 73% (192/263) респондентов, люди, страдающие наркотической зависимостью, 78,3% (206/263) отметили “людей с беспорядочными половыми связями”, 17,5% (46/263) – “молодежь”. Ответ “все, любой человек” – дали 32,7% (86/263) опрошенных, однако не сделали никаких пометок после этой фразы лишь 46 человек (17,5%). Кроме того, в группу риска респонденты относили лиц, страдающих алкогольной зависимостью, социально неблагополучных и бездомных. На вопрос “Как передается ВИЧ-инфекция?” – 100%(263/263) – указали “половым путем”, 96,5%(254/263) – через кровь, 92,4%(263/263) – “При использовании нестерильного инструментария, шприцев”, 85,9%(220/263)- “От ВИЧ-положительной мамы к ребёнку”, 83,6%(220/263) – “При трансплантации донорских органов, тканей”, 82,1%(216/263) – “При нанесении татуировок, пирсинге”, 8%(21/263) – “При укусах насекомых”, упоминались способы передачи при поцелуе, воздушно-капельным путем и через одежду. На вопрос: “Может ли ВИЧ передаваться через прикосновение неповрежденной кожи?” – 2,3% (6/263) человек сказали – “да” (4 из них студенты медицинских направлений), 2,3%(6/263) – затруднились с ответом, 95,4%(251/263) ответили – “нет”. Однако рукопожатием с ВИЧ+ человеком обменялись бы только 89% (234/263), обнялись бы – 87% (229/263). Считают возможным заразиться при совместном приеме пищи с ВИЧ-инфицированными 6% (16/263), опасным находиться в одной комнате – 3 респондента (1,1%), двое из них – студенты медицинских специальностей. При этом все люди, которые отказались бы обняться с ВИЧ-инфицированным человеком или затруднились с ответом на этот вопрос, уверены, что зараженные заслуживают обычного отношения или сочувствия и заботы. Согласились бы, чтобы родственник работал с ВИЧ-инфицированным 75,6% (199/263); 16% (42/263) – не определились с ответом и 8,4% (22/263) сказали “нет”. 6,8% (18/263) убеждены, что ВИЧ+ люди могут вступать в брак только с ВИЧ+ людьми. Считают, что ВИЧ-инфицированные могут посещать общественные бассейн/баню/сауну 65% (171/263). Необходимость в изоляции зараженных видят 3,8% (10/263), что является более низким значением, чем значение (13%), полученное группой ученых из Гомеля при проведении опроса среди студентов [1]. В качестве профилактических мер респонденты указывали использование контрацепции, индивидуальную гигиену, соблюдение техники безопасности на работе, ведение “порядочного”/“нормального” образа жизни, один из респондентов указал “строгую гетеросексуальность”. Регулярно сдают анализы на ВИЧ 31,7% (82/263) опрошенных. Нуждаются в дополнительной информации – 44% (116/263).

Большинство обучающихся не склонны к стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей. Однако у некоторых людей прослеживается наличие стереотипов и ложных убеждений, касающихся способов передачи заболевания, склонность к дискриминации больных и эмоциональном неприятии.

Список литературы.

1. Буринский Н. В. и др. Отношение студентов к ВИЧ-инфицированным // Молодежный сборник научных статей «Научные стремления». – 2012. – №. 2.
2. Голенков А. В., Булыгина И. Е. Исследование отношения различных групп населения к ВИЧ-инфицированным // Здравоохранение Чувашии. – 2007. – №. 3. – С. 48-55
3. Покровский В. В. и др. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство. – 2013.
4. Trends in the epidemic process of HIV infection in the Voronezh Region / TA Mamchik, TN Sitnik, AV Khaperskov, IA Valyavskaya // Journal of Infectology. - 2017. - Volume 9, No. 4, Annex 1. - P. 62 - 64.
5. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (дата обращения: 5.11.20)
6. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс] URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/07/Spravka-VICH-v-Rossii-1-polugodie-2020.pdf>

ЭКОНОМИКА ИНКЛЮЗИВНОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Исмаилова А.А., Крючкова А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Главной задачей современного социально-ориентированного государства, находящегося в непрерывном динамичном развитии, является достижение состояния гармоничного равновесия социума, бизнеса и государства. Одним из подходов к достижению такого равновесия может выступить инклюзивная экономика, поскольку системная «инклюзивность», как способ кардинального изменения ситуации, означает осознанную поддержку обществом усилий каждого индивида по обретению им достойного социального существования. В связи с этим целью исследования стал анализ предпосылок, существующих в России в настоящее время, для перехода к инклюзивному экономическому росту.

Материал и методы. Материалами исследования послужили публикации отечественных и зарубежных авторов по теме исследования, материалы финансовых форумов относительно перспектив экономического роста и финансовой науки, статистические данные Федеральной службы государственной статистики, а также данные, полученные в результате проведения в рамках исследования социологического опроса. Наряду с общенаучными методами (синтез, анализ, индукция, дедукция) в работе применялись такие методы научного познания, как: политэкономический, институциональный, социологический, методы статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Изучение научной литературы по вопросам инклюзивной экономики позволило определить основную задачу такого способа организации хозяйственной деятельности - обеспечение для общества равного доступа к экономической автономии и свободному контакту между разными слоями социума. Реализация поставленной задачи может идти двумя путями.

Первый путь, характерный, по мнению некоторых учёных, для современного российского общества, предполагает экономическое развитие, направленное исключительно на бедные слои населения, вынужденного весь свой доход полностью расходовать на потребление.

Второй путь, впервые озвученный в 2018 году на экономическом форуме в Давосе, предполагает обеспечение равных возможностей для социальной мобильности талантливых представителей всех слоёв общества, а также оказания поддержки уязвимых слоёв населения. Такой подход реализуется во многих странах с развитой экономикой. Ранжирование их по индексу инклюзивного развития IDI, основанному на расчёте 12 показателей, характеризующих рост и социально-экономическое развитие (включая рост ВВП, трудовой деятельности, ожидаемой продолжительности жизни), инклюзивность (средний уровень степени бедности и неравенства) и межпоколенческую устойчивость (уровень сбережений, демографической нагрузки, госдолга и засорения окружающей среды), что отображает более целостную картину роста уровня жизни граждан, позволило выделить в рейтинге 29 продвинутых стран и 78 развивающихся. Деление стран на две группы было необходимо из-за существенных различий между ними в определении уровня бедности. Наиболее развитыми признаны скандинавские страны.

В свете развития инклюзивной экономики любой гражданин должен иметь доступ к главным потребностям для поддержания собственной жизнедеятельности: еде, воде, одежде, здравоохранению, жилью, образованию, энергетическим ресурсам. При этом доля среднего класса должна увеличиться до 50 процентов численности всего населения. Большую часть среднего класса должны составить люди, занятые созданием новой экономики знаний, технологий и обеспечением развития самого человека.

В рамках проведенного исследования на основе официальных статистических данных была проанализирована динамика российской экономики за последние 20 лет.

Обращает на себя внимание тот факт, что на долю первых трёх двадцатипроцентных групп населения приходится только 30% общих доходов населения, а в то время как четвертая и пятая получают оставшиеся 70%.

Коэффициент Джини, называемый индексом экономического неравенства, составил в 2019 году по данным Росстата 0,41, что свидетельствует о высокой степени расслоения общества. Для сравнения, в 1991 г. , перед распадом Советского Союза, коэффициент Джини составлял 0,26.

Проведенный анализ можно дополнить изучением другого показателя -дециального коэффициента, отражающего соотношение средних доходов 10% самых богатых жителей государства к 10% доходов самых бедных жителей. В настоящее время его значение составляет 15,4, что свидетельствует о значительной дифференциации доходов в обществе, приводящей к социальной напряженности в обществе, гипотетически грозящей возникновением беспорядков. Анализ динамики показал, что самыми напряженными был 2007 год, когда децильный коэффициент возрос с 15,9 в 2006 году до 16,7. После 2010 наметилась устойчивая тенденция к снижению дифференциации доходов, однако достичь показателя 200 года (13,9) так и не удалось.

В мировой практике воплощение в жизнь инклюзивного подхода осуществляется при поддержке общества. В рамках исследования был проведен социологический опрос были проведены в двух городах Юга России (Ставрополь, Махачкала), в котором приняли участие люди разных возрастов, различных профессий, имеющие различный доход.

Анализ результатов опроса показал, что только 46% опрашиваемого населения знают, что такое инклюзивная; 40% ответили, что «что-то слышали»; 14% – ответили, что «впервые слышат». Никто из респондентов не участвовал в социальных проектах, проводимых в поддержку экономики инклюзивной цивилизации. Большинство из опрошенных выразили поддержку политики, направленной на выравнивание доходов населения (86%), и готовность к участию в поддержке социальных проектов, направленных на выявление талантливых детей и молодёжи, в рамках реализации такой политики (62%).

Заключение. Поскольку наибольшим сопротивлением к внешним угрозам и экономическому спаду располагают государства с большей инклюзивностью социально-экономической системы, в которых главную роль занимает разрешение социальных и экономических проблем и создание такой политики, которая будет направлена на охрану раздельных общественных категорий и выравнивание доходов, представляется целесообразным переход российской экономики к инклюзивному развитию.

Анализируя статистических данных с точки зрения дифференциации доходов населения за последние 20 лет свидетельствует о значительном расслоении общества, препятствующим развитию социального и экономического благополучия. Для его преодоления необходимо обеспечить равные возможности для социальной мобильности населения, роста среднего класса.

Осуществление проинклюзивного подхода направлено на выравнивание доходов населения, что, в целом вызывает общественное одобрение и служит снижению социального напряжения в обществе.

Список литературы.

1. Новиков, А.И. и др. Защита от бедности: проблемы и пути решения / А.И. Новиков, Ж.А. Жилина., С.А. Цветков //Вестник ВлГУ, серия «Экономика», Электронный журнал 2016. №3 (9). – С. 85-92.
2. Валлерстайн, И. Утопистика: Исторические альтернативы для XXI века/ И. Валлерстайн // Офиц. изд. Братства Тройка, серия «Теории сопротивления», Пер, с англ. Под ред В. Иноземцева 2008. – С. 368.
3. Мончиньска, Э. Экономический порядок. Барьеры и дилеммы / Э. Мончиньска, З. Садовски. // О формировании экономического порядка, РТЕ, Варшава, 2008. – С. 151–168.

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Киселева А.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Здоровье и благополучие матери и ребенка – одна из основных забот семьи, государства и общества в целом, так как любая грамотная политика строится на понимании того, что дети составляют единственный резерв страны, который будет определять уровень экономического и духовного развития государства в будущем. Уровень развития службы охраны материнства и детства является одним из индикаторов социального здоровья общества [4]. Как известно, одним из приоритетных направлений деятельности Правительства РФ и президента В.В. Путина является демографическая политика, а в её рамках повышение значимости служб, способствующих развитию института семьи. Целью исследования стало изучение и анализ мероприятий по охране здоровья матери и ребенка в Воронежской области. Обработка информации и анализ данных, предоставленных Департаментов здравоохранения Воронежской области. Анализ данных Отчета о реализации государственной программы Воронежской области «Развитие здравоохранения» [3] показал основные мероприятия, направленные на охрану здоровья матери и ребенка на территории Воронежской области. Установлено, что в регионе реализуются следующие мероприятия: 1. Проведение профилактики и раннего выявления осложнений беременности. 2. Централизация учреждений родовспоможения путем перепрофилирования коек маломощных акушерских стационаров. 3. Совершенствование маршрутизации беременных женщин в условиях 3-уровневой системы родовспоможения, в т.ч. с использованием программы «РИСАР». Обеспечение взаимодействия учреждений родовспоможения с дистанционным областным акушерским центром. 4. Выполнение клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения по акушерству и гинекологии, неонатологии. 5. Применение вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия. В регионе функционируют 4 межрайонных акушерских центра, 2 акушерских дистанционных консультативных центра. Идет процесс по оптимизации взаимодействия перинатального центра, расположенного в г. Воронеже с медицинскими организациями области. На совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи» в 2019 году из областного бюджета было направлено чуть менее 19,7 млн. руб. Продолжается работа по программе электронного мониторингирования беременных «РИСАР». По состоянию на 01.01.2020 в программе «РИСАР» всего состояло 16850 пациенток, что составляет 100 % от общего количества беременных, поставленных на учет в медицинских организациях Воронежской области. В качестве одного из видов вспомогательных репродуктивных технологий используется экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) [5]. На территории Воронежской области в программе ЭКО в 2019 году участвовали 780 пар, что на 92 пары больше по сравнению с 2018 годом. Жительницам Воронежской области за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2019 году выполнено 1 145 законченных циклов ЭКО, в 2018 г. – 1011 циклов ЭКО по ОМС). Всего в регионе в 2019 году родоразрешено 348 женщин после ЭКО, родилось 398 детей. На реализацию мероприятия «Профилактика абортов. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» направлено из областного бюджета 100,0 тыс. руб. На территории области продолжили работу 5 Центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и 34 Кабинета медико-социальной помощи, прикрепленных к Центрам, 13 телефонов доверия. Консультативную помощь оказывают 41 психолог, 7 социальных работников, 21 юрист. В 2019 году в государственные медицинские организации за направлением на аборт обратились 3002

беременные женщины, все женщины прошли доабортное консультирование, по результатам которого 511 женщин приняли решение вынашивать беременность [1].

В Воронежской области продолжается работа по развитию 3-уровневой системы родовспоможения, централизации акушерской помощи, оптимизации коечной сети. В программе «РИСАР» работают все медицинские организации Воронежской области. С 2018 года усовершенствована работа по взаимодействию консультативно-диагностического отделения перинатального центра с медицинскими организациями области по ведению группы высокого риска. В 2019 году в перинатальном центре г. Воронежа проведено 5 561 родов, что на 333 (12,3 %) меньше по сравнению с 2018 годом. В регионе сохранилась позитивная динамика по снижению числа аборт, частота абортов на 1000 женщин фертильного возраста снизилась на 13 %.

Список литературы.

1. Бондаренко, А.Е., Фомина, Н.Н. Медико-демографические показатели здоровья населения в Воронежской области с 2007 по 2017 годы / А.Е. Бондаренко, Н.Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № 2. С. 455-456.

2. Иваненко, В.А., Фомина, Н.Н. Исполнение государственной программы «Развитие здравоохранения»: региональный аспект / В.А. Иваненко, Н.Н. Фомина. // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № S1. С. 62-63.

3. Отчет о реализации государственной программы Воронежской области «Развитие здравоохранения» за 2019 год [Электронный ресурс]. URL: <https://zdrav36.ru/gosudarstvennaya-programma-razvitie-zdravoohraneniya/2019-otchety-gp-razvitie-zdravoohraneniya> (дата обращения: 29.10.2020).

4. Фомина, Н.Н. Доходы сельского населения как социальное препятствие экономического развития / Фомина Н.Н. // В сборнике: Политэкономические проблемы развития современных агроэкономических систем. Сборник научных статей 4-й Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Фалькович Е.Б., Мамистовой Е.А., 2019. С. 76-79.

5. Чепрасова, А.А., Инютин, В.В. Этические проблемы аборта / Чепрасова А.А., Инютин В.В. // Молодежный инновационный вестник. 2013. Т. 2. № 1. С. 278.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ОПИСТОРХОЗОМ И МЕР ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Колоколова Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет

Одним из гельминтозов является описторхоз, крупнейший очаг которого зарегистрирован в Западно-Сибирском регионе (Обь-Иртышский бассейн), в том числе и в Томской области [2]. Возбудителями описторхоза являются трематоды видов: *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*, паразитирующие в желчных протоках, желчном пузыре и поджелудочной железе [1]. Описторхоз повышает риск возникновения рака печени, усугубляет протекание бронхиальной астмы и сахарного диабета, а также может маскироваться под сердечно-сосудистые заболевания. Поэтому чтобы не допускать заражения, необходима профилактика описторхоза. Цель данного исследования- изучение информированности студентов СибГМУ в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики. Для изучения информированности в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики среди студентов СибГМУ было проведено исследование. Исследование носило анонимный характер и проходило в рамках опроса в 2019 году. Специально для реализации цели была

разработана анкета, на основе которой была создана google-форма. Также была составлена и распространена среди студентов СибГМУ памятка по мерам профилактики описторхоза.

В опросе приняли участие 161, возраст респондентов варьировался от 18 до 23 лет. Основным местом жительства которых является Томск (на постоянном проживании 20,5 %, на временном – 80,1 %). Большинство опрошенных студентов информировано о том, что описторхоз вызывается плоским червем 71,4 %, меньшая часть считает, что описторхоз вызывает круглый червь (22,4 %), остальные, что простейшим и вирусом (4,3 и 1,9% соответственно). Также студенты знают о том, что описторхозом можно заразиться алиментарным способом (верно ответили 95,7 %, неверно - контактным ответили 4,3 %), употребляя пресноводную рыбу (95 % опрошенных, и 5 % считают, что морскую рыбу). Тем не менее около половины студентов купаются в открытых водоемах (54 %), употребляют речную слабосоленую или полукопченую рыбу (44,1 %) и не используют отдельные ножи и разделочные доски для продуктов (54%), также 21,1% студентов употребляет рыбную «строганину», остальные не купаются в открытых водоемах (46%), не употребляют слабосоленую или полукопченую рыбу (55,9%), используют отдельный кухонный инвентарь (46%) и не употребляют строганину (78,9%). У студентов был выявлен высокий уровень знаний по минимальному времени приготовления рыбы: при варке рыбы ответили 10 мин (1,2%), 15 мин (13%), 20 мин (43,5%) и 30 мин (42,2%), при жарке рыбы в масле 10 мин, 15 мин, 20 мин и 30 мин ответили соответственно 9,3 %, 31,1 %, 35,4 % и 24,2 %. Важно отметить, что большая часть студентов не знает, что личинки описторха можно уничтожить при длительной заморозке (68,9 % ответили нельзя, 31,1 % ответили, что можно). Выявлено, что студенты всех факультетов и курсов СибГМУ достаточно информированы об описторхозе и его мерах профилактики. Но небольшое количество студентов недостаточно осведомлены о мерах профилактики описторхоза, поэтому нужно проводить санитарно-просветительские мероприятия среди студентов.

Список литературы.

1. Бронштейн А. М., Малышев Н. А. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы) // Рус. мед. журн. — 2004; 12 (4): 208–211.
2. Бычков В. Г., Крылов Г. Г., Плотников А. О. Описторхоз в Обь-Иртышском бассейне (вопросы этиологии и патогенеза) // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2007; 4: 1–6

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Колоколова Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет

В последние годы около 20% пациентам клиник СибГМУ – жителям азиатской популяции Сибирского Федерального Округа оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. Анализ данных литературы указывает на необходимость отдельного рассмотрения особенностей диагностики и проявлений метаболического синдрома (МС), его влияния на повседневное качество жизни (КЖ) у этого контингента лиц, подвергшихся стремительному влиянию урбанизации и переходу на европеоидный тип питания [1,3]. Поэтому целью данного исследования стало изучение значения антропометрических показателей – индекса массы тела (ИМТ), отношения обхвата талии к росту (ОТ/Р, в условных единицах) в диагностике МС и их взаимосвязь с КЖ.

Одномоментное выборочное обследование проведено у 29 практически здоровых женщин (средний возраст 35,2 года) тувинцев, находящихся по уходу за детьми в клинике СибГМУ. Для оценки компонентов МС пациентам в стационаре проводили измерение веса, роста, артериального давления (АД). Ожирение диагностировали при ИМТ ≥ 30 кг/м² – величине, которая наиболее часто используется в диагностике МС [4]. У 23 (79,5%) пациентов основной группы из 29 присутствовали 2 компонента МС – наличие гипергликемии натощак и повышение систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в пределах высокого нормального или периодически в пределах артериальной гипертензии 1 степени. У остальных 6 (20,5%) пациентов была нормогликемия и оптимальные цифры САД и ДАД, они составили контрольную группу. Оценка КЖ – субъективного восприятия МС, проведена с помощью опросника MOSSF-36 [5]. Исследовано состояние физического (физическое функционирование (PF); «ролевое» функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH)) и психического здоровья (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); «ролевое» функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH)). Обработка данных опроса проводилась с помощью программы калькулятора в Microsoft Excel. Результаты исследования показали, что у 6 пациентов контрольной группы при оптимальном САД и ДАД (в среднем 116,2 и 75 мм. рт. ст.) и нормогликемией натощак (в среднем 4,85 ммоль/л) ИМТ от 22,0 до 23,9 кг/м² (в среднем 23,3 кг/м²), индекс ОТ/Р от 0,41 до 0,47 усл. ед. (в среднем 0,43 усл. ед.). В данной группе показатели КЖ составили PF (97), RP (100), BP (100), GH (92), VT(78), SF (94), RE(100), MH (84) баллов. У 14 пациентов основной группы с высоким нормальным САД и ДАД и артериальной гипертензией I степени (среднее САД и ДАД 138,1 и 90,9 мм. рт. ст. соответственно) и повышенным уровнем гликемии натощак (в среднем 6,49 ммоль/л) при отсутствии ожирения по ИМТ (средний ИМТ 28,1 кг/м²) индекс ОТ/Р составил от 0,49 до 0,52 усл. ед. (в среднем 0,50 усл. ед.). Показатели КЖ в среднем составили PF (67), RP (70), BP (100), GH (77), VT(75), SF (90), RE(83), MH (81) баллов. У остальных 9 пациентов основной группы также с наличием 2 компонентов МС (высокое нормальное САД и ДАД и артериальная гипертензия I степени (среднее САД и ДАД 140,5 и 93,0 мм. рт. ст. соответственно), повышенный уровень гликемии натощак (в среднем 6,58 ммоль/л), имеющих ожирение по ИМТ (в среднем 32,0 кг/м²), индекс ОТ/Р составил от 0,52 до 0,55 усл. ед. (в среднем 0,53 усл. ед.) Показатели КЖ в данной группе составили PF (56), RP (44), BP (100), GH (71), VT(74), SF (92), RE(78), MH(80) баллов. У пациентов с компонентами МС имеются более низкие показатели КЖ, что соответствует результатам других исследований авторов, например, Алексеева Н.С. (2014 г.) [2]. Новым аспектом в нашем исследовании стало выявление предикторов МС у пациентов азиатской популяции и корреляции результатов с их КЖ. Наибольшая разница в КЖ среди пациентов группы контроля и пациентов основной группы была выявлена по показателям PF, RP, GH. Установлено, что среди пациентов основной группы без ожирения по ИМТ, но с повышенным индексом ОТ/Р (0,50 усл.ед.) по сравнению с контрольной группой уже отмечается снижение КЖ по этим параметрам. Это позволяет отнести индекс окружность талия/рост к более чувствительному показателю в диагностике МС у этого контингента пациентов, а также объяснить выявленное у них снижение КЖ и важность первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний обусловленных им, прежде всего, путем формирования здорового образа жизни.

Список литературы.

1. Алексеева Т.И. Адаптация человека в различных экологических нишах Земли (биологические аспекты). — М.: МНЭПУ, 1998. — 280 с. 71(2): 154—159.
2. Алексеева Н.С. Влияние компонентов метаболического синдрома на качество жизни пациентов. *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2014;(6):9-13.

3. Разина А.О., Руненко С. Д., Ачкасов Е.Е. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире // Вестник РАМН. 2016
4. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д. Ожирение: современный взгляд на проблему // Ожирение и метаболизм. 2016
5. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide. — Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. — P.68-82

БИОЭКОНОМИКА В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Комарова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы связана со значимостью биотехнологии, являющейся источником значительной доли экономического производства, для развития национальной экономики. Целью исследования стало изучение перспектив развития биоэкономики с учётом существующих ограничений, сопряженных с морально-нравственной стороной и контролем со стороны общества. Методологическую основу исследования составляют диалектическая теория познания и основанные на ней методы: методы анализа и синтеза; статистический и системный анализ. Эмпирической базой исследования послужили нормативные правовые акты в области биоэкономики. Теоретической базой исследования послужили работы отечественных и зарубежных учёных и практиков, посвященные данной проблеме. С целью изучения мнения студенческой молодежи и академического сообщества о развитии биоэкономики в области генной инженерии было проведено социологическое исследование в форме анкетирования. В опросе приняли участие 45 респондентов: 15 преподавателей и 30 студентов университета с 1-го по 6-й курс.

Биотехнологии, подразумевающие модификацию и изменение организмов для создания новых способов их практического применения в первичном производстве, здравоохранении и промышленности являются неотъемлемой частью биоэкономики [1]. Программы по развитию биоэкономики основаны на реализации биологических материалов и природных ресурсов с использованием методов биотехнологии, которые охватывают различные аспекты: экономические, промышленные, экологические. И в большей части проблематика развития биоэкономики кроется в достижении цели устойчивого развития. Пропорционально росту населения и на фоне климатических изменений уменьшается объем доступных природных ресурсов. Развитие биотехнологий нередко рассматривают как один из двигателей экологически устойчивого производства и создания разнообразных инновационных продуктов, способных смягчить или даже решить некоторые глобальные проблемы человечества [2]. Однако достижение устойчивого развития биоэкономики является не единственной проблемой. Затрагивая морально-этическую сторону, остро стоит вопрос об использовании генно-модифицированных организмов: генной инженерии растений в сельском хозяйстве, фарминдустрии, клонировании животных, методов клинических исследований. Между тем необходимость развития биоэкономики становится все более важной для большинства стран. Активно развивая биотехнологический сектор производства, представляющий биоэкономику, к лидирующим позициям стремиться Россия. В Комплексной программе развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной Правительством РФ 24.04.2012 N 1853п-П8 определены долгосрочные цели реализации Программы – выход в 2020 году на объем биоэкономики в России в размере около 1% ВВП и в 2030 году - не менее 3% ВВП. Путь развития имеет четкую цель – интеграция отечественной биотехнологии в мировую биоэкономику. Вместе с тем Россия до

01.01.2021 года законодательно сдерживает использование генно-модифицированных организмов на основании Постановления Правительства РФ от 16.04.2020 N 520. Отсутствие разработок биотехнологий в области производства генетически модифицированных продуктов и культур, клонирование животных, значительно может тормозить развитие биоэкономики. В этом вопросе Россия, Африка, Малайзия находятся в оппозиции к таким экономически стабильным странам как: США, Канада, Австралия. Страны ЕС являются центром исследований в области биоэкономики и биотехнологий. Здесь проводят собственные генные разработки, ограничивая ввоз трансгенных растений из других стран, и стараются учитывать отношение потребителей к вопросу ГМО [3]. Результаты исследования показали, что общественное мнение складывается не в пользу применения инновационных технологий в области генно-модифицированных организмов (далее – ГМО). Так, 98% преподавательского состава единодушны во мнении, что выращивание ГМО-растений и разведение генетически модифицированных животных для производства продуктов питания не является безопасным и обоснованным. Не видят взаимосвязи между экономическим развитием государства и реализацией продукции ГМО около 75% опрошенных. Только 25% респондентов полагают, что развитие биотехнологий в этой области позволит России выйти на лидирующие позиции в мире. Почти 82% респондентов считают, что применение ГМО не влияет на экономию природных ресурсов, только 18% - готовы к замещению натуральных продуктов модифицированными в целях сохранности природных богатств. Студенты поддержали преподавателей в голосовании «за» законодательный запрет, регулирующий разработки в области генной инженерии. Употреблять в пищу трансгенные продукты не готовы 98% молодежи. Экспортирование ГМО-продукции полагают возможным 12%. Однако при этом 88% обучающихся выступают против бюджетного финансирования разработок биотехнологий, направленных на исследования генетически измененных организмов. Таким образом, устанавливая запрет на государственную регистрацию продукции и генно-инженерно-модифицированных организмов, предназначенных для выпуска в окружающую среду, а также продукции, полученной с применением таких организмов или содержащей такие организмы, необходимо учесть негативное мнение общественности и продлить санкционные меры по запрету трансгенной продукции в России и после 01.01.2021 года. Представляется целесообразным направить вектор развития биоэкономики на использование альтернативных источников энергии.

Список литературы.

1. McCormick K., Kautto N. The Bioeconomy in Europe: An Overview. Sustainability, 2013, vol. 5, pp. 2589–2608.
2. Бобылев, С.Н. и др. Биоэкономика: проблемы становления / С.Н. Бобылев, С.Ю. Михайлова, П.А. Кирюшин // Экономика. Налоги. Право. – 2014. – №6. – С.22.
3. Мартынов К. Проблемы оценки продовольственной безопасности России / К.П.Мартынов // Теория и практика общественного развития. – 2014. – №14. – С. 94–97.

НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ ПО ЭКОНОМИКЕ 2019 ГОДА: ЭКСПЕРИМЕНТЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Лукьянова А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Бедность, как отсутствие возможности обеспечивать условия для жизни человека, является глобальной мировой проблемой и особенно остро стоит в развивающихся странах, где проживает примерно 2/3 населения планеты. Огромные масштабы бедности и невозможность полного искоренения данного явления актуализируют необходимость

выявления причин бедности и научный поиск оптимальных мер по её сокращению. Достаточно отметить, что в 2019 году одна из наиболее престижных международных премий, ежегодно присуждаемая за выдающиеся научные исследования, революционные изобретения или крупный вклад в культуру или развитие общества, Нобелевская премия по экономике, была присуждена за исследования в области борьбы с бедностью. Несмотря на множество причин, обуславливающих бедность, общепризнанными являются низкий уровень образования и здравоохранения. В связи с этим целью исследования стал анализ полевых экспериментов и их практических результатов в системе образования, осуществленных нобелевскими лауреатами. В исследовании наряду с общенаучными методами познания был использован такой метод как социологический опрос.

Проблема бедности изучается экономистами с середины XIX в., в контексте поиска характерных черт, объясняющих отличие бедных от остального общества. Практические рекомендации содержали в основном перечень тех или иных стимулов к преодолению нищенского существования, но их эффективность редко проверялась на практике. В настоящее время, напротив, во многих странах образовательные и социальные программы оцениваются на практике, с помощью полевых экспериментов. Благодаря исследованиям нобелевских лауреатов Майкла Кремера, Абхиджит Банерджи и Эстер Дюфло более пяти миллионов индийских детей воспользовались программами коррекционного обучения в школах, во многих странах были введены крупные субсидии на профилактическое здравоохранение. Поскольку низкое качество школьного обучения — одна из острых проблем бедных стран, экономические эксперименты начались с этой сферы национальной экономики. Причинами низкого качества могут быть большой размер классов, недостаточное количество учебников, неправильная организация процесса обучения, низкая мотивация учителей и т. д. Определение алгоритма решения проблемы предполагает уточнение зависимостей, сформулированных в рамках определения детерминант уровня школьного образования. Так, например, в результате проведенных Майклом Кремером и его коллегами в Кении и Индии экспериментов, оказалось, что дополнительные учебники на школьную успеваемость сильно не влияют, на самом деле ситуация сложнее. В то время, как приобретение учебников или школьных досок совсем не влияли или лишь немного улучшали оценки самых способных учеников, бесплатные обеды и раздача лекарств от кишечных паразитов заметно снижали долю прогулов у школьников, практически не влияя на эффективность обучения. Стимулирование учителей оказывает существенное влияние на успеваемость детей по преподаваемому предмету, однако не даёт ценные навыки обучения. Банерджи и Дюфло продолжили исследования Майкла Кремера в Индии и, подтвердив большинство выводов прошлых экспериментов, обнаружили еще один дополнительный факт: больше всего успеваемость учеников зависит не от финансовых вливаний в образование, а от самой организации процесса обучения. Учёные обнаружили явление, которое может показаться жителям развитых стран удивительным - в бедных странах учителя часто просто не приходят на уроки. Так, согласно статистике, они не посещают до 44% занятий. Исследователи провели несколько экспериментов, в которых испытывали разные способы борьбы с прогулами учителей. Ещё одним направлением экспериментов стало уменьшение размеров классов в Кении, для чего потребовалось осуществить наём дополнительных преподавателей из местного населения по контракту. Примечательно, что дети, случайным образом распределенные в дополнительные классы к «контрактникам», существенно улучшали свои показатели по разным предметам, в то время как обучающиеся из классов, где преподавали обычные учителя, никакого преимущества от уменьшения размеров классов не получили. Исследователи отметили, что, с приходом контрактников обычные учителя начинали пропускать занятия даже чаще, чем раньше, при этом мешая найму новых контрактников, стараясь отдать эти должности своим родственникам. Поскольку в России уровень школьного образования, по мнению

профессионального сообщества и населения, в последние годы несколько снизился, в рамках данного исследования был проведен опрос с целью оценки восприятия населением образования в качестве одной из основных детерминант бедности. Были опрошены 30 человек, с просьбой назвать основную причину бедности таких стран как Индия. Причин было названо множество: лень (30%), влияние климата (20%), перенаселение (20%), кастовая система (10%), коррупция (10%). Низкая образованность населения вошла в группу прочих причин наряду с антисанитарией, бесхозяйственностью, отсутствием адекватной системы здравоохранения, безграмотным распределением ресурсов, безработицей и т.д. Результаты опроса свидетельствуют о недооценке россиянами значимости образования как основы противодействия бедности и обеспечения высокого уровня жизни. Образование является ключевым фактором противодействия нищете и обеспечения роста человеческого капитала национальной экономики. Полевые эксперименты, проведенные в 2019 году нобелевскими лауреатами по экономике показали - уровень образования в бедных странах необходимо повышать не с помощью увеличения объемов финансирования, а в рамках организационно-управленческих реформ (организации процесса обучения, совершенствования системы мотивации педагогов).

Список литературы.

1. Назаров В. С., Авксентьев Н. А. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы // Научноисследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2017. № 4. С. 9-23.
2. Рудник Б. Л., Романова В. В. Бюджетное финансирование социально-культурной сферы // Журнал Новой экономической ассоциации. 2017. Т. 34. № 2. С. 124-142.
3. Сисигина Н. Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения // Научноисследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2017. № 1. С. 77-90
4. Солодников В. В. Единый государственный экзамен: оправдались ли ожидания // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2011. № 5. С. 113-122.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ УЧЕНИКОВ 8-11 КЛАССОВ О ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЯХ К РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Магомедова С.Ш., Рагимов Р.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Жизнь современного поколения, в отличие от прошлого, изменилась кардинально в том числе и появлением гаджетов. Несоблюдение гигиенических требований к использованию электронных устройств может нести опасность как для физического, так и социально-психологического здоровья школьников.

Целью научной работы явилось определение информированности школьников 8-11х классов в сфере гигиенических рекомендаций по использованию электронных устройств.

Материал и методы. Исследование проводилось с помощью, разработанной мною анкеты среди 567 учеников МБОУ «Гимназия №4» и «Лицей №13» города Махачкала в возрасте 14-17 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы «BioStat, версии 4.03 [1].

Результаты исследования. Ежедневно используют мобильные телефоны 98,3% опрошенных; стационарные компьютеры 24%; электронные книги 3,3%, ноутбуки 18,1%; планшет 5,6%. Мобильные телефоны 69,7% опрошенных школьников используют для подготовки домашнего задания, 98,3% опрошенных школьников в основном используют

для общения с друзьями и только 88,3% для поиска информации. Электронные книги 11,5% опрошенных используют для чтения художественной литературы. Стационарные компьютеры используют для подготовки домашнего задания, а также поиска информации 39,0% учащихся, а планшеты 21,3% используют для просмотра видеоматериалов и фильмов. На выполнение домашнего задания 1,5-2 часа уходит у 39,9% опрошенных, от 2,5-3 часов у 35%, более 3 часов у 27,6%. Отмечено, что долгое использование гаджетов у 63% опрошенных школьников вызывает боли, усталость и ощущение песка в глазах, а у 34,9% усталость, онемение в пальцах и боли в шее и спине. Также собрана следующая информация по количеству времени школьников: у 33,6% опрошенных ночной сон длится 6-7 часов, 7-8 часов у 28,2%. Каждый день на свежем воздухе до 1 часа находятся 37,1%, до 1,5 часа 34,3% и до 2 часов 21,3%. В спортивных секциях занимаются 76,3%, школьников.

26,3% опрошенных ничего не знают о гигиенических рекомендациях, 22,3% знают об этом из занятий в школе, о гигиенических рекомендациях по использованию электронных устройств из интернета знают 49,8%. 77,9% школьников знают о том, что наиболее значимым фактором от электронных устройств является электромагнитное излучение. Знают о необходимости соблюдения расстояния до видеомонитора 93,5% опрошенных [2,3].

22,4% считают, что для профилактики нарушений зрения при работе с электронными устройствами необходим достаточный размер шрифта на экране и его контрастность с фоном. 29,6% считают, что необходимы перерывы в работе. О необходимости перерывов при работе с электронными устройствами знают 95,7% школьников, 79,4% считают, что работать с экранами электронных устройств необходимо при хорошем общем освещении, 71,4% считают гимнастику для глаз в перерывах при работе с электронными устройствами нужной, но не делают ее регулярно. Менее половины школьников (48,8%) знают, что суммарная продолжительность работы с электронными устройствами в день для старших школьников должно быть не более 2 часов [3], всего 30,9% знают, что продолжительность непрерывной работы с электронными устройствами для старших школьников должна быть не более 45 минут [4].

Выводы: по результатам данного опроса среди школьников выявлен недостаточный уровень информированности о гигиенических рекомендациях по использованию электронных устройств.

Список литературы.

1. BioStat // AnalystSoft Inc.
2. Методические рекомендации об использовании устройств мобильной связи в общеобразовательных организациях. МР 2.40150-19 от 14.08.2019;
3. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы;
4. СанПиН 2.4.2.2821-10 Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Мединский К.С., Моисеенко Д.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Двигательная активность человека - один из важных элементов здорового образа жизни. В настоящее время на человека влияют многие неблагоприятные факторы внешней среды: загрязнение воздух, воды, почвы продуктов питания, различные инфекции,

большой поток информации, сложные социальные условия- все это приводит к эмоциональному напряжению и снижению двигательной активности. В современных условиях возникшей пандемии, перехода на дистанционное обучение у студентов возникло резкое ограничение двигательной активности, увеличение напряженной умственной деятельности и нервно-эмоциональных перегрузок, что может вызвать всплеск обострения хронических и возникновение новых заболеваний. При этом включаются сложные механизмы адаптации организма к комплексу новых факторов, определяющих здоровье и успешность обучения студента. Объектом исследования стали 70 студентов (25 мужчин и 45 женщин) 3 курса педиатрического факультета. Двигательную активность изучали с помощью опроса и физического метода. Опрос был представлен листком самонаблюдения, содержащего три группы вопросов о распределении суточного времени на различные виды деятельности (дом, учеба, досуг, занятие спортом и др.). Основу физического метода составил приложение подсчета шагов (шагомер) для оценки двигательной активности студента в течение дня во время дистанционного обучения. Двигательная активность во многом определяется как форма механического взаимодействия организма с окружающей средой и регулирующая их взаимоотношения в направлении создания и сохранения необходимых условий жизни. С помощью опроса, проведенного онлайн, были проанализированы такие значимые факторы, как занятость студентов учебной работой на время дистанционного обучения, выполнение домашнего задания, время, затраченное на выполнение физических нагрузок, занятие спортом, досуг и сон. В равной доле нами была оценена степень двигательной активности студентов. Время, затрачиваемое студентами на выполнение тестовых заданий и прохождения лекций в среднем, составляло 3 ч в день; на заполнение протоколов по темам, тех предметов, которые заданы студентам, обучающиеся отводили не более 1,5 ч в день, что существенно ниже необходимого и серьезно оказывает воздействие на образовательный процесс. Однако на отдых и сон студенты тратят около 7-9 ч, и это должно благоприятно сказываться на их психоэмоциональном состоянии. Физические нагрузки выполняются опрошенными не более 1 ч в день, что приводит к нарушению физического здоровья и его уменьшению. При изучении результатов, полученных с помощью шагомеров, отмечена низкая двигательная активность, в среднем 7000 шагов в день, при норме не менее 10000–11000. У мужчин количество шагов было больше, чем у женщин, и составило 8800 (у женщин — 7700). Занятия спортом 80% студентов прекратили. Питание у 50% студентов изменилось в сторону увеличения количества принимаемой пищи, у 40%-уменьшилось, и только 10% студентов рацион свой не изменили. 90% студентов отмечали тревожность в отношении неопределенности в дальнейшем обучении, выказывали недовольство такой формой и эмоциональную перегрузку при подготовке и выполнении заданий. У 70% обследуемых произошло обострение существующих хронических заболеваний. 83% отметили нарушение распорядка дня и сна. В сочетании снижения физической нагрузки с увеличением напряженности психическо-нервной деятельности способствует падение работоспособности, функциональному старению и возрастанию заболеваемости. Также уменьшение двигательной активности в первую очередь влияет на возникновение расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, нервной системы, органов дыхания, системы пищеварения. Требуется создать индивидуальные рекомендации по увеличению степени двигательной активности среди студентов 3 курса педиатрического факультета с целью профилактики и восстановлению здоровья.

Список литературы.

1. Селемнев С. В. Как в электронной форме представить учебное содержание?// Дистанционное и виртуальное обучение. - 2010. - N 1. - С. 94-104.

2. Кириченко В.И., Кобылянская И.Н. Особенности внедрения дистанционных технологий в учебный процесс // Электронное обучение в непрерывном образовании. – 2015. – № 1(2). – С. 63–67.
3. Осипова Л.Б. Дистанционное обучение в вузе // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 723.

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПО РСО-АЛАНИИ

Мовлаева Х.Р., Галабаева А.А., Каркузаева В.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Менингококковая инфекция занимает 1-е место по частоте развития менингита и в 70–80% случаев поражает детей, треть из которых – дети первых лет жизни. Ежегодно в мире регистрируется 500 000 случаев менингококковой инфекции, 50 000 из которых приводят к летальному исходу. В последнее время все чаще стали выявляться случаи заболевания менингококковой инфекцией детей школьного возраста [1]. В последние годы заболеваемость МИ на территории России приблизительно в одинаковой пропорции обусловлена менингококками трех основных серогрупп – А, В и С [2].

В ретроспективном анализе были проанализированы истории болезни пациентов с 2003-2019 гг. Высокая заболеваемость по менингококковой инфекций регистрируется в г. Владикавказе (за 12 лет 26 случаев на 100000 тыс. населения), второе место по заболеваемости занимает Пригородный район (12 случаев), третье место - Моздокский район (9 случаев). В остальных районах РСО-Алания регистрируется невысокая заболеваемость (Алагирский район - 2 случая, Ардонский район - 2 случая, Дигорский район - 2 случая, Ирафский район-1 случай, Кировский район - 3 случая, Правобережный район - 2 случая). За последние годы идет снижение заболеваемости среди детей до 14 лет. В течении 11 лет очаговость по РСО-Алания не отмечается. Вместе с тем регистрировались единичные случаи заболевания в школах - 12 очагов, дошкольных учреждениях - 5 очагов, среди неорганизованных - 22 домашних очагов. Из обширной клинической классификации менингококковой инфекции в РСО-Алания регистрируются: 1) Генерализованные формы до 90%, а в частности менингококцемия и гнойный менингит; 2) Локализованные формы до 10 % (носительство менингококка). Редкие формы менингококковой инфекции, такие как артрит, миокардит, пневмония, иридоциклит на территории РСО-Алания не регистрируются. По тяжести течения наиболее часто встречаема среднетяжелая форма. На территории республики долгое время в этиологической структуре заболеваний генерализованными формами менингококковой инфекции преобладал менингококк серогруппы А, на долю которого приходилось в отдельные годы до 100,0% из числа всех заболевших, однако в 2006 году имеет место смена эндемичного штамма, место которого занял и плотно удерживает менингококк серогруппы В, что потребовало корректировки проводимых специфических профилактических мероприятий. С начала 2019 года в РСО-Алания зарегистрировано 6 случаев менингококковой инфекции, из них 4 случая серогруппа А и 2 - случая серогруппа В. Летальных исходов зарегистрировано не было. В республике так же регистрировались молниеносные формы за исследуемый период. Диагностические лаборатории республики проводят как бактериологическую диагностику возбудителя, так и ПЦР диагностику. Наиболее высокий показатель смертности отмечен в 2008 и 2012 гг. Два летальных исхода зарегистрировано в 2015 и 2018 годах в результате развития молниеносной формы заболевания. Помимо менингококкового менингита в республике регистрируются

бактериальные менингиты вызванные пневмококками, гемофильной палочкой, стрептококками, стафилококками и другими реже встречаемыми серогруппами. За период 2006 - 2017 годы в этиологической структуре гнойных бактериальных менингитов преобладают бактериальный менингиты неустановленной этиологии (72,8%). Далее по частоте выделения следовала гемофильная палочка (15,7%), далее пневмококк — (4,1%). На долю прочих микроорганизмов пришлось 7,4%». Заболеваемость среди детей до 5 лет носит выраженный характер, что соответствует проводимым исследованиям о наиболее поражаемой ГФМИ (генерализованные формы менингококковой инфекции) в группе детей.

Выводы.

1. В последние годы отмечается рост гнойных бактериальных менингитов, вызванных менингококком - (72,8%), гемофильной палочкой - (15,7%), пневмококком – (4,1%) и другими микроорганизмами (7,4%).

2. Заболеваемость генерализованными формами менингококковой инфекции имеет устойчивую тенденцию к стагнации и даже к снижению, что замечено и в РСО-Алании с 2003 по 2019 гг.

Список литературы.

1. Gasparini R., Panatto D. Meningococcal glycoconjugate vaccines. Hum. Vaccin., 2011 February; 7 (2): 170–182.

2. Платонов А.Е., Харит С.М., Платонова О.В. Вакцинопрофилактика менингококковой инфекции в мире и в России. Эпидемиология и вакцинопрофилактика 2009; 5: 32–46.

ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ПРОБЛЕМЕ ПЛАСТИКОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Муртазаев Р.Т.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Проблема загрязнения окружающей среды является одной из наиболее острых и актуальных в настоящее время. И наибольшую роль в возникновения загрязнения играют пластиковые отходы. Началось производство пластика в 1950 годах и составило 2 млн тонн и выросло до более чем 400 млн тонн в 2015-м.. С 1950-х годов в мире было произведено свыше 8.3 млрд тонн пластика, 6,3 миллиарда которого сегодня представлено мусором. При этом переработке подвергается лишь 9% пластиковых отходов. Таким образом, пластик стал наиболее распространенным материалом, производимым человеком, оставив позади себя сталь и цемент. Из общего всего произведенного пластика примерно половина была произведена только за последние 13 лет. -Около 4% мировой продукции нефтепереработки используется для изготовления пластмассы и полиэтиленовых пакетов -Объем производства изделий из пластика составляет порядка 53 кг в год на каждого человека. -От пластика ежегодно умирает более одного миллиона животных и птиц. [1] -100 млн тонн пластика ежегодно становятся мусором, загрязняя землю, реки и океаны, что в дальнейшем приводит к росту заболеваний среди населения, среди которых лидирующие место занимает рост онкологических и эндокринных заболеваний, а также оказывается пагубное влияние на развитие детей. По данным ВОЗ влияние экологии на здоровья человека составляет 25%.[2]

Цель моего исследования: изучить осведомлённость студентов о негативном влиянии пластика на окружающую среду и здоровье населения и отношение к «проблеме пластика» Материалы и методы. Я провел анализ ресурсов интернета посвященных проблеме пластика. Также мной была разработана анкета и проведено анонимное онлайн-

анкетирование среди студентов Саратовского ГМУ, в котором приняли участие 138 человек: 109 девушек и 29 парней. Анкета состояла из 16 вопросов. Технической основой являлось приложение Google-формы. Методы исследования: аналитический, анкетирование студентов, результаты обработанных методами описательной статистики

Результаты и обсуждения: было установлено, что большинство анкетированных (87%) обеспокоены проблемой загрязнения окружающей среды. 29% студентов считают, что это проблема преувеличена. 51% из всех студентов пытаются ограничить потребление пластика. 70% из них стараются не покупать продукты в пластиковой упаковке, 32 % сортировать мусор, 16 % относят пластик в специальные заведения по переработке пластика. Остальные студенты (49%) не делают этого потому что не хватает специальных условий для этого, 19 % не думают об этой проблеме, 6 % не считают это необходимым. Об отрицательном влиянии пластика на организм человека знают 79% из всех опрошенных. Из них 59% знают про пластик как фактор риска развития онкологических заболеваний, 31% про его влияние на репродуктивную систему человека, 20% про негативное воздействие на детский организм. Только 29 % из всех опрошенных знают за какое время разлагается пластиковая бутылка. Только 44% всех опрошенных знают про маркировку пластика. Большинство опрошенных знают самые распространённые пластиковые отходы, загрязняющие океаны. Частота ответов об последствиях использования пластика составила: 84% студентов знают об отравление и удушение морских млекопитающих и птиц изделиями из пластика, 76% знают про образование "мусорных островов", 56% знают про распад на микропластик с его дальнейшим попаданием и скоплением в организмах людей и животных, 41% опрошенных осведомлены про влияние на человека: заболевания нервной системы, рак.

Закключение: в ходе проведенного анкетирования выявлено о недостаточной осведомленности студентов об загрязнение окружающей среды, о мерах профилактики и негативного влияния пластика на окружающую среду так и на здоровье человека. Однако, большинство обеспокоены этой проблемой и готовы способствовать уменьшению пластика. Выходом из сложившейся ситуации является информирования жителей городов об актуальности данной проблемы, путем проведения различных профилактических мероприятий и экологических акций.

Список литературы.

1. Пластик / Википедия, свободная энциклопедия. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

2. Факторы, влияющие на здоровья человека. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/node5.html>

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ

Нечаева Е.М., Нарчук В.И.

Курский государственный медицинский университет

Данная статья описывает проблему эмоционального выгорания работников медицинской сферы. Здесь представлены результаты социологического исследования, которое отражает отношение студентов медицинского университета и людей с других отраслей к данному вопросу. Также мы оценим степень форсированности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и изучим взаимосвязь выраженности синдрома эмоционального выгорания с выраженностью личностных характеристик у медицинских работников. Эмоциональное выгорание один из самых

актуальных вопросов в медицинской сфере. Несмотря на то, что явление достаточно известно в обществе, оно еще недостаточно изучено. Для выбора той или иной деятельности необходимо обладать рядом личностных качеств, свойственных каждой профессии. Чтобы добиться успеха в своей деятельности, необходимо развивать в себе профессиональные качества, не каждый психотип личности обладает этой возможностью. Любая профессиональная деятельность накладывает свой психологический отпечаток на личность человека. Чаще всего эмоциональному выгоранию подвержены люди, работающие в социальной сфере, например, медицинские работники. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников является частым вариантом психоэмоциональных нарушений. Это явление достаточно легко объяснить: оказание помощи людям – это хронический повседневный стресс. Желание помочь человеку не всегда является возможным. Важную роль в формировании характера играет синдром эмоционального выгорания. В определённый момент перед работником медицинской сферы встаёт вопрос «быть хладнокровным и циничным или попытаться помочь каждому, но при этом пострадать самому?»

Материал исследования: чтобы изучить синдром эмоционального выгорания медицинских работников для нашего исследования были отобраны студенты Курского государственного, студенты других высших учебных заведений (ВШЭ, Бел ЮИ МВД, КГУ, КГАСУ, ВГУИТ, БГМУ, МГМУ, ВолгаТех, ЮЗГУ, СХА, МИТ) и действующие медицинские работники, люди, не связанные с медициной.

Методы исследования: теоретический: анализ литературных источников; эмпирический: интервью, социологический опрос-анкетирование.

Результаты. В течение 16 дней с 14 октября 2020 года по 30 октября 2020 года мы проводили среди студентов Курского государственного медицинского университета, студентов других высших учебных заведений и действующих медицинских работников исследование на тему «Отношение общества к эмоциональному выгоранию медицинского персонала». Было опрошено 298 человек, среди которых студенты лечебного, педиатрического, стоматологического и других факультетов и учебных заведений. Опрос был проведен с помощью анкетирования. С целью независимого исследования мы опросили не только людей, связанных с медициной, но и людей из других отраслей. На вопрос «Испытывали ли ваши знакомые\вы эмоциональное выгорание?» большинство респондентов (70,8 %) ответили «да», меньшая часть опрошенных дала отрицательный ответ (29,2%). Полученные ответы позволяет сделать вывод, что большинство людей когда-либо сталкивались с данной проблемой, она является очень актуальной в современном обществе. Следующий вопрос, заданный респондентам «Что, на ваш взгляд, приводит к эмоциональному выгоранию врачей?». Большинство опрошенных считают, что к эмоциональному выгоранию приводят «частые стрессовые ситуации» (81,9%), «неуважительное отношение к профессии» (74,2%), так же в стороне не остались «неблагоприятные условия труда» за них проголосовали (71,1%). Меньшая часть опрошенных отдала свои голоса за «ограничение приема пациентов временными рамками» (23,8%), а также «совместительство из-за нехватки кадров» (30,2%). На основании данных ответов мы понимаем, что организация медицинской сферы деятельности на данный момент далека от идеала и не может обеспечить своих работников качественными условиями труда. Помимо этого, мы проверили опрос среди профессий медицины, наиболее подверженных эмоциональному выгоранию. (79,2 %) опрошенных считают, что в наиболее высокой степени стресса находятся работники «области неотложной медицины», (75,8%) отмечают так же «врачей-онкологов» которые работают с людьми, столкнувшимися с очень тяжелой болезнью, по мнению опрошенных в меньшей степени эмоционального выгорания находятся стоматологи, за них проголосовало всего (8,7%). Получается, степень выгорания зависит от конкретной специализации в области медицины. Без внимания нельзя оставить и профилактику интересующей нас проблемы. На этот вопрос большинство опрошенных дали схожие

ответы. За «наличие иных интересов, не связанных с профессией», проголосовало (83,9%), за «наличие рядом близких людей» проголосовало (75,5%), а (0,3%) за «изменение профессионального образования». Для избавления от состояния эмоционального выгорания респондентам предлагалось ответить на вопрос «Как стоит справляться с эмоциональным выгоранием мед. работникам?». Большинство (71,8%) предлагают обратиться за профессиональной помощью к психологу, а (26,2%) собираются бороться с этим состоянием самостоятельно, но нашлись и те, кто никак не собирается помочь своему психологическому состоянию (2%), но к счастью, их очень малая часть. Мы считаем, что на данный момент большинство медицинских работников в Российской Федерации испытывали или до сих пор испытывают эмоциональное выгорание. В большинстве случаев это случается из-за несовершенства системы здравоохранения на территории нашей страны. Но уже на сегодняшний день ведется работа по ее оптимизации. Особенно заметно это в ситуации в борьбе с COVID-19. Что такое синдром эмоционального выгорания? В научной литературе можно встретить множество интерпретаций этого термина. Например, эмоциональное выгорание это- совокупность умственного, физического и психоэмоционального истощения и переутомления, возникающее на фоне ежедневного хронического стресса. Однако стоит отметить, что этот термин впервые ввел в обиход Г. Фрейденбергер в 1974 году для описания эмоционального состояния некоторых работников психиатрических учреждений. Позже специалисты пришли к выводу, что «выгорание» можно использовать в отношении многих профессий.

Факторы, приводящие к синдрому профессионального выгорания:

- Недостаточная мотивация работников, отсутствие поощрения, запрет на инновации и творческую свободу.
- Жесткое нормирование рабочего графика, невозможность выполнения работы в поставленные сроки.
- Низкая квалификационная категория медицинского работника.
- Монотонность работы.
- Большие усилия, вложенные в работу, которые не получают должного вознаграждения.
- Работа с пациентами, которые не выполняют всех рекомендаций и сопротивляются лечению. Отсюда идет неэффективность приложенных усилий медика.
- Напряженные отношения в рабочем коллективе, ссоры с коллегами.
- Отсутствие возможности дальнейшего профессионального роста.
- Осознание ошибочного выбора профессии, несоответствие личностных особенностей специфике выбранной профессии.

На основании результатов опроса и изучения литературы в качестве профилактики синдрома эмоционального выгорания можно рекомендовать проводить занятия, которые способствуют улучшению личностных качеств и повышению уровня противостояния к различным стрессовым ситуациям. Обычно эмоционально психологическое выгорание является следствием психического и физического истощения, именно поэтому для предотвращения возникновения и развития данного синдрома необходимо применять такие профилактические меры, как: занятие каким-либо видом спорта, соблюдать правильное здоровое питание и увеличить количество потребления витаминов, минералов и растительной клетчатки, поддерживать благоприятную атмосферу на рабочем месте, поддерживать здоровый сон; найти новые интересы, которые далеки от профессии. Синдром эмоционального выгорания – это крик организма о том, что ему нужен отдых, поэтому рекомендовано не заикливаться на вещах, связанных с работой; иметь рядом близких, с которым можно будет поделиться неудачами и, конечно же, адекватно принимать неудачи. После написания данной статьи мы пришли к выводу о том, что

медицинские работники находятся в высокой зоне риска развития синдрома эмоционального выгорания. Можно наблюдать, что у врача, испытывающего данный синдром, снижается эффективность работоспособности. Он становится менее внимательным, терпеливым, стрессоустойчивым, тяжелее переносит профессиональные неудачи, происходит развитие склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. На основании проведенного опроса среди студентов медицинских университетов, действующих медработников, людей других сфер можно выделить основные качества личности работника медицинской сферы, подверженной синдрому эмоционального выгорания. Сочувствие, сниженная самооценка, низкая жизнестойкость - приводят к данному синдрому.

Список литературы.

1. Башенкова Л. А., Кухарская Е. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. - 2015. - №11. – С. 65.
2. Лаврова О.С., Синдром эмоционального выгорания и методы его предотвращения // Работник социальной службы. - 2015. – № 1. – С. 78.
3. Чутко Л. С., Козина Н. В., Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты//МЕДпресс-информ.- 2014.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОЦЕНКА УРОВНЯ СЛЕДОВАНИЯ ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Панасовец А.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Цель данного исследования провести анализ качества амбулаторного лечения, определить уровень выполнения врачебных рекомендаций и дать оценку показателям качества жизни среди пациентов, страдающих артериальной гипертензией, с помощью анализа медицинских карт стационарных больных и анкетирования по опроснику SF-36.

Проведен ретроспективный анализ 293 медицинских карт стационарных больных на базе городской клинической больницы № 5 г. Минска. Анализ статистических данных проводился с помощью программы Statistica 10.0. Также проведено анкетирование 82 пациентов по опроснику SF-36. Из 190 пациентов с гипертоническим кризом и артериальной гипертензией 2 степени амбулаторно принимали препараты 77,4%. Регулярно принимали препараты 53,2%, из них было сформировано три группы: первая – регулярно принимали один препарат 21,6%, вторая – регулярно принимали два препарата 19,5%, третья – регулярно принимали три препарата 12,1%. При этом 14,2% из первой группы, 10,0% из второй группы и 1,6% из третьей группы оценивают уровень качества жизни как низкий. 2,1% из первой группы, 5,8% из второй группы и 9,5% из третьей группы оценивают уровень качества жизни как удовлетворительный. Из группы пациентов, принимавших препараты нерегулярно, принимали препарат только во время резкого ухудшения самочувствия 15,8% и 8,4% принимали препараты, когда вспоминали об этом. Из группы пациентов, которые не принимали назначенные препараты: 6,3% перестали принимать их ввиду отсутствия эффекта от приема, 4,7% перестали принимать из-за наличия побочных эффектов, 5,8% считают свое состояние удовлетворительным и без приема препаратов и 5,8% затруднились назвать причину.

46,8% пациентов недостаточно осознанно подходят к выполнению врачебных рекомендаций: полностью игнорируют подобранную схему лечения, принимают

препараты нерегулярно, принимают только один препарат на собственное усмотрение из назначенных. Часть пациентов отказывается от приема препаратов ввиду неверно подобранных доз препаратов, наличия побочных эффектов, о которых они не были предупреждены, и отсутствия комплаенса с участковым терапевтом. Согласно полученных нами данных из всех групп пациентов, регулярно принимающих антигипертензивные препараты, наиболее оптимальные показатели качества жизни наблюдаются у пациентов, получающих терапию по схеме “степень плюс один препарат”. Значительное снижение показателей качества жизни наблюдается у пациентов, получающих терапию по схеме “степень равна количеству препаратов” и критическое снижение – у пациентов, принимающих только один препарат.

Список литературы.

1. Вдовиченко, В. П. Фармакология и фармакотерапия : справочник / В. П. Вдовиченко. – Минск : БОФФ, 2018. – 920 с.

ПРОБЛЕМА БЕЗРАБОТИЦЫ В УСЛОВИЯХ МИРОВОЙ ПАНДЕМИИ

Прокопенко А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Карантинные меры, вызванные появлением новой коронавирусной инфекции COVID-19, оказали масштабное негативное воздействие на мировую экономику. Уровень падения мировой экономики в 2020 году в сравнении с показателями 2019 г. составляет примерно 3% и сопровождается спадом частного потребления с отрицательным влиянием на инвестиции, занятость и производство [3]. Распространение коронавирусной инфекции привело к закрытию компаний в масштабах всего мира, приостановлено большое количество производств. Третья часть населения (около 2,6 млрд чел.) планеты несколько месяцев находилось и находится в настоящий период времени в режиме самоизоляции [2]. Из-за введением жестких ограничительных мер на социальные контакты и передвижение, значительно упал спрос на многие услуги и товары. В работе были использованы материалы официального сайта Федеральной службы государственной статистики РФ и специальных издательств, использованы общенаучные, статистические и аналитические методы познания. Потрясения, вызванные пандемией коснулись, прежде всего внутреннего рынка, финансов и торговли. В странах с развитой экономикой снижение экономической активности к концу 2020 г. прогнозируется на уровне 7%. Введенные ограничения и вытекающие из него спад деловой активности и спроса оказывают влияние на рост уровня безработицы. В развитых странах мира уровень безработицы по прогнозам организации экономического сотрудничества и развития (далее - ОЭСР) достигнет рекордных показателей со времен Великой депрессии 1930-х годов. Так, по прогнозам аналитиков, к концу 2020 года уровень безработицы в странах ОЭСР достигнет примерно 12%. Наиболее большой рост безработицы прогнозируется в США. В настоящее время по сравнению с первой волной пандемии показатели уровня безработицы практически во всех странах возросли. Так, например, в Австралии на 30.10.2020 г. рост безработицы составил 0,3%, в Евросоюзе 0,1%, в Италии 0,1%, в Бельгии на 0,1%, в ОАЭ на 0,07%, в Румынии на 0,1%, в Китае – 0,2%, в Швеции – 0,5%. В России этот показатель значительно выше. В течение года наблюдалась устойчивая тенденция к росту безработицы: в феврале 2020 г. показатель был равен 4,6%, в марте - 4,7%, в апреле – 5,8%, в мае – 6,3%, в сентябре – 6,4%. (для сравнения уровень безработицы в России последний раз 6% превышал в марте 2012 г. (6,5%)). В количественном отношении уровень безработицы в России увеличился с 4 млн. чел. в феврале 2020 г. составил до 4,6 млн. чел. в сентябре 2020 г. [1]. С конца марта 2020 г. по конец июня 2020 г. года в России

уволено 3 млн. 718 тыс. человек, а на работу принято 3 млн. 36 тыс. [1]. Государственная поддержка в России, которая направлена на поддержку населения, в том числе в вопросе занятости, проводится на уровне регионов [3]: – малые и средние предприятия (субсидии, отсрочка и освобождение от арендных платежей, отсрочка арендных и налоговых платежей, снижение страховых взносов, льготное кредитование); – поддержка предприятий из наиболее пострадавших отраслей (льготное кредитование, отсрочка по уплате налогов, суюсидирование авиакомпаний); – поддержка системообразующих предприятий (льготное кредитование, отсрочка налогов); – поддержка всех предприятий (продление сроков предоставления налоговых отчетов). [3]. Пандемия оказала негативное влияние на рост безработицы и уровень благосостояния населения. Помимо косвенных мер, которые связаны с предотвращением роста безработицы, правительство принимает прямые меры, направленные на материальную поддержку граждан. Так, в первую волну пандемии выплата семьям, имеющим детей, составила на каждого ребенка в возрасте до 16 лет включительно 5000 рублей. Набор механизмов поддержки населения в период пандемии во всем мире, в том числе и в нашей стране, достаточно схож между собой, а отличия состоят в конкретных механизмах реализации, приоритетах и объемах оказываемой помощи. Применяемые меры поддержки занятости определяется бюджетами, институциональными рычагами и относительной оценкой целесообразности решений в определенных обстоятельствах. Практика говорит о том, что эффективность мер поддержки обеспечивается не просто разнообразием, но и их доступностью для получателей, скоростью и прозрачностью распределения помощи, настройкой этих механизмов. Во многих странах меры поддержки изменялись по мере изменения ситуации. В нашей стране очень важно вести работу по уточнению требований и критериев для получения поддержки, упрощению механизмов её предоставления и сохранению гибкости в определении нуждающихся в помощи субъектов экономики.

Список литературы.

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d05/119.htm (дата обращения 06.11.2020).
2. Обзор антикризисных мер, применяемых государствами-членами ЕАЭС в период пандемии COVID-19 // Центр макроэкономических исследований НИФИ Минфина России, 2020. - [Электронный ресурс].- Режим доступа: [https](https://www.mfin.ru) (дата обращения 06.11.2020).
3. Совещание о ситуации на рынке труда 29.10.2020 - [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://government.ru> (дата обращения 06.11.2020).

САМОЗАНЯТОСТЬ КАК НОВАЯ ФОРМА ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА

Прояева В.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В условиях мировой пандемии, когда повсеместно наблюдается рост безработицы и падение уровня доходов населения актуализируется проблема поиска новых форм занятости. Самозанятость в настоящее время стала одной из современных тенденций развития мирового рынка труда, определив новый характер взаимоотношений «работник-работодатель», сформировав инновационную модель организации труда, изменив экономическую культуру граждан. В связи с этим целью исследования стали анализ сущности самозанятости, как социально-экономического явления, и оценка перспектив развития самозанятости в современной России. В данном исследовании используются такие методы познания, как: логический метод, метод анализа и синтеза, статистические

методы познания. В рамках исследования проведён социологический опрос, респондентами которого стал 41 человек в возрасте от 18 лет до 46 лет. В настоящее время в России самозанятость широко представлена как в традиционных видах деятельности (транспортные перевозки, сельское хозяйство, ремонтные работы и строительство объектов, оказание косметических услуг и прочее), так и в новых видах, которые появились на рынке труда под влиянием различных инновационных процессов в экономике (продвижение и разработка сайтов, ландшафтный дизайн и т.д.). Специфика российской самозанятости связана с ее вынужденным характером. Результаты опросов, организованных отечественными исследователями, показал, что 25,1 процентов респондентов готовы к осуществлению данного вида деятельности в силу низкого уровня личных доходов. Причем это касается как самозанятых, для которых данная профессиональная деятельность является основным и единственным источником дохода, так и граждан, которые являются самозанятыми по дополнительной работе. Необходимо отметить, что развитие легального рынка труда самозанятых граждан ограничивает неопределенность экономической ситуации в стране, отсутствие системы правового и информационного обеспечения самостоятельной деятельности, высокая конкуренция среди прочих субъектов малого и среднего предпринимательства, низкий платежеспособный спрос населения на предлагаемую самозанятыми продукцию (услуги), а также недостаток организационной, имущественной и финансовой помощи для ведения собственного бизнеса. Всё это определяет важность координации регулирующих действий со стороны государства и формирование новых подходов к их осуществлению. Исследователи отмечают необходимость определения правового статуса самозанятых граждан и комплексного подхода к выбору критериев его определения, с учётом вида деятельности, размера годового дохода, стоимости используемых основных средств, величины оборотного капитала, минимальной продолжительности работы, прав и обязанностей микропредпринимателей и так далее. Особую значимость приобретает разработка и принятие федеральной программы развития самозанятости в стране, которая направлена на решение стратегических и тактических задач. Группа стратегических задач связана с необходимостью перехода страны на новую модель развития, в основе которой - конкурентоспособная, адаптивная и гибкая к современным условиям экономика, которая будет формировать условия для развития всех субъектов малого и среднего предпринимательства в целом и самозанятого населения в частности. Группа тактических задач объединяет комплекс мер, которые направлены на совершенствование нормативно-правовой базы, расширение форм государственной поддержки и деятельности самозанятых граждан. Результаты социологического опроса, проведенного в рамках исследования, показали, что большинство респондентов (65,9%) относятся к самозанятости положительно, нейтрально к самостоятельной занятости относятся 31,7% опрошенных, а отрицательно настроены всего 2,4% респондентов. Это говорит о том, что самозанятость является довольно востребованной и интересной формой предпринимательства. Среди респондентов 26,8% оказались самозанятыми гражданами, они трудятся в таких сферах как: сельское хозяйство, косметология, интернет-магазины, торговля. Анализ причин самозанятости показал, что 37,3% респондентов считают такой причиной отсутствие достойной или интересной работы по найму. Четверть опрошенных (25,1%) расценивают самозанятость как шанс повысить доходы, 17,6% опрошенных считают причиной безработицу, 12,4% - стремление к организации своего собственного дела, и, наконец, 7,6% респондентов - желание быть независимыми от руководства. Автор работы придерживается мнения о перспективности такой формы занятости для людей с ограниченными возможностями здоровья, женщин с маленькими детьми и детьми-инвалидами, поскольку самозанятость позволяет не только повысить уровень доходов, но и самостоятельно регулировать график и режим работы. Таким образом, можно сделать вывод, что самозанятость необходимо рассматривать как отдельную, достаточно

перспективную форму микропредпринимательства. Законодательные нормы, регулирующие деятельность наемных работников и предпринимателей на текущий момент, не отвечают в полной мере требованиям по организации деятельности самозанятых, учитывая особенности и специфику их деятельности.

Список литературы.

1. Воловская Н.М. и др. Безработица и самозанятость: ожидания и реалии (по материалам социологических исследований) / Н.М.Воловская, Л.К.Плюснина, А.В.Русина, А.В. Иноземцева// Теория и практика общественного развития. – 2018. – № 11 (129). – С. 22–31.

2. Землянухина С.Г., Землянухина Н.С. Система экономических отношений в сфере самозанятости населения России / С.Г.Землянухина, Н.С.Землянухина// Изв. Саратов. Ун-та. Нов. Сер. Экономика. Управление. Право. – 2018. – Т. 18. – Вып. 2.

ВЛИЯНИЕ САМОИЗОЛЯЦИИ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Салихова К.Р., Хрипунова А.А., Данилова Е.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: 23 марта 2020 года в Российской Федерации было объявлено введение режима самоизоляции в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2). Это событие обусловило ряд глубоких изменений, затронувших социальную жизнь всех слоев населения. Изменение режима труда и отдыха, последовавшее вслед за переходом на дистанционную форму учебы и работы, не обошло стороной студенческую молодежь. Три месяца самоизоляции не могли не оказать влияния на население, однако характер этого влияния все еще остается неисследованным, что выводит данную проблему в разряд актуальных.

Цель работы: оценить степень влияния режима самоизоляции на образ жизни студенческой молодежи, определить отношение студентов к произошедшим изменениям, дистанционной форме обучения.

Материалы и методы: работа выполнена с привлечением ресурсов программного обеспечения Google Forms, в исследовании приняли участие 457 человек в возрасте от 18 до 31 года, из них 122 юноши и 335 девушек, проходящих очное обучение на лечебном факультете Ставропольского государственного медицинского университета. Для статистической обработки полученных результатов использовалась специализированная программа SPSS Statistics. Оценка достоверности осуществлялась с применением t-критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0.05$.

Результаты: по данным анкетирования большинство респондентов (57%) оценивают изменения своего образа жизни в период самоизоляции позитивно, 37,7% негативно и 15,5% сообщили, что образ их жизни никак не понес никаких изменений. При этом лишь у 3,7% опрошенных не произошло изменений в проведении досуга, 63,1% начали больше времени уделять саморазвитию и увлечениям, 53,7% стали общительнее – во время самоизоляции они начали уделять больше времени коммуникации с друзьями и родственниками, 51,1% занялись своей физической подготовкой, 29,5% увлеклись кинематографом и общением в социальных сетях. Однако необходимо отметить тот факт, что 14,4% респондентов отметили сокращение свободного времени в силу увеличения занятости учебой, работой, а 13,3% признались в однообразности и скучности времяпрепровождения в период самоизоляции.

Что же касается досуга, большинство опрошенных (65,9%) тратили свободное время на общение с семьей и друзьями. Следующим наиболее популярным занятием стал просмотр фильмов и сериалов (60,9%). Отдых и сон занимают третье место (48,7%) среди форм досуга в период самоизоляции. Далее идет чтение художественной литературы (45,6%), а ремонт и уборка оказались столь же популярными, как и обучение новым навыкам (38,9% опрошенных). Компьютерные игры и социальные сети предпочли 25,3% респондентов, просмотр телевизионных программ – 10,3%. Наименее популярной формой досуга, по данным проведенного анкетирования (4,8%), был прием алкоголя.

Рассмотрение аспекта питания показало, что большинство респондентов (56,1%) уверены, что их питание в период самоизоляции изменилось в лучшую сторону, еще 10,9% отметили изменения в худшую сторону и, наконец, 33% респондентов не заметили совершенно никаких изменений в режиме питания. При этом 64,6% опрошенных во время изоляции принимали пищу 3-4 раза в сутки, еще 23,6% опрошенных – менее 3 раз, 10,9% – 5-6 раз в сутки и оставшиеся 0,9% признались, что осуществляли прием пищи не менее 7 раз в сутки. 85,6% участников исследования отметили, что в их рационе преобладали овощи и фрукты, затем идет нежирное мясо наравне с молочными продуктами (60,7 и 59,8% соответственно). Далее следуют хлебобулочные изделия (48,3%), каши (36,9%) и жирные сорта мяса (35,6%). Рыба и морепродукты преобладали в рационе лишь у 33,6% респондентов.

За период самоизоляции изменения в весе отметили 53,7% участников исследования, из которых 34,1% похудели, 19,7% – поправились.

Оценка изменений вредных привычек, произошедших в результате самоизоляции, показала обнадеживающие результаты: не курили и не употребляли алкогольные напитки в этот период 69,9 и 58% респондентов соответственно. При этом выяснилось, что 0,7% опрошенных ежедневно принимало алкоголь, 7,6 % – раз в 2-3 дня, 9,5% – раз в неделю, 15,3% – 1-2 раза в месяц. Статус курения обучающихся также претерпел ряд изменений: 1,3% респондентов начали курить в период самоизоляции, стали курить чаще и реже по 3,9% всех опрошенных, при этом 3,9% студентов – полностью отказались от курения.

Анализ длительности сна студентов также показал высокие результаты: 53,8% респондентов ежедневно спали 6-8 часов, 37% опрошенных признали, что уделяли сну 3-10 часов в сутки, а 4,8% вовсе тратили на сон более 10 часов в день. Доля лиц, спавших менее 6 часов ежесуточно составила всего 4,4%. При этом большинство (44,9%) уходило ко сну в период с полуночи до двух часов ночи, 42,5% засыпали в период с двадцати двух часов до полуночи, а оставшиеся 12,6% засыпали в период с трех часов по полуночи и до полудня включительно.

Оценка изменений уровня стресса, проведенная в рамках данного исследования, показала, что 27% участников анкетирования не заметило существенных изменений в период самоизоляции, тогда как 20,5% и вовсе не испытывали стресса. 37,7% опрошенных признали, что стали испытывать меньше стресса, и только у 14,8% респондентов было выявлено возрастание уровня стресса в период самоизоляции. При этом главным источником возникших переживаний студенты называли учебу (42,3%) и личные переживания (41,2%), а информация из СМИ и взаимоотношения с родственниками стали причинами стресса у 27,5 и 8,5% опрошенных соответственно.

Дистанционное обучение, проводимое в период самоизоляции, вызвал у респондентов неоднозначные впечатления: 50,1% опрошенных оценили дистанционное обучение позитивно, 37,9% признали, что такой формат обучения вызвал у них негативные впечатления, а 12% участников исследования принципиальный отличий от очного обучения не почувствовали. При этом 48,6% анкетизируемых испытывали на дистанционном обучении сложности, обусловленные недостаточным уровнем технической оснащенности, 42,5% отметили трудности в коммуникации с преподавателями, 39% респондентов пожаловались на отсутствие необходимых

методических материалов. Также необходимо отметить, что 34,9% опрошенных оказались недовольны увеличением сложности и возрастанием объема заданий, получаемых в период дистанционного обучения, что 26,4% из них привели к нехватке времени на выполнение заданий. И только 22% участников исследования не испытывали никаких сложностей на дистанционном обучении.

Выводы. Таким образом, большинство студентов оценивают изменения режима труда и отдыха в период самоизоляции и дистанционной формы обучения скорее позитивно. Опрошенные отмечают нормализацию длительности сна, снижение веса. Более 60% респондентов посвятили свой досуг увлечениям, общению с семьей и друзьями, а также просмотру фильмов и сериалов. Обращает на себя внимание тот факт, что период вынужденной самоизоляции не привел к увеличению употребления алкоголя и табака в студенческой среде. Также следует отметить довольно низкие показатели уровня стресса по результатам опроса обучающихся. Основным стрессогенным фактором стал переход на дистанционное обучение, что отметили почти 40% респондентов. При этом наибольшие трудности были вызваны техническими сбоями, сложностью коммуникации с преподавателями, а также увеличением объема заданий и отсутствием методических материалов.

Список литературы.

1. Ковпак Д.В. Кризис и пандемия – опасности и возможности // Психологическая газета. [Электронный ресурс]. URL: <https://psy.su/feed/8211/> (дата обращения: 04.05.2020).
2. Сидячева Н.В., Зотова Л.Э. Ситуация вынужденной самоизоляции в период пандемии: психологический и академический аспекты // Современные наукоемкие технологии. – 2020. – № 5. – С. 218-225; URL: <http://top-technologies.ru/ru/article/view?id=38060> (дата обращения: 16.10.2020).
3. Соколовская И. Э. Социально-психологические факторы удовлетворенности студентов в условиях цифровизации обучения в период пандемии COVID-19 и самоизоляции // Цифровая социология. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-factory-udovletvorennosti-studentov-v-usloviyah-tsifrovizatsii-obucheniya-v-period-pandemii-covid-19-i> (дата обращения: 16.10.2020).
4. Танцур Т. А. Аспекты дистанционного обучения в современных условиях // МНКО. 2020. №2 (81). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aspekty-distantsionnogo-obucheniya-v-sovremennyh-usloviyah> (дата обращения: 16.10.2020).
5. Sokolovskaya I.E., Polevoy S.A., Mikhaylovsky M.N., Zotova L.E., Bazhdanova Y.V., Egorova E.V. The influence of educational and professional activity on the socialization of students. Opcion. 2020. vol. 36. no. 27. P. 1115–1133.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОТУЛИЗМОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сарока Е.Г., Грудько И.А., Бортновский В.Н.

Гомельский государственный медицинский университет

Ботулизм – острое инфекционное заболевание из группы сапрозоонозов, развивающееся в результате употребления пищевых продуктов, в которых произошло накопление ботулинического токсина (БТ), блокирующего передачу нервных импульсов [1]. *Clostridium botulinum* является грамположительным спорообразующим облигатным анаэробом. БТ рассматривается как один из наиболее опасных биологических ядов. Тяжелое течение болезни с длительными сроками пребывания в больнице не позволяют относить проблему ботулизма к ряду второстепенных. Летальность при тяжелых формах болезни составляет 5-50% [2]. Объектом исследования явились «Государственные

доклады «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь» за 2009-2016 годы». Методом исследования явился ретроспективный эпидемиологический анализ. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением компьютерной программы «Excel». Случаи заболевания ботулизмом в Гомельской области регистрируются ежегодно и остаются на высоком уровне. Суммарно в Беларуси за период 2009-2016 гг. было зарегистрировано 331 случай заболевания ботулизмом. По Гомельской области было зарегистрировано 32 случая ботулизма. Был зарегистрирован один летальный исход в апреле 2012 г. В Беларуси зарегистрировано три случая с летальным исходом вследствие пареза дыхательной мускулатуры. Среди заболевших было 15 женщин (46,8%), средний возраст 38 лет, 17 мужчин (53,2%), средний возраст 34,8 лет. Возрастная структура пострадавших свидетельствует о том, что заболевают в основном люди трудоспособного возраста, 30 человек (93,7%). Зарегистрированных случаев заболевания ботулизмом среди детей не было. В структуре заболевания преобладало городское население 59,3 % (19 человек), остальные пострадавшие 40,7% (13 человек) – сельские жители. При анализе заболевших было установлено, что ботулизмом болели люди с разным материальным достатком, со средне-специальным и высшим образованием. Основными причинами заболеваемости послужило употребление рыбы, рыбных продуктов и консервированных грибов домашнего приготовления. Реже причиной заболевания служило употребление консервированного сала, куриного и рыбного паштетов, консервированных овощей. В трех случаях, один из которых летальный, источник не был определен. Случаев заболеваний ботулизмом, вызванных консервированными продуктами промышленного производства, не зарегистрировано. Наиболее часто встречаемые клинические симптомы были: слабость (100%), тошнота (53,12%), рвота (59,4%), нарушение зрения (31,25%). Реже сухость во рту (21,8%), двоение перед глазами (18,75%), головная боль (15,62%), головокружение (15,62%), затрудненное глотание (12,5%), боли в животе (12,5%), затрудненное дыхание (9,37%), жидкий стул (9,37%), высокая температура (9,37%). В единичных случаях наблюдались тяжесть в животе, невнятная речь, гиперемия кожи, боль в горле, легкая асимметрия носогубного треугольника. Пострадавшие (75%) были доставлены в больницу машиной скорой медицинской помощи, остальные госпитализированы после обращения за медицинской помощью в инфекционную больницу. Ботулизм может иметь маску и других заболеваний, таких как острый гастрит, артериальная гипотензия, опухоль головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром или отравление грибами (53,1 % случаев). Основой лабораторной диагностики БТ или возбудителя ботулизма является биопроба на белых мышах. В качестве экспресс-методов лабораторной диагностики используют определение фагоцитарного показателя и постановку РНГА с сенсibilизированными антитоксическими сыворотками. При вскрытии лабораторных животных точно поставить диагноз не всегда удается, ведь концентрация токсина в крови ничтожна. Поэтому вопрос по быстрой и точной диагностике ботулизма, в некоторых случаях, стоит весьма остро [3]. Только в 37,5% случаев диагноз был поставлен своевременно. При анализе результатов лабораторных исследований было установлено, что в клиническом материале от пострадавших возбудитель был выявлен только в 32,25 % случаев (10 человек). Все пострадавшие были госпитализированы, и после проведенного специфического лечения, включавшего в себя введение противоботулинической сыворотки типа АВЕ в 93,75% случаев, антибактериальной терапии и симптоматического лечения в 15,6% случаев, промывание желудка и очищение клизмой со щелочным раствором в 12,5%, инфузионной терапии в 6,25% случаев, больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заболеваемость ботулизмом в Гомельской области в период 2009-2017 гг. имеет неравномерный характер. В большинстве случаев виновными продуктами являются сушеная, вяленая, копченая рыба домашнего приготовления. Случаев заболеваний

ботулизмом, вызванных консервированными продуктами промышленного производства, не зарегистрировано. Указанное свидетельствует о необходимости активизации санитарно-просветительной работы по профилактике ботулизма.

Список литературы.

1. Лядова, Т. И. Клинико-эпидемиологическая характеристика ботулизма в Харьковском регионе / Т. И. Лядова, О. В. Волобуева, В. П. Малый, М. А. Тимкович // Вісн. Харк. нац. ун-ту. – 2009. – №879. – С. 25 – 31.

2. Уразбахтина, З. А. Тактика неотложной помощи при ботулизме / З. А. Уразбахтина, Р. Р. Туктарова, В. Б. Иванов, С. Х. Сарманаев // Клиническая медицина. – 2014. – №1. – С. 57 – 59.

3. Мустафин, Т. Р. Создание полиспецифического ботулинического конъюгата для иммуноферментного анализа / Т. Р. Мустафин, Э. Н. Мустафина, А. Н. Чернов, Н. С. Садыков // Ученые записки Казанской государственной академии ветеринарной медицины им. Н. Э. Баумана. – 2014. – №1. – С. 170 – 174.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ В РОССИИ

Симонян Р. З., Черкашина П. М.

Курский государственный медицинский университет

Одним из актуальных вопросов биоэтики на протяжении многих лет является проблема эвтаназии. Интерес к данной проблеме обуславливается тем, что существует большое количество противоречивой информации по вопросам эвтаназии, как достаточно специфического процесса. В России согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любой вид эвтаназии запрещен. Но несмотря на это пациент может отказаться от оказываемой ему медицинской помощи по своему желанию, в соответствии с статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 г.: «гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, даже если оно начато, на любом этапе проведения» [4]. Цель: выявить основные медико-социальные проблемы эвтаназии в России, применив опрос методом анкетирования для студентов Курского государственного медицинского университета. А также проанализировать полученные данные, сделать выводы и выяснить по ним общее мнение студентов по исследуемой проблеме. Эвтаназия - это ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями или средствами, к которым относится и прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни больного. Эвтаназию подразделяют на активную и пассивную формы. Активной эвтаназией называется умышленное введение препаратов, которые приведут к быстрой безболезненной смерти с целью избавления больного от тяжелых духовных и физических страданий. Пассивной эвтаназией называется ограничение или отключение от аппарата жизнеобеспечения безнадежно больных умирающих пациентов. Для выявления отношения студентов к эвтаназии в Курском государственном медицинском университете было проведено исследование на тему: «Эвтаназия в России». Опрос был проведен посредством метода анкетирования. Было опрошено двести пятьдесят пять учащихся лечебного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического, медико-профилактического дела и клинической психологии факультетов.

Большинством респондентов оказались обучающиеся женского пола – 73 % в возрасте от 18 до 23 лет лечебного и стоматологического факультетов, респонденты мужского пола составили 27 %, так же в возрасте от 18 до 23 лет. Оказалось, что практически все респонденты обладают средней осведомленностью об эвтаназии. На

вопрос: «Как вы относитесь к возможности применения эвтаназии?», 90 человек ответили – положительно, 97 – нейтрально, 45 – удовлетворительно, 44 – отрицательно и 12 резко отрицательно. Было установлено, что 96 % участников исследования слышали об эвтаназии, и знают определение данного понятия. Лишь 10 человек не были знакомы ранее с понятием эвтаназии. На вопросы: «Могли бы Вы согласиться на эвтаназию для себя при каких-либо обстоятельствах?» и «Могли бы Вы согласиться на эвтаназию для своих близких при каких-либо обстоятельствах?» более 150 человек (62%) ответили, что для себя они могли бы согласиться на эвтаназию, а для своих близких согласилось только 95 человек (38%). Также 62% респондентов считают, что в случаях, когда больной не может выразить свою волю, родственники или опекуны не имеют право принять решение об эвтаназии. Следовательно, психологически и морально обучающиеся еще не готовы к беспристрастной и адекватной оценке эвтаназии. И наконец, на вопрос: «нужно ли узаконить эвтаназию в России», большинство ответили да (57 человек) или скорее да (93 человека), но 88% (224 человека) считают, что легализация эвтаназии может привести к криминализации медицинской сферы деятельности. Чем обернется легализация эвтаназии? Возможно, это приведет к тому, что врачи перестанут искать новые пути лечения болезней, прекратят создавать инновационные лекарственные средства, а перейдут к более легкому пути и станут умерщвлять тяжело больных пациентов из сострадания. И сами пациенты, зная, что могут легко уйти из жизни с помощью эвтаназии не будут терпеть страдания и бороться за свою жизнь, даже при наличии шансов на выздоровление. [1] На основании изложенного, можно сказать, что эта неоднозначная проблема остро стоит в современном обществе и для ее устранения необходимо двигаться в направлении решения проблем неизлечимо больных людей. Важно оказывать тяжело больным помощь в повышении качества их жизни, в реализации прав. Также стоит провести реформирование системы здравоохранения и усиленно развивать паллиативную помощь [3]. Проанализировав данные опроса, мы пришли к выводу, что большая часть людей еще не готова уверенно принять решение по поводу легализации эвтаназии в России, так как эта проблема недостаточно освещена в обществе. Многие люди будут против добровольного ухода из жизни, по причине высокой опасности недобросовестного соблюдения правил проведения эвтаназии и злоупотребления своими должностными полномочиями медицинских работников[2].

Список литературы.

1. Порох, В.И., Катрунов В.А., Засыпкина Е.В. Юридические и медико-этические аспекты эвтаназии и перспективы ее легализации в России / В.И. Порох, В.А. Катрунов, Е.В. Засыпкина // Современное право. - 2013. - № 2. - С. 62-65.
2. Симонян, Р.З. Правовые аспекты эвтаназии / Р.З. Симонян // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1-6. – С. 1061-1062.
3. Симонян, Р.З. Проблема легализации эвтаназии в России // Eurasian Scientific Association. 2018. № 3-3 (37). С. 194-195.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. –М.: Омега-Л, 2014. – 74 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Тарамова С.А., Байсуркаева М.И.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Большое внимание должно уделяться состоянию здоровья подростков так как, они представляют собой ближайший репродуктивный, социальный, экономический, военный,

интеллектуальный и культурный резерв общества. Сохранение и улучшение здоровья подростков – одна из важнейших задач любого государства в том числе и Чеченской Республики (ЧР). Статистические сборники Министерства здравоохранения РФ «Заболеваемость детского населения (15–17 лет) России» за 2012–2019 гг. Для обработки результата исследования применялись методы описательной статистики. Были проанализированы показатели общей и первичной заболеваемости с 2012 по 2019 год. Общая заболеваемость снизилась на 33,6% и составила в 2019 году 850‰. В Российской Федерации показатель не изменился и составил 2225‰. В структуре общей заболеваемости подростков республики в 2019 году на 1 месте были болезни органов дыхания, на 2 месте – болезни уха и сосцевидного отростка, на 3 месте – болезни крови и кроветворных органов, на 4 месте – болезни глаза и его придаточного аппарата, на 5 месте – некоторые инфекционные и паразитарные заболевания. По показателям общей заболеваемости ЧР занимала 67 место в РФ. При анализе конкретных нозологий в общей заболеваемости выявили, что 1 место занимала анемия, 2 место – болезни среднего уха, 3 место – травмы от внешних причин, 4 место – болезни щитовидной железы, 5 место – острый ларингит и трахеит. Первичная заболеваемость подростков ЧР с 2012 по 2019 гг. снизилась на 28,4%, и составила 474‰. В Российской Федерации также наблюдалось снижение общей заболеваемости подростков на 1,8% и в 2019 году показатель составил 1371‰. В структуре первичной заболеваемости в 2019 году в ЧР на 1 месте были болезни органов дыхания, на 2 месте – болезни крови и кроветворных органов, на 3 месте – болезни уха и сосцевидного отростка, на 4 месте – травмы, на 5 месте – болезни глаза и его придаточного аппарата. По показателям первичной заболеваемости ЧР заняла 73 место в РФ. При анализе конкретных нозологий в первичной заболеваемости выявили, что 1 место занимала анемия, 2 место – травмы от внешних причин, 3 место – болезни среднего уха, 4 место – острый ларингит и трахеит, 5 место – острый средний отит. Мы посчитали коэффициент хронизации, как отношение показателя общей заболеваемости подростков к первичной. РФ за период с 2012 по 2019 гг. у подростков он вырос на 2%, что свидетельствует о переходе болезней в хроническую форму. В Чеченской Республике коэффициент хронизации снизился на 7,3%. Отдельное внимание должно уделяться девушкам подросткам – будущим матерям, показатели заболеваемости у которых на 10–15% выше, чем у юношей. В 2019 году в ЧР показатель подростковых аборт был одним из самых низких в стране и составил 0,29‰. ЧР уступила только Карачаево-Черкесской республике и Чукотскому автономному округу, где за 2019 год не было выполнено ни одного аборта женщине 15–17 лет. В ЧР в 2019 году был так же самый низкий показатель родов у 15–17 – летних женщин и в РФ и среди регионов СКФО, который составляет 0,6‰. В Чеченской Республике наблюдается самая благоприятная ситуация по заболеваемости подростков в стране, что подтверждается динамикой коэффициента хронизации. Обращают на себя внимание отдельные нозологические формы, лидирующие и в общей заболеваемости (анемии, болезни среднего уха, травмы от внешних причин) и в первичной заболеваемости (анемии, травмы от внешних причин, болезни среднего уха), которые требуют дальнейшего изучения. Низкий показатель абортов в Чеченской Республике можно объяснить воспитанием и семейно-нравственными ценностями.

Список литературы.

1. Статистические сборники Министерства здравоохранения РФ «Заболеваемость населения России» за 2013-2019 гг.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА

Филиппенко Ю.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одной из важнейших проблем современной экономической науки является междисциплинарная проблема выявления детерминант экономического роста и изучения особенностей их влияния на экономическое развитие. В рамках данной проблемы особый интерес вызывает такой фактор, как экономическая культура человека, определяющая его мышление, поступки и действия в экономической сфере, а, следовательно, являющаяся основой для формирования новых идей, направленных на повышение эффективности конкретной сферы жизнедеятельности. Недостаточная изученность данного фактора предопределила цель исследования - анализ влияния экономической культуры на процесс экономического роста. В основу исследования положены теоретические положения, представленные в классических и современных экономических работах отечественных и зарубежных ученых по проблемам экономического роста. Эмпирическая база исследования представлена материалами социологического опроса, направленного на оценку экономической культуры современной молодежи. Наряду с социологическими методами, при проведении исследования были использованы общенаучные и философские методы познания: метод анализа и синтеза, метода сравнений, метода научных абстракций, методов обобщения и систематизации. Анализ специальной литературы по теме исследования свидетельствует о необходимости изучения культурных факторов для понимания механизмов экономического развития. Так, В. Е. Каргаполов отмечает наличие прямой зависимости между показателями экономической культуры человека, общества и государства и степенью конкурентоспособности хозяйствующих субъектов в экономике, ростом качества производимых благ, ростом покупательной способности и благосостояния граждан [2]. Данное утверждение подтверждается экономической практикой. Например, японский экономист Есихара Кунио, анализируя экономическое развитие Японии в индустриальный период и послевоенное «экономическое чудо» страны, приходит к выводу, что «одной из причин успешного развития Японии является то, что ее культура способствовала этому» [3]. В свою очередь дефицит экономической культуры приводит к негативным социально-экономическим последствиям. Так, Рывкина Р.В., утверждающая что экономическая культура россиян является фактором деформации экономических реформ, оценивает современную ситуацию с экономической культурой в России как катастрофическую. Автор пишет: «унаследованная от СССР административно-командная культура уже не работает, а новая, рыночная культура еще не сформировалась. Эта ситуация порождает множество негативных последствий, начиная от экономической некомпетентности и безответственности и кончая экономической преступностью» [4]. При этом под дефицитом экономической культуры понимается не только отсутствие политических, правовых и экономических знаний в области хозяйственной и финансовой деятельности, но и практического опыта формирования конкурентной модели поведения, умения осуществлять новые экономические роли в условиях рыночной экономики. Отмечаются такие установки, негативно отражающиеся на социально-экономическом развитии, как: иждивенчество, враждебное отношение к новшествам, отсутствие стремления к организации собственного бизнеса, враждебное отношение к обеспеченным людям и богатству (стойкая убежденность, что разбогатеть честным трудом невозможно). В этой связи не согласиться с видным представителем либеральной экономики Е. Ясиным, который в своем докладе «Модернизация российской экономики: социальный контекст» говорил, что успех модернизации российской экономики во многом зависит от того, произойдут ли необходимые изменения в культуре, неформальных институтах и системе ценностей [3]. Вместе с тем, проведенный в рамках исследования социологический опрос

свидетельствует о начале формирования адекватной современным рыночным отношениям экономической культуры. В опросе приняли участие 123 человека в возрасте от 18 до 70 лет. Основной целью опроса было выявление их отношения к таким стереотипам экономического поведения как: предприимчивость, стремление к успеху и богатству, уважение к чужой собственности и честно накопленному капиталу, трудолюбие, строгий профессионализм, дух новаторства, покладистость, исполнительность, ориентация на количество независимо от качества, изворотливость, показуха, нетребовательность. Анализ ответов представителей старшего поколения показал, что, не смотря на то, что они уже «приняли» рыночные отношения и считают себя достаточно конкурентоспособными (82,9% опрошенных), только чуть более половины (58,5%) готовы к организации собственного дела. Напротив, молодёжь готова начать свой бизнес, готова рисковать и получать высокие доходы (85,3%). На вопрос о необходимости формирования экономической культуры утвердительно ответили 94,3% респондентов, отметив при этом отсутствие достаточных экономических знаний, умений и навыков, а также невысокий уровень финансовой грамотности. Современная Россия нуждается в экономической культуре, которая может создать экономический стиль, способствующий экономическому росту, а не препятствующий ему. Для этого требуется создание институтов и организаций, препятствующих оппортунистическому поведению и отношению потребителей к жизни.

Список литературы.

1. Белкин В.Д. и Стороженко В.П. Российский синдром голландской болезни и лекарства для его излечения// Экономическая наука современной России-2007.-№3.
2. Каргаполов, В.Е. Экономическая культура человека, общества и государства / В.Е. Каргаполов // Современные проблемы науки и образования-2006.-№3.
3. Расков Д.Е. Социальные нормы и институциональные изменения или как понять динамику экономической активности старообрядцев// Журнал институциональных исследований.-2012.-№3.
4. Рывкина Р. В. Экономическая культура в России: трудности и этапы становления / Р.В. Рывкина // Мир России. Социология. Этнология. 1994. - №1.

ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИКОЛЛЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Юнусов Т.Д., Даутбаев Д.Г.

Башкирский Государственный Медицинский Университет

Для исследования основных проблем коммуникации между медицинскими работниками была организована секция молодых журналистов для проведения анкетирования работающих студентов БГМУ и РязГМУ. Выявлены основные проблемы коммуникации между работниками медицинских организаций и обнаружено, что они не решаются имеющимися способами коммуникации.

Материалы и методы: анкетирование, библиографический, аналитический.

Республиканская организация Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации на протяжении последних 5 лет активно проводит мероприятия по вопросам организационно-методической работы в медицинских организациях, а также социально-экономической и правовой защите членов профсоюза [1]. Для исследования основных проблем коммуникации между медицинскими работниками была организована секция молодых журналистов БГМУ [2] для проведения анкетирования 41 работающего студента и ординатора БГМУ и РязГМУ, по результатам которого оказалось, что вся информация, поступающая медицинскому персоналу от руководства медицинской организации передается: из общего чата отделения в

мессенджерах 70.7%, через утренние конференции и планерки 43.9%, из «уст в уста» от коллег 34.1%, а также с помощью личных сообщений 26.8% и по телефонной связи 2.4%. Это показывает, что несмотря на множество используемых каналов связи, большинство из них не позволяет донести сообщения до всех членов отделения одновременно. А при передаче данных от руководства через коллег происходят ее потери, по закону искажения информации. [4] Несмотря на активное использование в медицинских организациях общих рабочих чатов отделений в мобильных мессенджерах и большой объем передаваемой через них информации, их функционал не позволяет построить систему коммуникаций между разными структурными подразделениями медицинской организации. При анкетировании были выявлены проблемы обмена информации через общий чат работников: 51% респондентов читают его только по мере возможности, 9.8% читают сообщения только вне работы, 4.9% из опрошенных не читает сообщения, один респондент читает редко и еще один из опрошенных не читает сообщения общего чата. Эти результаты показывают, что сообщения в общем чате работников не могут быть использованы для экстренного вызова помощи коллег. При проведении опроса оказалось, что 31.7% анкетированных упускали сообщения от руководителя в общем чате подразделения. Это может происходить из-за несовершенства функционала мобильных мессенджеров, когда при большой интенсивности переписки у руководителя нет возможности закрепления на экране важных анонсов для своих подчиненных. 75.6% медицинских работников, для передачи информации также использовали мобильную телефонную связь. Но было обнаружено, что 68,3% опрошенных выключали звук на телефоне во время работы, тем самым связь с коллегами в той или иной мере для них является ограниченной. Данные проблемы внутриколлективной коммуникации приводят к тому, что при возникновении неотложной ситуации 65,9% опрошенных имели на работе обстоятельство, когда они не могли позвать коллегу на помощь, так как он не отвечал на сообщения или звонки. Также, отсутствие единой системы сообщений между отделениями медицинских организаций, приводило к дополнительным затратам времени на поиск нужного канала связи между коллегами разных структурных подразделений. Это было выявлено у 70,7% респондентов. Стоит отметить и то, что медицинские работники используют мобильные мессенджеры для обмена рабочими фотографиями, видео и аудиофайлами. Согласно нашему опросу, самым популярным мессенджером, в котором размещен общий рабочий чат, стал «Whatsapp» (97.6%). Но он хранит данные переписки в памяти смартфона, оставляя их защиту на совести пользователя. [3] Так, в результате взлома памяти телефона, в руки мошенников могут попасть персональные данные пациентов. Это делает самый популярный канал обмена информацией медицинских работников одним из наиболее уязвимых. Внутриколлективная коммуникация медицинских работников, несмотря на рост применения мобильных технологий, не организована, что приводит к использованию различных каналов связи разными членами коллектива. А самый популярный канал связи, общий чат в мобильном мессенджере, не обеспечивает нужный уровень защиты данных. Все это приводит к снижению качества и доступности медицинской помощи.

Список литературы.

1. Забелин М.В., Павлов В.Н., Зырянов П.Н., Киньябулатов А.У., Аминова Р.К., Сафаров Р.Э., Шамсутдинов С.М., Султанова Р.И., Еникеева А.В., Даутбаев Д.Г. 100 лет — Республиканская организация Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (1919—2019 гг.). Уфа, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. — 40 с., илл.

2. Киньябулатов А.У., Аксёнов С.Г., Чистонов В.Д., Демаева А.Р., Усманов В.Ф., Сафаров Р.Э., Рахматова Ф.Б., Перминова В.А., Норматов Р.Н. Организация деятельности секции молодых журналистов в медицинском университете / Казанская наука. 2020, №7. — С.25-27.

3. Макарян А. С., Карманов М. А. Аспекты анализа защищенности и уязвимостей мобильных приложений // NBI-technologies. 2018. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aspekty-analiza-zaschischennosti-i-uyazvimostey-mobilnyh-prilozheniy> (дата обращения: 31.05.2020).

4. Чердниченко И. П., Тельных Н. В. Психология управления / Чердниченко И. П., Тельных Н. В. / Серия «Учебники для высшей школы» — Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. — 608 с.

СОЦИАЛЬНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Янбаева А.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Программы по решению социальных проблем, реализуемые социальным предпринимательством помогли бы повысить уровень жизни населения, уменьшить уровень безработицы, увеличить социальный капитал, что в результате поспособствовало бы экономическому развитию страны. Этим объясняется актуальность данной темы. Цель – изучить распространенность социального бизнеса в России. В настоящее время исследованиям в сфере социального предпринимательства уделяют особое внимание. Приоритетным для подобного типа бизнеса является не получение прибыли, а успех в результате реализации программ, проектов по решению или смягчению социальных проблем. Одним из самых первых примеров социального предприятия в России является уличная газета «На дне» в Санкт-Петербурге, которую распространяли с 1994 года бездомные. Впервые российский крупный бизнес заинтересовался социальным предпринимательством в 2003 году. Алюминиевая компания «РУСАЛ» разработала программу «Сто классных проектов», который был реализован в виде конкурса для учащихся в старших классах. Старшеклассники создавали проекты по решению местных социальных проблем и в результате конкурса получали поддержку в их реализации. Эта программа поспособствовала помощи ветеранам, детям-сиротам, бездомным животным, пенсионерам, а также сохранению природы и культуры. В качестве наиболее известных примеров социального предпринимательства в России можно назвать проекты: «Весёлый войлок» в городе Рыбинск, который предоставил рабочие места многодетным матерям и малообеспеченным семьям; ООО Детский Оздоровительный центр «Здравствуй», в котором проводят профподготовку детей с заболеваниями ЦНС; «Кнопка жизни» – первый значимый медицинский проект, экстренный вызов помощи для детей, инвалидов и пожилых людей. В рамках статьи было проведено исследование в целях изучения просвещённости разных слоев населения России в области социального предпринимательства. Используя такие практические методы как наблюдение, описание, анкетирование, опрос было необходимо выяснить уровень информированности россиян в этой сфере. Используя такие практические методы как наблюдение, описание, анкетирование, опрос было необходимо выяснить уровень информированности россиян в этой сфере. Полученные данные были обработаны с помощью таких теоретических методов как анализ, синтез, обобщение. В качестве основных методов получения данных были использованы анкетирование и опрос. Основные вопросы, которые были использованы в ходе исследования: Знаете ли вы что такое социальное предпринимательство? Слышали ли вы что-нибудь о социальном предпринимательстве? Чем, по вашему мнению, занимаются социальные предприниматели? Вы или ваши знакомые когда-нибудь участвовали в социальных проектах, проводимых бизнес-организациями? Анкетирование и опрос были проведены в таких городах как Ставрополь,

Владикавказ, Махачкала с людьми разных возрастов от 18 до 45 лет и различных профессий. Результаты анкетирования и опроса показали, что только 13% опрошиваемого населения знают, что такое социальное предпринимательство и чем занимаются социальные предприниматели. 54% ответили, что впервые слышат о нем. 33% что-то слышали. Никто из респондентов не участвовал в социальных проектах, проводимых бизнес-организациями. Если сравнить результаты этого опроса с результатами опросов Исследовательской группы ЦИРКОН, проводимых почти каждый год, начиная с 2008 по 2018 год, то можно сделать вывод о том, что количество людей более или менее знающих что такое социальное предпринимательство постепенно увеличивается. Но пока что данный вид предпринимательства не востребован в России. Здесь социальным предпринимательством занимается менее 1% бизнесменов. Основными причинами этой невостребованности являются недостаточная информированность, неполная разработанность законодательной базы, недостаточная поддержка на федеральном уровне. Таким образом, на основании вышеизложенного, можно заключить, что социальное предпринимательство в России находится только на стадии разработки и на данный момент не востребовано. Более того большая часть населения не имеет четкого представления о социальном предпринимательстве. Социальные проекты в России проводятся в основном в области переработки бытовых отходов, фермерства, поддержки детских домов и пожилых людей. Однако проблемы в таких важных аспектах общества как алкоголизм, безработица, наркомания, коррупция, остаются без внимания. Последствия пандемии COVID-19 нанесли большой урон социальному предпринимательству России. На данный момент власти разрабатывают определенные меры поддержки, но они имеют запоздалый характер. В перечень предприятий, освобожденных от налогов в период пандемии они не вошли и не получали как таковой поддержки со стороны властей. По словам заместителя председателя комиссии «Опоры России» по социальному предпринимательству Светланы Налеповой, более половины социальных предприятий страны заявили, что не смогут восстановиться после пандемии.

Список литературы.

1. Васильев В. П., Холоденко Ю. А. Экономика. Учебник и практикум. М.: Юрайт. 2020. - 298 с.
2. Ветрова Е.А. Социальное предпринимательство как фактор социально-экономического развития общества // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2015. – № 1. – С. 20-24. – С. 22.
3. Дерен В. И., Дерен А. В. Экономика и международный бизнес. Учебник и практикум для магистратуры. М.: Юрайт. 2019.- 298 с.
4. Кикал Дж., Лайонс Т. Социальное предпринимательство: миссия – сделать мир лучше. – М.: Альпина Паблишер, 2014. – 304 с.
5. Мухин А.В. Эволюция понятия социального предпринимательства. Основные функции социального предпринимательства // Новые технологии. – 2011. – № 2. – С. 103-106. – С. 104.
6. Поаншваль Н.С. Социальное предпринимательство как инновационный инструмент решения социальных проблем в рыночной экономике // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. – 2014. – № 25. – С. 170-176. – С.172.



РАЗДЕЛ 8.

Фармакология, клиническая фармакология

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА, АДРЕНАЛИНА И ИХ КОМБИНАЦИИ НА ВАРИАТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У КРЫС

Геворкян В.В., Заикина И.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Эпифизарный гормон мелатонин демонстрирует широкий спектр биологических и фармакологических возможностей. В том числе, прямо или опосредованно вовлекается в регуляцию работы сердечно-сосудистой системы, обладая кардиопротективными свойствами [1]. Адреналин, среди прочих эффектов, повышает напряжение регуляторных механизмов и может быть использован в качестве вещества усиливающего дисрегуляторные процессы в миокарде. В этой связи, представлялось интересным изучить влияние мелатонина на вариативность сердечного ритма (ВСР) до и после введения адреналина. Опыты выполнены на 24 крысах-самцах массой 180-220 г., которых содержали в индивидуальных жилых боксах при фиксированном световом режиме со свободным доступом к пище и воде. ВСР оценивали при помощи электрокардиографа Поли-Спектр-8/В (НейроСофт, Россия). Запись проводили в стандартных отведениях. Перед проведением измерений животное наркотизировали внутрибрюшинной инъекцией препарата «Золетил». Анализу подвергали участок ЭКГ, содержащий не менее 400 кардиоциклов. Для обработки полученных данных использовали программный модуль «Поли-Спектр-Анализ/В». Учитывали следующие показатели: частоту сердечных сокращений (ЧСС), среднее квадратическое отклонение (СКО), мода (Мо), амплитуда моды (аМо), вариационный размах (ВР), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР) и индекс напряжения (ИН). Животные были разделены на две группы (по 12 крыс). Первой (опытная группа), в течение 14 дней, вводили мелатонин (1мг/кг внутрибрюшинно). Второй – аналогичные по объему инъекции физиологического раствора (контрольная группа). На 15 день после оценки ВСР животным внутрибрюшинно вводили раствор адреналина (0,1 мг/кг) и проводили повторную регистрацию. Полученные данные обрабатывали статистически (пакет программ «Biostat» с использованием парного критерия Стьюдента).

После введения адреналина в контрольной группе происходило увеличение ЧСС с $428,9 \pm 8,6$ до $480,7 \pm 6,0$ уд/мин. ($p < 0,05$), а СКО и ВР уменьшались с $0,043 \pm 0,013$ до $0,008 \pm 0,0001$ ($p < 0,05$) и с $0,533 \pm 0,023$ до $0,143 \pm 0,041$ ($p < 0,05$). При анализе полученных результатов следует отметить также повышение ИВР с $336,7 \pm 111,07$ до $6172,5 \pm 3934,2$ от. ед., увеличение индекса ВПР от $27,5 \pm 9,0$ до $504,4 \pm 319,8$ от. ед. Установлено повышение ИН (стресс индекса) с $1307,6 \pm 436,1$ до $3859,2 \pm 1524,8$ от. ед. Выявленные изменения показателей ВСР свидетельствовали об увеличении симпатического влияния и усилении напряжения систем, регулирующих работу сердца. Мелатонин, при сравнении результатов с контрольной группой, не влиял на ЧСС, зато более, чем в 2 раза (до $0,089 \pm 0,022$ от.ед., $p < 0,05$) увеличивал СКО, что можно трактовать, как усиление процессов адаптации [2]. Мелатонин увеличивал ВР и снижал аМо и таким образом усиливал вариативность ритма. На таком фоне эффект адреналина отличался от аналогичных значений контрольной группы. ЧСС была меньше ($431,1 \pm 12,5$ уд/мин., а СКО достоверно выше ($0,061 \pm 0,013$ уд/мин. $p < 0,05$), аМо – снижалась, а ее ВР возрастал. Интегративные показатели: ВПР и ИН снижались. Таким образом, мелатонин стабилизировал работу сердечно-сосудистой системы и препятствовал развитию дисрегуляторных эффектов адреналина, что можно трактовать, как кардиопротективное действие. Обнаруженное нами свойство позволяет рекомендовать его к использованию в кардиологической практике.

Список литературы.

1. Арушанян Э. Б., Бейер Э.В., Мелатонин: биология, фармакология, клиника / Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. – Ставрополь, 2015. – 396 с.

2. Arsalan Aslani, Amir Aslani, Jalal Kheirkhah, Cardio-pulmonary fitness test by ultra-short heart rate variability / Arsalan Aslani, Amir Aslani, Jalal Kheirkhah// J Cardiovasc Dis Res. - 2011 Oct-Dec; 2(4) – P. 233–236.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЧЕРНУШКИ ПОСЕВНОЙ В РАЗНЫХ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Геч М.В., Кузьмичёва Н.А.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Чернушка посевная (*Nigella sativa* L.) под названием черный тмин широко культивируется в странах с субтропическим климатом и используется в виде масла холодного отжима из его семян как биологически активная добавка к пище. Наиболее ценными компонентами масла черного тмина являются эссенциальные жирные кислоты и тимохинон. Считается, что холодный, влажный климат неблагоприятен для развития этого растения из-за возможного поражения грибковыми инфекциями, а также из-за невозможности получения полноценных семян. В Республике Беларусь чернушка посевная не выращивается, поэтому представляет интерес изучение влияния на рост и развитие этого растения климатических условий северных, южных и центральных районов страны [2]. Материалы и методы. Материалом для исследования послужили растения чернушки посевной, выращенные в окрестностях г. Бреста, Минска и Витебска в течение вегетационного периода 2020 года из семян, полученных из Познани (Республика Польша). Наблюдения за вегетацией и определение фенофаз проводили общепринятыми методами. Поскольку семена были посеяны в разное время, в качестве аргумента времени при изучении сроков наступления фенофаз была использована сумма эффективных температур [1]

Результаты и обсуждение. Растения чернушки посевной прошли полный цикл развития во всех трех местах выращивания и дали зрелые семена. Цикл развития продолжался от 108 до 113 дней. В северной части Республики Беларусь чернушка посевная развивается медленнее, календарные сроки наступления фенофаз отодвигаются на более поздние сроки. Для наступления фазы бутонизации необходима сумма эффективных температур от 860 до 1000 градусов, для фазы цветения – от 1100 до 1400 градусов. Сумма эффективных температур в конце фазы плодоношения была около 1900 градусов. Средняя урожайность составила около 3 г/м² Заключение. Чернушка посевная может культивироваться в Республике Беларусь, особенно в ее южных и центральных районах. Растения проходят полный цикл развития, дают полноценные семена. Фазы цветения и бутонизации в разных частях Беларуси наступают при разных суммах эффективных температур, однако фаза плодоношения наступает примерно при одинаковой сумме эффективных температур в области 1900°C (1884-1927°C.). Для завершения стадии плодоношения необходима сумма эффективных температур менее 2000 градусов, что вполне реально в условиях Беларуси (северная граница республики практически совпадает с изолинией 2200 градусов за вегетационный период).

Список литературы:

1. Новикова Л.Ю. Температурный анализ межфазных периодов сортов винограда коллекции ВНИИВиВ им. Потапенко Я.И. / Новикова Л. Ю., Наумова Л. Г. // Виноделие и виноградарство. – 2015. – №5. – С. 2-5.

2. Review, A. Black cumin (*Nigella sativa* L.) / A Review, K. Animesh Datta [et all.] // Journal of plant development sciences. – 2012. – № 4. – P. 1 – 43

СУПРАМОЛЕКУЛЯРНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

Докаева Л.Ш., Асламбекова Э.Р., Исаева Э.Л.

Чеченский государственный университет

Химия комплексных соединений циклодекстринов (CD) вне всякого сомнения является одним из наиболее многообещающих направлений современной супрамолекулярной химии. Это обусловлено тем уникальным сочетанием свойств, которыми могут обладать получаемые системы. Наиболее востребованное прикладное направление – фарминдустрия, поскольку это сопрягается с разработкой векторной доставки лекарственных веществ в живые системы. Цель данной работы состоит в осуществлении синтеза и характеристике на качественном уровне комплекса глицината цинка (II), относящегося к координационным комплексам цинка (II) с глицином $[C_2H_4O_2N]_2Zn \cdot 2H_2O$. В качестве исходных веществ были использованы следующие соединения: глицин, $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$, гидроксид натрия, дистиллированная вода, этиловый спирт. К раствору глицина прилили раствор гидроксида натрия, полученный раствор выдержали 10 минут и нагрели до 60°C. Далее к гомогенному раствору добавили по частям сульфат цинка и выдержали 20-25 минут при температуре 55-60 °C, после охлаждения смеси до 10°C выпал кристаллический продукт белого цвета. После завершения осаждения раствор был профильтрован и твердый остаток промыт абсолютным этанолом и высушен при комнатной температуре.

Данный комплекс был охарактеризован методом элементного анализа (энергo-дисперсионный рентгенофлуоресцентный) на приборе Shimadzu 8000, а также ИК-спектроскопическим методом анализа на приборе Perkin Elmer FT-IR Spectrometer Frontier. Метод инфракрасной спектроскопии для бинарного комплекса показывает возможность получения комплекса в системе Zn^{2+} /аминокислота (глицин). Данные элементного анализа бинарного комплекса глицината цинка составляют: Zn – 31.99 %; S – 17.025 %; Plastic – 50.949 %. Метод инфракрасной спектроскопии для бинарного комплекса показывает возможность получения комплекса в системе Zn^{2+} /аминокислота (глицин).

В рамках поставленных задач исследования синтезирован бинарный комплекс состава $[C_2H_4O_2N]_2Zn \cdot 2H_2O$. Полученные комплексы изучены методом элементного (энергo-дисперсионный рентгенофлуоресцентный) анализа и ИК -спектрометрического анализа. По полученным данным физико-химических измерений подтверждены состав и строение комплексного соединения. Планируется фармакологическое исследование данного бинарного комплекса.

Список литературы.

1.Исаева Е.Л., Хасаева С.С., Асламбекова Е.Р., Панюшкин В.Т. Супрамолекулярные соединения β-циклодекстринов как материал для фармацевтической промышленности // Atlantis Highlights in Material Sciences and Technology (AHMST), volume 1 International Symposium "Engineering and Earth Sciences: Applied and Fundamental Research" (ISEES 2019). S. 183-190.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Дубинина М. С., Грибовская И. А.

Курский государственный медицинский университет

В современном мире пневмония является одним из самых распространенных заболеваний дыхательной системы. Ежедневно наблюдается рост пациентов с впервые выявленной внебольничной пневмонией (ВП). По официальным статистическим данным на период 2019-2020 год, несмотря на значительный рост заболеваемости пневмонией коронавирусной этиологии (1 618 116 человек от населения по состоянию на 31.10.2020), наблюдается и рост заболеваемости пневмонией, возбудителем которой не является коронавирус SARS-CoV-2 (2019-nCoV) на 12,4% по сравнению с 2018-2019 годом. Исходя из расчетных данных, представленных Роспотребнадзором, в 2019-2020 в Российской Федерации возникло не менее 1,5 млн. случаев заболеваемости внебольничной пневмонией некоронавирусной этиологии, что больше случаев заболеваний COVID – 2019 [1]. Статистические данные заболеваемости и смертности и их абсолютный и относительный рост обуславливают актуальность ежегодного контроля клинических рекомендаций и их улучшение в вопросах антибактериальной терапии данной внебольничной пневмонии. Возбудителями ВП некоронавирусной этиологии могут быть различные организмы, среди которых наиболее распространенными являются *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus* и *L. pneumophila* [2]. В 30-50% случаев некоронавирусной пневмонии установленной этиологии возбудителем заболевания служат грамположительные кокки *Streptococcus pneumoniae* [4]. *S. pneumoniae* (стрептококк пневмонии, пневмококк) по морфологическим особенностям является грамположительным диплококком овальной формы, попарно окруженным полисахаридной микрокапсулой, которая является патогенным фактором из-за способности ослаблять фагоцитоз нейтрофилов и макрофагов [5]. Провести сравнительный анализ эффективности фармакологического действия лекарственных препаратов у пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), вызванной *Streptococcus pneumoniae*.

Работа проводилась на кафедре фармакологии Курского государственного медицинского университета, базой для клинических исследований и источником данных стало пульмонологическое отделение ОБУЗ «Курская городская больница №6». Статистическая обработка данных проводилась за 2019 год с использованием пакета «Анализ данных» программы Microsoft Excel. Для обеспечения репрезентативности выборки числа респондентов по отношению к генеральной совокупности с доверительной вероятностью 85% и доверительным интервалом 15% необходимо было привлечь к исследованию не менее 26 пациентов. В исследовании приняло участие 32 пациента с внебольничной пневмонией, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки. Средний возраст больных составил $35,4 \pm 3,3$ года. Среди них женщин – 41%, мужчины – 59%. При исследовании сопутствующих заболеваний и исходя из анамнеза ни у одного из пациентов не наблюдалось выраженного иммунодефицита, что позволило свести дифференциальную диагностику возбудителя ВП к единому алгоритму. Идентификация пневмококка проводилась методом полимеразной цепной реакции, в качестве исследуемого материала у пациентов забиралась мокрота. При изучении анамнеза больных у 45% пациентов наблюдались хронические заболевания ССС (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) у 37% наблюдались хронические заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, хронический тонзиллит, хронический бронхит), у 3% наблюдался хронический пиелонефрит. У 15% в анамнезе нет сведений о наличии хронических заболеваний. Среди госпитализированных больных не

было пациентов с легкой формой внебольничной пневмонии (в связи с преимущественным амбулаторным лечением), у 78% наблюдалась средняя форма ВП пневмонии, у 22% была диагностирована тяжелая форма внебольничной пневмонии. Длительность лечения больных составила 14 дней. При применении группы цефалоспоринов (45%) применялись цефалоспорины III поколения, к которым относятся цефотаксим и цефтриаксон, предпочтение отдавалось парентеральному способу введения лекарственного препарата. Вышеперечисленные антибиотики были назначены 82% больных женщин и 78% пациентов – мужчин. Выбор данного препарата как основного при лечении ВП основывается на достоверно доказанной высокой клинической эффективности при терапии пневмококковой инфекции. 30% пациентов получали терапию антибиотиками группы макролидов (азитромицин). Данный антибиотик был назначен 9% и 6% мужчин. Целесообразность назначения препарата можно обосновать его фармакокинетическим действием: аккумуляция в тканях, метаболическая стабильность, достаточно длительный период полувыведения, низкий уровень резистентности *S. pneumoniae* к АБ. В данном случае фторхинолоны (21%), а именно левофлоксацин, применялись при ступенчатой монотерапии среднетяжелой и тяжелой. Терапию левофлоксацином получали 5% женщин и 10% мужчин. В остальных случаях (4%) для лечения внебольничной пневмонии пневмококковой этиологии применялись антибиотики группы гликопептидов и группы аминогликозидов. Оценка эффективности антибактериальной терапии проводилась на основании клинико-рентгенологической динамики, исследований температуры тела, частоты дыхательных движений, результатов лабораторного анализа крови (СОЭ, концентрация гемоглобина, лейкоцитоз). В случае малоэффективной терапии прибегли к назначению препарата ванкомицина (группа трициклических гликопептидов) парентерально, что увеличило длительность лечения больных до 21 дня.

По результатам проведенных объективных и лабораторных исследований выявлено, что в 88% случаев назначенная и проведенная антибактериальная терапия при лечении внебольничной пневмонии пневмококковой этиологии оказалась эффективной, в 12% – эффективность терапии оказалась малоэффективной. В качестве рекомендаций по использованию антибактериальных химиопрепаратов следует указать на необходимость рационального применения препаратов группы макролидов и фторхинолонов, учитывая распространение штаммов *S. pneumoniae*, нечувствительных к препаратам этих групп [2].

Список литературы.

1. Федеральная Служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosпотребнадzor.ru/>, свободный – (31.10.2020).
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых МКБ 10: J13-J18. – 2019. – 97 с.
3. Иванчик Н.В. Антибиотикорезистентность клинических штаммов *Streptococcus pneumoniae* в России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования / Иванчик Н.В., Чагарян А.Н., Сухорукова М.В.// Клиническая микробиологическая антимикробная химиотерапия. – 2019. – №3. – С. 230-237.
4. Карапетян Т.А. Современные возможности профилактики заболеваний, вызываемых *Streptococcus pneumoniae*, у населения разных возрастных групп / Карапетян Т.А., Доршакова Н.В., Никитина К.А.// Ученые записки Петрозаводского государственного университета. – 2017. – № 4 (117). – С. 38-42.
5. Мартынова А.В. Чувствительность к антибиотикам штаммов *Streptococcus pneumoniae*, возбудителей инвазивных инфекций / Мартынова А. В.// Тихоокеанский медицинский журнал. – 2017. – № 4 (30). – С. 24-25.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ОРЕНБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О РОЛИ СЕЛЕНА В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА

Жанетова М.М., Гараева А.Ф., Михайлова Н.К.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Селен является важным для функционирования организма микроэлементом. Количество селена в организме человека зависит от региона проживания, возраста и особенностей питания. Дефицит селена может приводить к развитию патологий эндокринной, сердечно-сосудистой и иммунной систем. Территория России относится к селенодефицитным. Стоит отметить, что важным звеном диагностики и профилактики селенодефицитных заболеваний является информированность об особенностях развития данной патологии. В ходе дальнейшего исследования был проведен опрос среди студентов Оренбургского государственного медицинского университета, что показавший недостаточную информированность обучающихся о данной проблеме.

Цель: оценить информированность студентов Оренбургского государственного медицинского университета о роли селена в организме человека и методах профилактики селенодефицитных состояний. **Задачи:** 1. Провести опрос студентов ОрГМУ; 2. Выявить степень осведомленности о селен-ассоциированных патологиях. **Материалы и методы исследования.** В работе была произведена оценка статистических данных, полученных в результате анкетирования студентов, а также их обобщение и систематизация.

Результаты и обсуждение. Количество селена в организме человека зависит от региона проживания, возраста и особенностей питания. Среднесуточная потребность в селене составляет 70-100 мкг. В организме человека содержится 3-20 мг селена, из которых 46,9% приходится на скелетные мышцы. Симптомы недостаточности селена могут наблюдаться в плазме крови, если его уровень ниже, чем 85 мкг/л. В ходе исследования было опрошено 100 студентов 2 и 3 курсов. Общее представление о селене и его функции имело 75% опрошенных. На вопрос интересовались ли студенты уровнем селена в своем организме ранее большая доля учащихся ответили, что нет. Данное соотношение составило 88% к 11,8%. Анализ опроса показал, что в целом студенты Оренбургского медицинского университета осведомлены о возможности селенодефицитных заболеваний быть эндемичными. Показатели составили 73,1% и 26,9% соответственно. При более детальном анкетировании студентов, вопросы которого касались вариантов проявления дефицита селена, выборе продуктов, содержащих микроэлемент, были установлены следующие результаты. 68,8% учащихся отметили наиболее частым неспецифическим симптомом – снижение иммунитета. Также 64,5% остановились на варианте «повышенная утомляемость». О таком клиническом проявлении, как выпадение волос при дефиците селена знает 66,7% студентов. Наиболее редкими симптомами по мнению студентов являются кардиологические нарушения (33,3%), увеличение веса (24,7%), мышечные боли (26,9%), патологические изменения костной ткани (47,3%). Одинаковую осведомленность о содержании селена в орехах показало 74, 2% студентов ОрГМУ, в то время злаковые продукты выбрало 65, 6%. Наименьшие показатели имели шоколад (9,7%), макаронные изделия (15,1%), фрукты (17,2%). В пределах 20%-50% варьировали грибы (31,2%), 48,4% студентов отметили мясо и мясопродукты, рыба (46,2%), зеленые овощи (34,4%), птица (23,7%). В ходе анкетирования 73% учащихся ответили, что селен преимущественно оказывает влияние на органы иммунной системы и щитовидную железу (61%). О возможности влияния микроэлемента на половые органы упомянуло 41%. Среднее значение заняли желудочно-кишечный тракт и костная ткань. В результате количество ответивших составило 32,2% и 38,6% соответственно. 88% студентов никогда не интересовались уровнем селена в своем

организме, что может свидетельствовать о низкой осведомленности проявлений дефицита микроэлемента, первоочередном влиянии на органы, а также о содержании в продуктах.

Выводы. Влияние селена на организм характеризуется множественными эффектами и требует дальнейших исследований. Селен обладает терапевтическим потенциалом при лечении и профилактике многих заболеваний, например, заболеваний ССС и опухолей. Возможно назначение препаратов селена с целью профилактики данных патологий. Однако в результате проведенного нами исследования была выявлена недостаточная информированность студентов о роли селена в жизнедеятельности организма, селенодефицитных заболеваниях и способах профилактики селенодефицитных состояний. Рекомендовано проведение санитарно-просветительной работы с целью повышения осведомлённости студентов по данной проблеме.

Список литературы:

1. Kieliszek M. Selenium-Fascinating Microelement, Properties and Sources in Food. *Molecules*. 2019;24(7):1298. Published 2019 Apr 3. doi:10.3390/molecules24071298
2. Nogueira, C.W., Rocha, J.B.T. Toxicology and pharmacology of selenium: emphasis on synthetic organoselenium compounds. *Arch Toxicol* 85, 1313–1359 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00204-011-0720-3>
3. Susan J. Fairweather-Tait, Yongping Bao, Martin R. Broadley, Rachel Collings, Dianne Ford, John E. Hesketh, and Rachel Hurst. *Antioxidants & Redox Signaling*. Apr 2011. 1337-1383. <http://doi.org/10.1089/ars.2010.3275>
4. Spengler, G.; Gajdacs, M.; Maré, M.A.; Domínguez-Álvarez, E.; Sanmartín, C. Organoselenium Compounds as Novel Adjuvants of Chemotherapy Drugs-A Promising Approach to Fight Cancer Drug Resistance. *Molecules* 2019, 24, 336.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Исаева К.М., Мингалиева А.Р., Гусейнов А.А.

Дагестанский Государственный Медицинский Университет

Антибиотикорезистентность – это феномен устойчивости возбудителей инфекции к действию одного или нескольких антибактериальных препаратов (АП). Снижение чувствительности к антибиотикам представляет собой междисциплинарную межгосударственную проблему, имеющую важное медицинское и социально-экономическое значение. [5,6].

Цель нашего исследования анализ и выявление возможных причин роста антибиотикорезистентности в Республике Дагестан. Были определены следующие задачи: изучение осведомленности в необходимости назначения АП среди студентов ДГМУ, анализ амбулаторных карт пациентов, которым назначались АП с целью выявления обоснованности и соответствия назначенного лечения клиническим рекомендациям.

Для решения поставленных задач был использован метод статистического наблюдения, а также метод сводки и аналитической группировки материалов статистического наблюдения. Принцип метода заключался в анкетировании студентов ДГМУ 1-6 курсов, с применением составленного нами опросника. Опрошено 477 студентов ДГМУ: 1 курс – 83, 2 курс – 81, 3 курс – 82, 4 курс – 80, 5 курс – 81, 6 курс – 70 студентов. Кроме этого, в двух поликлиниках Махачкалы было проанализировано 80 амбулаторных карт пациентов с заболеваниями пульмонологического профиля. Изучали обоснованность назначения антибиотиков, соответствие назначаемых антибактериальных препаратов клиническим рекомендациям. 43% опрошенных принимали антибиотик

в данном году, из них 15% принимают антибиотики чаще, чем 2 раза в год, 23% принимают раз в 2-3 года. 48% принимали антибиотик после назначения врача, 30% самостоятельно подбирали антибиотикотерапию, 20% по совету близких или фармацевта. При улучшении состояния в течении 2 дней 68% продолжит лечение, 20% прекратит пить антибиотик, 7% проконсультируется у врача, 5% посмотрит информацию в интернете. Рекомендуют принимать АБ при вирусной патологии 35% студентов 1 курса, 33% - 2 курса, 30% - 3 курса, 20% - 4 курса, 18% - 5 курса, 15% - 6 курса. При анализе 80 амбулаторных карт больных пульмонологического профиля различных поликлиник города Махачкалы (37 мужчин и 43 женщины, средний возраст 51 ± 1 год). Из них у 18 пациентов был выставлен диагноз хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). В 44% случаев были назначены АП. В соответствии с клиническими рекомендациями антибактериальная терапия (АТ) рекомендуется больным ХОБЛ с бронхоэктазами и частыми гнойными обострениями [2], обострение выявлено только у 4 больных. У 30 больных выявлены острый или хронический обструктивный бронхит и всем назначена АТ, несмотря на отсутствие данных за бактериальную природу обострения, что также не соответствует клиническим рекомендациям [1]. У 13 больных выявлена бронхиальная астма (БА) и практически половине пациентов (46%) была назначена АТ, что не соответствует клиническим рекомендациям [3]. У 9 пациентов выставлен диагноз «внебольничная пневмония». Анализ соответствия назначений клиническим рекомендациям [4] выявил, что в 88% случаев рекомендуемые антибиотики (АБ) им не соответствовали. 1. Антибиотики – это сильнодействующие препараты, имеющие множество побочных действий и поэтому необходимо тщательное обоснование их назначения. Но складывается впечатление, что большинство населения, в том числе и врачи, относятся к ним, как к витаминам. Этому способствует и свободная продажа их в аптеках, без рецептов. Из опрошенных нами студентов 43% уже принимали АБ в этом году, 38% принимают их чаще одного раза в год. При этом без назначения врача принимали АБ 50% опрошенных (самостоятельно, по совету знакомых или фармацевта) 20% прекращают прием через 2-3 дня при улучшении самочувствия. 2. Опросы, проведенные среди будущих врачей, показали, что даже у студентов старших курсов нет должного понимания этой проблемы. И если мнение 35% студентов 1-ого курса о необходимости приема АБ при вирусной инфекции можно объяснить только начавшимся обучением медицине, то 15% студентов 6 курса считающих так же – это уже проблема. 3. В свете вышеизложенного уже не удивляет необоснованное назначение АБ врачами первичного звена. При БА, ХОБЛ, остром или хроническом бронхите их назначение зачастую не обосновано выявлением бактериального обострения. 4. Бесконтрольное потребление антибиотиков повсеместно растет. Врачи первичного звена плохо ознакомлены с клиническими рекомендациями. Вместе с тем, проблема решается и не требует каких-то дополнительных финансовых затрат. Акцентирование внимания на данной проблеме в медицинских (да и не только) ВУЗах, проведение курсов «ликвидации антибактериальной безграмотности» среди врачей поликлиник, освещение данной проблемы в средствах массовой информации, запрет на безрецептурную продажу АБ помогут решить эту проблему.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации по лечению Хронического и острого бронхита (2013 г. 6 стр)
2. Федеральные клинические рекомендации по лечению ХОБЛ (2018 г. 34 стр.)
3. Федеральные клинические рекомендации по лечению Бронхиальной астмы (2016 г. 37-43 стр.).
4. Федеральные клинические рекомендации по лечению Пневмонии (2018 г. 31-35 стр.)

5. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013 March 20, 2014 6стр.

6.WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. World Health Organization, 2001 (Accessed 07, May, 2014) 11-12стр.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ДОЗ МЕЛАТОНИНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОТИВОТРЕВОЖНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЕНАЗЕПАМА

Кучукова А.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Для лечения невротически расстройств в клинической практике традиционно используются бензодиазепиновые анксиолитики [1]. Однако они вызывают целый ряд побочных эффектов, в числе которых нежелательное влияние на память, моторику и эмоциональную реактивность. В тоже время эпифизарный гормон мелатонин, обладая сходным с бензодиазепиновым производным по набору неблагоприятных свойств. Необходимо отметить, что на выраженность эффектов мелатонина существенное влияние оказывают его используемые дозы [2]. В связи с этим представлялось интересным оценить эффективность разных доз мелатонина и феназепама, а также их комбинации на традиционных для экспериментальной психофармакологии поведенческих тестах.

Опыты выполнены 60 беспородных крысах-самцах массой 180-220 г. Оценивали активность животных в «открытом поле» и приподнятом крестообразном лабиринте. Поведение животных в каждом тесте регистрировали за ограниченный промежуток времени и в определённое время суток (13-17 часов). Все животные были разбиты на несколько подгрупп (по 6 особей), в каждой из которых оценивалась их реакция на введение физиологического раствора (контрольная серия), нескольких доз мелатонина (0,05; 0,1; 1 и 5 мг/кг массы тела), феназепама (0,1 мг/кг), а также различных комбинаций веществ. Все они применялись внутрибрюшинно в эквивалентных объёмах жидкости. Эффект оценивали спустя 30 мин после инъекции. Полученные результаты оценивали статистически посредством пакета программ «Biostat» с использованием критерия Манна-Уитни.

Крысы, получавшие феназепам, пересекали большее число сегментов «открытого поля» ($17,0 \pm 1,5$), чем контрольные животные ($8,0 \pm 1,2$; $P < 0,05$). Немного чаще совершались вертикальные стойки, однако, этот сдвиг не носил статистически значимого характера. Мелатонин в самой низкой дозе (0,05 мг/кг) также повышал двигательную активность крыс, и они гораздо чаще пересекали периферические сегменты ($13,2 \pm 1,1$; $P < 0,05$). Исследовательская активность, судя по числу вертикальных стоек, так же заметно возрастала (с $3,2 \pm 0,4$ до $6,0 \pm 0,8$; $P < 0,01$). В более высокой дозе (0,01 мг/кг) мелатонин оказывал сходное действие. При этом некоторые животные заходили и в центральные сегменты «поля», чего практически не наблюдалось в других группах крыс. Важно отметить, что с увеличением дозы до 1 мг/кг и, особенно, 5 мг/кг поведенческие сдвиги, вызываемые мелатонином, прогрессивно ослабевали. В случае сочетанного использования феназепама и низких доз мелатонина (0,05 и 0,1 мг/кг) наблюдалось отчетливое усиление описанных ранее сдвигов. Число пересеченных сегментов возрастало до $19,5 \pm 2,2$ ($P < 0,01$), а вертикальных стоек – до $8,0 \pm 1,1$ ($P < 0,01$). При этом более высокие дозы мелатонина (1 мг/кг и 5 мг/кг), напротив, ограничивали активирующее влияние феназепама на поведение животных. Феназепам увеличивал время пребывания крыс в открытых рукавах лабиринта и его центральной части (с $24,0 \pm 6,0$ до $64,0 \pm 8$ с; $P < 0,01$). Также повышалась и

исследовательская активность животных, о чем свидетельствовало увеличение числа вертикальных стоек (с $2,2 \pm 0,3$ до $4,5 \pm 0,4$; $P < 0,05$) и свешиваний (с $1,2 \pm 0,15$ до $3,5 \pm 0,3$; $P < 0,01$). Несколько иной профиль психофармакологической активности демонстрировали мелатонин в низких дозах (0,05; 0,1 мг/кг). Он не столь заметно увеличивал время нахождения крыс в открытых рукавах лабиринта, но статистически достоверно повышал число вертикальных стоек ($5,0 \pm 0,3$; $P < 0,01$) и свешиваний ($3,2 \pm 0,2$; $P < 0,05$). Эти же дозировки гормона заметно потенцировали анксиолитическое действие феназепама. В случае совместного применения веществ возрастало время пребывания животных в открытых рукавах лабиринта ($86,0 \pm 6,0$; $P < 0,01$), а количества вертикальных стоек ($6,8 \pm 0,5$; $P < 0,01$) и свешиваний ($4,5 \pm 0,45$; $P < 0,01$) достигали максимальных величин. При этом высокие дозы гормона (1 и 5 мг/кг) существенно не влияли на поведение крыс и на проявление противотревожного действия феназепама.

Таким образом, согласно полученным данным, феназепам и мелатонин в низких дозах (0,05 и 0,1 мг/кг) обладают сопоставимым противотревожным действием, которое возрастает и оптимизируется при совместном введении веществ. Обнаруженные нами аддитивные свойства мелатонина, по литературным данным, проявляются при его сочетании с центральными нейротропными препаратами из самых разных фармакологических групп. В частности, гормон способен усиливать действие снотворных препаратов, попутно ослабляя характерные для них утренние нарушения когнитивной деятельности [4]. Ранее была показана способность гормона потенцировать специфическое действие антидепрессантов [3]. Эти факты позволяют ставить вопрос о возможности использования низких доз мелатонина в клинической практике при лечении различных психических заболеваний в сочетании с традиционными препаратами.

Эпифизарный гормон мелатонин в низких дозах (0,05 и 0,1 мг/кг) оказывает отчетливое противотревожное действие и потенцирует специфическую активность бензодиазепинового анксиолитика феназепама у крыс.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Анксиолитические средства / Арушанян Э.Б. – Ставрополь, 2001. – 240 с.
2. Арушанян Э.Б. Мелатонин (биология, фармакология, клиника) / Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. – Ставрополь, 2015. – 396 с.
3. Каминская О.В. Сравнительная оценка действия мелатонина и флуоксетина на модели резерпиновой депрессии / Каминская О.В., Бейер Э.В., Арушанян Э.Б. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т. 12. – №2. – С. 180-183.
4. Otmani S. Effects of prolonged-release melatonin, zolpidem, and their combination on psychomotor functions, memory recall, and driving skills in healthy middle aged and elderly volunteers / S. Otmani, A. Demazieres, C. Staner // Hum. Psychopharmacol. – 2008. – V. 23. – N. 8. – P. 693-705.

ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ МОДЕЛИРУЕМОМ СТРЕССЕ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ТЕМНОВОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Лузина Е. А., Москаева Е. А., Футанова М. Г.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Путешествия на дальние расстояния, резкая смена часовых поясов, работа со сменным графиком могут приводить к появлению совокупности симптомов, известных как расстройство суточного биоритма или десинхроноз. Данное состояние характеризуется снижением внимания, усталостью, потерей аппетита, снижением

когнитивных навыков и нарушением цикла сна / бодрствования [4]. Нарушение циркадного ритма лежит в основе различных психических расстройств, в том числе депрессии [6]. Депрессия является фактором риска развития многих нозологий, таких как болезнь Альцгеймера [7], сердечно-сосудистые заболевания [10], патологические состояния опорно-двигательного аппарата (снижение минеральной плотности костей) [9]. Нормализация циркадных ритмов необходима для поддержания физического и психического состояния человека [4]. Имеются исследования, которые показывают, что использование антидепрессантов в качестве класса лекарств для лечения депрессии не эффективно [5], мы считаем, что возможно применение препарата с хронобиотическими свойствами в качестве препарата для лечения и профилактики аффективных расстройств. В связи с этим, в нашем исследовании предложено использование препарата мелатонина для лечения тревожно-депрессивных расстройств, связанных с нарушением циркадных ритмов [8]. Объектом исследования стали половозрелые взрослые белые крысы. Животные были разделены на 3 группы по 6 особей в каждой. Первая группа – интактные крысы, содержащиеся в стандартных условиях вивария. Животные 2-й и 3-й групп находились в темноте в течение 10 дней, затем животным 2-й группы (контроль) вводили мелатонин в дозе 1 мг/кг, а животным 3-й группы - 0,9% раствор NaCl в качестве плацебо. Моделью стресса стало помещение особей в иммобилизационные камеры на 1 час. В конце эксперимента крыс тестировали в установке «открытое поле» по одной крысе в течение 5 минут. Данная установка позволяет оценить уровень стресса и беспокойства у животных [3]. Высокая двигательная активность и исследовательская деятельность крыс говорит об отсутствии тревожности [1]. Показатели двигательной активности у крыс группы "мелатонин" были достоверно выше (горизонтальная активность 258 клеток, вертикальная – 51) относительно контрольной группы (горизонтальная активность 196 клеток, вертикальная - 39), показатели исследовательской активности в группе мелатонина также были лучше, чем в контрольной группе. Груминг показывает способность адаптироваться к новым условиям [2]. Крысы на мелатонине лучше адаптировались к новым условиям (провели груминг 43 раз), чем крысы контрольной группы (19 раз). Длительное застывание в одной позе (фризинг) и большое количество болюсов являются индикаторами стресса [2]. Наибольшая тревожность отмечена у крыс контрольной группы (25 болюсов и 330 сек. фризинга), в мелатониновой группе - 3 болюса и 151 сек. застывания в одной позе. Нарушение циркадных ритмов в организме приводит к увеличению значений тех показателей, которые являются индикаторами стресса и тревожно-депрессивных расстройств. По сравнению с группой плацебо, животные, получавшие мелатонин, имели значительно более высокую физическую активность, а показатели тревожности были ниже, что свидетельствует об успешном преодолении крысами последствий индуцированного стресса, отягощенного десинхронозом.

Список литературы.

1. Arsenault D. et al. DHA improves cognition and prevents dysfunction of entorhinal cortex neurons in 3xTg-AD mice //PLoS One. – 2011. – Т. 6. – №. 2. – С. e17397.
2. Kalueff A. V. et al. Neurobiology of rodent self-grooming and its value for translational neuroscience //Nature Reviews Neuroscience. – 2016. – Т. 17. – №. 1. – С. 45.
3. Kuniishi H. et al. Early deprivation increases high-leaning behavior, a novel anxiety-like behavior, in the open field test in rats //Neuroscience Research. – 2017. – Т. 123. – С. 27-35.
4. Kyriacou C. P., Hastings M. H. Circadian clocks: genes, sleep, and cognition //Trends in cognitive sciences. – 2010. – Т. 14. – №. 6. – С. 259-267.
5. Romano A. et al. Depressive-like behavior is paired to monoaminergic alteration in a murine model of Alzheimer's disease //International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2015. – Т. 18. – №. 4.

6. Satyanarayanan S. K. et al. Circadian rhythm and melatonin in the treatment of depression //Current Pharmaceutical Design. – 2018. – Т. 24. – №. 22. – С. 2549-2555.
7. Sepehry A. A. et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression //Drugs & aging. – 2012. – Т. 29. – №. 10. – С. 793-806.
8. Srinivasan V. et al. Jet lag, circadian rhythm sleep disturbances, and depression: the role of melatonin and its analogs //Advances in therapy. – 2010. – Т. 27. – №. 11. – С. 796-813.
9. Williams L. J. et al. Depression as a risk factor for fracture in women: a 10 year longitudinal study //Journal of affective disorders. – 2016. – Т. 192. – С. 34-40.
10. Zhang Y., Chen Y., Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding //Journal of Clinical Neuroscience. – 2018. – Т. 47. – С. 1-5.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК НА ПРИМЕРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ГРУППЫ "ДЕКОГНЕСТАНТЫ"

Макешина Н.Е., Шевченко В.В.

Курский государственный медицинский университет медико-фармацевтический
колледж

В связи с огромным числом предложений лекарственных средств (ЛС) на фармацевтическом рынке России, особенностями формирования ассортимента ЛС в аптеках, различием в ценах и фармакологических свойствах, работникам фармацевтических организаций необходимы алгоритмы по консультированию посетителей при выборе ЛС [1]. На российском фармацевтическом рынке имеют высокий спрос ЛС для лечения ринитов. Для разработки алгоритма консультирования посетителей аптек фармацевтами были отобраны ЛС безрецептурного отпуска из группы «Декогнестанты» на основе МНН "Оксиметазолин". Контент-анализ литературы, фармакоэкономический, структурный, логический. Объекты исследования: ассортимент ЛС на основе МНН "Оксиметазолин"; стоимость затрат на курс лечения; фармакологические свойства ЛС. По данным Государственного Реестра ЛС в России зарегистрировано 23 лекарственного препарата (ЛП) в виде назальных капель и спрея, выпускающиеся под 15 торговыми наименованиями, 15 производителями. Сравнительный анализ ассортимента ЛС на основе МНН "Оксиметазолин", предлагающегося в России и его фактическое наличие на региональном фармацевтическом рынке г. Курска, позволил для дальнейших исследований отобрать 13 наименований ЛП. Анализ ассортимента ЛС, предлагающихся в аптеке по составу показал, что в фармацевтической организации все ЛП являются монокомпонентными. Нами было проведено изучение фармакологических характеристик ассортимента ЛС на основе МНН "Оксиметазолин". Для выявления достоинств и недостатков препаратов были изучены показания к применению, противопоказания и побочные действия каждого из препаратов. Затем был проведен сравнительный анализ характеристик: каждому показанию к применению давался один положительный балл, а противопоказаниям и побочным эффектам также давался один балл, но отрицательный. В результате был рассчитан «Суммарный показатель качества» (СПК) для каждого ЛП. Выявлено, что СПК у ЛП на основе МНН "Оксиметазолин" колеблется от минус 8 до минус 14, вследствие наличия большого числа побочных эффектов и противопоказаний. Наилучшее значение СПК получили ЛП «Нокспрей» (Украина) – минус 8 баллов и «Називин» (Германия) - минус 9 баллов. Худшие результаты показали препараты «Сиалор Рино» (Россия), «Назол» (Россия) - минус 14 баллов. На следующем этапе была проведена фармакоэкономическая оценка стоимости лечения ЛП на основе МНН "Оксиметазолин". В качестве критерия нами была выбрана величина стоимости на курс лечения ЛП группы. Анализ показал, что наименьшую

стоимость курса лечения среди лекарственных форм (ЛФ) в виде капель имеет ЛП: Риностоп Экстра (АО "Отисифарм") - 12,24 руб, а максимальную - ЛП Називин Сенситив (Мерк Зельбстмедикацион ГмбХ) - 70,20 рублей. Среди ЛФ в виде спрея наименьшая стоимость курса лечения составляет 10,08 рублей у ЛП Оксифрин (ООО "Гротекс")), а максимальная у ЛП Називин Виск (Синекс ООО "Проктер энд Гэмбл) - 198,0 рублей. На заключительном этапе провели сравнительную оценку стоимости курса лечения ЛС и величины СПК. Используя полученные данные, был разработан алгоритм консультирования посетителя аптеки при выборе ЛС на основе МНН "Оксиметазолин". При выборе ЛС необходимо учитывать: СПК и стоимость ЛП на полный курс лечения. В ассортиментном «портфеле» аптеки на основе МНН "Оксиметазолин" ЛП, имеющими наилучшие соотношения стоимости курса лечения и СПК являются: Називин Мерк Зельбстмедикацион ГмбХ – капли назальные; Нокспрей СП "Сперко Украина" – спрей назальный. Но также есть препараты, которые не оправдывают свою стоимость, ввиду этого, они рекомендованы к исключению из ассортиментного «портфеля» аптеки: Назол Адванс АО "Байер" – назальный спрей, Виск Синекс ООО "Проктер энд Гэмбл Дистрибьюторская Компания" – назальный спрей. Разработанный алгоритм найдет практическое применение работниками аптек при консультировании посетителей аптек при выборе ЛС на основе МНН "Оксиметазолин", а также позволит внести изменения в ассортиментный «портфель» фармацевтической организации за счет включения в него препаратов доступных по цене и качеству.

Список литературы.

1.Кулешова, В.В. Разработка методических подходов к проведению фармакоэкономической оценки лекарственных средств определенной фармакологической группы / В.В. Кулешова // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. «Университетская наука: взгляд в будущее» (г. Курск.)- КГМУ, 2016.- С. 62-66.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ БАЗОВОЙ СТРУКТУРОЙ МЕРКАПТОБЕНЗИМИДАЗОЛА И СПЕКТРОМ ЕГО ТАРГЕТНЫХ АКТИВНОСТЕЙ, СООТНОСИМЫХ С АНКСИОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

Мирошников М.В., Скрипка М.О., Мальцев Д.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр

Тревожные расстройства составляют один из наиболее распространенных классов психических расстройств [1]. К данным патологиям относятся: паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, фобии, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство - данные заболевания на сегодняшний день являются одними из самых распространенных в мире – около 10 % [5,3]. Кроме того, одно и то же тревожное расстройство часто может иметь различную клиническую картину. Все зависит от индивидуальных качеств пациента, а также это может свидетельствовать о том, что данные заболевания могут возникать в результате широкого спектра патофизиохимических процессов (вовлечение ГАМК, серотониновой, дофаминовой и др. систем), возникающих в результате генетических, социальных и других факторов [4]. Существующие препараты, направленные на терапию данных патологий, зачастую оказываются малоэффективными, кроме того, многие из них (бензодиазепины) не лишены серьезных побочных эффектов – аддикция, седация,

миорелаксация [2]. Одним из этапов поиска и разработки новых высокоэффективных веществ, направленных на терапию тревожных патологий является метод *in silico* – прогностическое компьютерное моделирование перспективности определенного вещества или ряда веществ на интересующую активность. Настоящая работа посвящена компьютерной оценке уровня таргетных активностей, определяющих анксиолитический эффект нового соединения. Для изучения выбрана коровая структура нового ряда веществ – производных меркаптобензимидазола, считающаяся по ряду литературных данных перспективной в терапии тревожных состояний [6]. Для базовой структуры меркаптобензимидазола был выполнен прогноз *in silico* спектра уровня его активности в отношении 13 выбранных таргетных анксиолитических мишеней (Таблица 1) с использованием системы Microcosm BioS v18.1.9. QSAR-база Microcosm BioS содержит полученную из ChEMBL[7], BindingDB [8], и PubChem [9] информацию по химической структуре и уровню активности 625888 известных соединений, изученных мировым научным сообществом на 11509 видах таргетной биологической активности (по состоянию на 5.10.2020), которая затем была верифицирована, структурирована и обработана. Для соединения и взаимодействия с определенной таргетной субъединицей определено фиксированное значение индекса уровня активности (Ind): -5 (неактивно); -4 (очень малоактивно); -3 (малоактивно); -2 (активность существенно ниже средней); -1 (активность ниже средней); 0 (средняя активность); +1 (активность выше средней); +2 (активность существенно выше средней); +3 (высокоактивно); + 4 (весьма высокоактивно); +5 (очень высокоактивно). Расчет для прогнозируемого соединения спектра уровней таргетных активностей выполняется методом 2D-структурного сходства. Программа Microcosm BioS с использованием QL-модифицированного коэффициента сходства Танимото находит сходства между приоритетными таргетами и прогнозируемой молекулой. Для базовой структуры меркаптобензимидазола по каждому из 13 таргетных мишеней вычисляли средние значения индекса уровня активности, которые характеризуют перспективность исследуемого соединения как активного лиганда в отношении заданной биомишени. Анализ данных показывает, что базовая структура меркаптобензимидазола характеризуется наличием мультитаргетных свойств, релевантных анксиолитическому действию – из 13 биомишеней для 6 получены средние значения от «активности выше средней» до «весьма высокоактивно»: взаимодействие с Glutamate [NMDA] receptor Type 2 (Глутаматный рецептор) - «активность выше средней»; Voltage-gated T-type calcium channel Type 4 (кальцевый канал Т-типа, активируемый низким напряжением) – «активность существенно выше средней»; Voltage-gated T-type calcium channel Type 2 (кальцевый канал Т-типа, активируемый низким напряжением) – «высокоактивно»; Voltage-gated T-type calcium channel Type 3 (кальцевый канал Т-типа, активируемый низким напряжением), Corticotropin releasing factor-binding protein Type 1 (кортикотропин рилизинг-фактор) и Adrenergic receptor (Адренергический рецептор) – «весьма высокоактивно». Сопоставление спектров средних индексов уровней таргетных активностей базовой структуры меркаптобензимидазола позволило установить, что изучаемое соединение представляет собой перспективный источник мультитаргетных анксиолитических препаратов направленных на терапию широкого ряда тревожных расстройств. Методами *in silico* исследована зависимость между базовой структурой меркаптобензимидазола и спектром из 13 таргетных биомишеней, определяющих возможный анксиолитический эффект. Показано, что для исследованной химической молекулы характерно мультитаргетное действие в отношении 6 белков-рецепторов. Выявлены приоритетные мишени анксиолитического действия изученной базовой структуры. Полученные закономерности могут служить основой для планирования синтеза новых моно и мультитаргетных противотревожных соединений – производных меркаптобензимидазола, для дальнейшего доклинического изучения их анксиолитических

свойств. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-015-00164/20

Список литературы.

1. Спасов А. А. Анксиолитический потенциал нового ряда производных диазепинобензимидазола / Спасов А.А., Диваева Л.Н., Мальцев Д.В. [и др.]//Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2018. – №. 3 (67).
2. Таран А. С. Изучение анксиолитической активности в ряду новых производных диазепинобензимидазола на установке «Приподнятый крестообразный лабиринт» / Таран А.С., Мальцев Д.В., Яковлев Д.С. [и др.]//Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2017. – №. 1 (53).
3. WHO D. Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates //World Health Organization, Geneva. – 2017.
4. Brehl A. K. et al. A mechanistic model for individualised treatment of anxiety disorders based on predictive neural biomarkers / A.K. Brehl, N. Kohn, A.H. Schene [et al.]//Psychological Medicine. – 2020. – Т. 50. – №. 5. – С. 727-736.
5. Maltsev D. V. Influence of Diazepino [1, 2-a] benzimidazole derivative (DAB-19) on behavioral aspects of animals / D.V. Maltsev, A.A. Spasov, M.Miroshnikov, M. V. [et al.] //Research Results in Pharmacology. – 2020. – Т. 6. – С. 9.
6. Spasov A. A. Anxiolytic Activity of 11 H-2, 3, 4, 5-Tetrahydro [1, 3] Diazepino [1, 2-a] Benzimidazole and 2-Mercaptobenzimidazole Derivatives / A. A. Spasov, O.N. Zhukovskaya, D.V. Maltsev [et al.] //Russian Journal of Bioorganic Chemistry. – 2020. – Т. 46. – №. 1. – С. 107-114.
7. ChEMBL, 2017, <https://www.ebi.ac.uk/chembl/>.
8. BindingDB, 2017, <https://www.bindingdb.org/>.
9. PubChem, 2017, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ТРАВЫ ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Новикова И.В., Шевцов Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum*) произрастает почти по всей европейской части России, образуя небольшие заросли, удобные к заготовке. Методы исследования: количественный химический анализ (метод перманганатометрии), физико-химический анализ (спектрофотометрия), методы статистической обработки - определение выборочной средней величины. Объекты исследования: трава зверобоя, приобретенная в аптеке от производителя Фарма Цвет «Зверобоя трава» Производитель: АО «Красногорсклексредства» г. Красногорск (№1); Фитофарм «Зверобоя трава» Краснодарский край, г.Анапа (№2); Care health «Зверобой с травами россыпью в пачке», Алтайский край, г. Барнаул (№3), образцы, собранные в Медвенском районе (№4, №5) и Дмитриевском районе (№6, №7) Курской области. по содержанию флавоноидов в траве зверобоя продырявленного требованиям ФС соответствует только образец сырья №1(производитель: «Красногорсклексредства» г.Красногорск). Приближается к стандарту образец сырья №2, собранного в г. Анапа Краснодарский край. Трава зверобоя с Алтайского Края является биологически активной добавкой к пище. Сырье, собранное в разных местах Курской области по содержанию флавоноидов не удовлетворяет требованиям ФС, что объясняется неблагоприятными погодными условиями лета на

накопление флавоновых гликозидов. По содержанию дубильных веществ сырье от всех заготовителей соответствует требованиям ФС. по результатам определения флавоноидов и дубильных веществ в траве зверобоя продырявленного установлено, что сырье от производителя «Красногорсклексредства» г.Красногорск полностью соответствует требованиям ФС.

Список литературы.

1.Зими́на Л.Н. Фармакогностическое исследование по обоснованию создания антидепрессантных препаратов на основе травы зверобоя / Л.Н. Зими́на: Дис. канд. фармац. наук. – Самара, 2011. – 121 с.

2.<http://pharmacopoeia.ru/wp-content/uploads/2016/09/FS.2.5.0015.15-Zveroboya-trava.pdf>

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОРНЕВИЩ КУРКУМЫ

Плохих А.В., Ёршик О.А.

Витебский государственный медицинский университет

Целью исследования является изучение эфирного масла порошков корневищ куркумы производства Индии (Star Bazaar, Fort, Mumbai). Исследование проводили методом перегонки с водяным паром для определения количественного содержания эфирного масла и методом хроматографии. Полученные результаты могут быть использованы при разработке проекта фармакопейной статьи «Куркумы корневища».

В качестве материала для исследования использовали порошки корневищ куркумы (специи) производства Индии (Star Bazaar, Fort, Mumbai). Количественное определение эфирного масла проводили по следующей методике: 2,5 г порошкообразного растительного сырья помещали в круглодонную колбу объёмом 2 л и добавляли 400 мл воды дистиллированной. Колбу присоединяли к установке Гинзберга и проводили перегонку со скоростью 2 мл/мин в течении 3 часов [2]. Содержание эфирного масла определяли в мл/кг. Хроматографическое определение проводили на пластинках «Sorbfil ПТСХ-П-В-УФ» (Россия) и «Cellulosa» (Merk, Германия) в системе растворителей: ледяная уксусная кислота-толуол (20:80). Детектирование проводили при УФ-облучении (254 и 365 нм) и при проявлении в спиртовом растворе ванилина 1г/л и растворе концентрированной серной кислоты 10 г/л. В ходе исследования было установлено, что количественное содержание эфирного масла в порошке корневищ куркумы составляет 53 мл/кг. В результате хроматографического определения выявлено: 1. На пластинке «Sorbfil ПТСХ-П-В-УФ» при УФ-облучении наблюдали зону поглощения ($R_f=0,72$). 2. На пластинке «Sorbfil ПТСХ-П-В-УФ» при проявлении в спиртовом растворе ванилина 1г/л и растворе концентрированной серной кислоты 10 г/л в видимом свете наблюдали окрашенную зону в фиолетовый цвет ($R_f=0,72$). 3. На пластинке «Cellulosa» при УФ-облучении никаких изменений не наблюдали. 4. На пластинке «Cellulosa» при проявлении в спиртовом растворе ванилина 1г/л и растворе концентрированной серной кислоты 10 г/л в УФ-свете проявилась дополнительная зона с яркой зелёной флуоресценцией.

Методом перегонки с водяным паром проведен количественный анализ эфирного масла порошков корневищ куркумы. Анализируемое сырье соответствует требованиям Европейской Фармакопеи по количественному содержанию эфирного масла. Изучен компонентный состав эфирного масла порошков корневищ куркумы методом тонкослойной хроматографии.

Список литературы.

1. Бадриддинова М.Н. Медицинское значение куркумы / Бадриддинова М.Н., Кароматов И.Д., Кароматов С.И.// В Кн.: НАУКА - ОБЩЕСТВУ XXI ВЕКА. Ставрополь: «Логос», 2015 - Книга 2, глава 7. – С. 202242
2. European Pharmacopoeia 10.0, vol.2. – Council of Europe, Strasbourg. – 2019. – 2133с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕЛАТОНИНА И ТОКОФЕРОЛА НА ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ КРЫС

Сайнароева М.М., Степанян Т.О.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель исследования: сравнительная оценка поведенческих свойств эпифизарного гормона мелатонина и антиоксиданта токоферола.

Материал и методы. Опыты выполнены на 20 беспородных крысах-самцах средней массой 250-450 г. Животные были разделены на группы, по 5 особей: I группа – интактные крысы; II группа – индифферентное растительное масло (инъекционный стресс; контрольная группа) - 2 мл/кг ; III группа – мелатонин в виде препарата «Мелаксен» («Юнифарм», США) в дозировке 0,5 мг/кг ; IV группа – витамин Е в виде препарата «Альфа-токоферола ацетат» («Марбиофарм», Россия) – 40 мг/кг. Все вещества вводились внутривентриально в равном объеме повторно в течение 10 дней в промежутки с 18:00 до 20:00.

Для сравнительной оценки активности этих веществ использовали две экспериментальные модели: «Открытое поле» и приподнятый крестообразный лабиринт. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке посредством компьютерных программ с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Достоверность результатов подтверждена в ходе статистической обработки данных с использованием t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$). Как установлено, поведение животных контрольной группы в «открытом поле» имело односторонний характер. Сравнивали группы, получавшие мелатонин и токоферол, с контрольной группой животных, получавших индифферентный масляный раствор. После введения мелатонина отмечены признаки снижения тревожности у животных при введении мелатонина. Это проявлялось в более частом пересечении линий «открытого поля» (среднее число пересеченных центральных сегментов – 6,6, контрольная группа – 6,2; периферических – 32,4, контроль – 21,6), снижении груминга по сравнению со второй группой (с 6,2 до 2,4). Помимо двигательной активности стимулировалась также исследовательская: животные чаще вставали на задние лапы, проявляли больше внимания к отверстиям, при этом среднее число обнюхивания отверстий увеличилось (с 2,2 до 5,2, а заглядываний – с 2,6 до 3,6). Токоферол оказывал схожее действие на животных, что привело к еще более высокому числу пересеченных сегментов «открытого поля», как в центре (8,6; контроль – 6,2), так и на периферии (38,8; контроль – 21,6), а также повышению исследовательской активности в виде большего числа подъемов на задние лапы (с 7,2 до 20,8) и более активного изучения отверстий.

В приподнятом крестообразном лабиринте активность крыс, получавших мелатонин, была более выражена, чем у животных контрольной группы. Это выражалось в более высокой частоте переходов между рукавами лабиринта (с 3,8 до 8,8), увеличении времени нахождения в открытых ветвях (инъекционный стресс – 27,4 сек., мелатонин – 182 сек.), снижении частоты груминга. Также отмечено повышение исследовательской активности крыс в виде увеличения числа свисаний с открытой платформы лабиринта и подъемов на задние лапы. Схожие результаты получены при анализе данных животных,

получавших токоферол: число пройденных рукавов лабиринта - 4,0, время нахождения в открытых ветвях увеличилось с 27,4 сек. до 192,4 сек., снизилась частота грумминга до 1,5 (контроль – 2,0). Эти данные подтверждают результаты, полученные в ходе первого теста.

Заключение. Таким образом, учет поведенческой активности известного антиоксиданта токоферола показал, что наличие одного только антиоксидантного действия достаточно для проявления противотревожного эффекта лекарственных веществ. Из этого следует, что часть психотропной активности мелатонина может быть следствием его антиоксидантных свойств.

Список литературы.

1. Arushanyan E. B., Arushanyan A.E., Chernyshova E. M. et al. Anti- depressant and anxiolytic properties of melatonin: behavioral and biochemical evidences // VII Europ. Pineal Soc. Coll. , Barcelona, 1996 - p. 71
2. Арушанян, Э. Б. Анксиолитические средства / Арушанян Э.Б.// Ставрополь, 2001. – 246 с.
3. Арушанян, Э. Б. Сравнительная оценка эпифизарного мелатонина и бензодиазепиновых анксиолитиков / Э. Б. Арушанян // Экспер. и клин. фармакол. – 2012. – Т. 75, № 3. – С. 35–40.
4. Арушанян, Э. Б. Уникальный мелатонин / Э.Б.Арушанян. – Ставрополь, 2006. – 400 с.
5. Воронина, Т. А. Методические указания по изучению психотропной активности фармакологических веществ / Т. А. Воронина, Р. У. Островская // Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств. – М., 2000. – С. 153–158.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НАЗНАЧЕННЫХ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ M. PNEUMONIAE

Сазонова Д.С., Грибовская И.А.

Курский государственный медицинский университет

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации выявляемой при исследованиях [3]. Рост заболеваемости в России пневмонией вырос на 12% – так за 2019 год на 100 тысяч населения приходилось 516,4 пациентов, тогда как в 2018 году составляла 458,8. Согласно расчетным данным Роспотребнадзора, ежегодно в РФ возникает не менее 1,5 млн. случаев данного инфекционного заболевания ежегодно. Смертность у больных с нетяжелой формой внебольничной пневмонии обычно не превышает 6%, однако при тяжелом течении заболевания она может достигать 25–50% [1]. В 2017 году от пневмонии умерли 808 694 детей в возрасте до 5 лет, что составляет 15% всех случаев смерти детей в возрасте до 5 лет во всем мире [2]. Возможные возбудители внебольничной пневмонии включают более 100 микроорганизмов. К ним относят: S. pneumoniae, M. pneumoniae, C. pneumoniae, H. influenzae, респираторные вирусы, энтеробактерии, S. aureus и L. Pneumophila [2]. Доля M.pneumoniae в этиологической структуре суммарно достигает 25–32%. При этом выделяют первичную вирусную пневмонию (развивается в результате непосредственного вирусного поражения легочной ткани) и вторичную бактериальную

пневмонию, которая может быть самостоятельным осложнением респираторной вирусной инфекции (грипп) [5]. Смешанная инфекция выявляется у 10-30% больных с внутрибольничной пневмонией (ВП). Аспирация секрета ротоглотки – основной путь инфицирования респираторных отделов легких. В нормальных условиях ряд микроорганизмов являются условно-патогенными и могут колонизировать ротоглотку, но нижние отделы дыхательных путей остаются стерильными [1,4]. Целью исследования послужило изучение специфики назначений лекарственных препаратов у больных с пневмонией, вызванной *M. pneumoniae* за 2019 год на основе данных историй болезни пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница №1». Материалами для исследования стали истории болезней 30 пациентов пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница №1» за период 2019 года, в качестве предмета исследования – назначенные им лекарственные средства. Диагностика возбудителя проводилась методом бронхоальвеолярного смыва (БАС) и медико-статистического анализа назначенной антибактериальной терапии с использованием программы MS Excel.

При изучении полученных данных было выявлено, что среди госпитализированных лица мужского пола составили 69%, лица женского пола 31%. Лечение внебольничной пневмонии на фоне ХОБЛ проводится на основании клинического протокола, рекомендаций и стандартов лечения. Длительность лечения заболевания составляет 10 – 14 дней. Цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон), назначенные в 45% случаев, являются одним из основных классов современных антимикробных препаратов. Второй по частоте назначения являются макролиды, назначаемые в 30% случаях. Азитромицин самый используемый препарат данной группы, он сохраняет ведущие позиции и выступает либо препаратом первой линии, либо альтернативным лекарственным средством. Согласно российским национальным рекомендациям по лечению ВП респираторные фторхинолоны могут использоваться в ступенчатой монотерапии среднетяжелой и тяжелой ВП у госпитализированных пациентов. Парентеральное введение данного препарата мужчинам назначалось в 52% случаев, женщинам – в 46%. Пероральное применение мужчинам и женщинам назначалось в 2% случаев. Всем пациентам с ВП через 48-72 ч после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности антибактериальной терапии. Основными критериями эффективности АБТ являются снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП, в первую очередь одышки [4]. При распределении применяемых антибиотиков по группам выявлено, что предпочтение отдано цефалоспорины 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон) – 40%; второй группой являлись макролиды (азитромицин) – 39%; третья группа представлена фторхинолоном (препарат левофлоксацин) – 11%; 10% приходится на другие группы антибиотиков. Препаратами выбора являлись четыре основных препарата – Цефтриаксон, Цефотаксим, Азитромицин, Левофлоксацин. Существуют достоверные данные подтверждающие эффективность применения данных антибактериальных препаратов пневмонии. Наблюдалась ступенчатая терапия заболевания, со сменой группы антибактериального препарата.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>, свободный - (02.10.2020).
2. Галушко, М.Г. Фармакотерапия внебольничной пневмонии в терапевтическом стационаре: анализ соответствия современным клиническим рекомендациям и стандартам / Галушко М.Г. // Университетская медицина Урала. – 2017. – № 2. – С. 46-47.
3. Непомнящих Г.И. Биопсия бронхов: морфогенез общепатологических процессов в легких / Непомнящих Г.И. – М. - 2015. - 384 с.
4. Рачина С.А. Этиология тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых в РФ: предварительные результаты многоцентрового исследования Sepia / Рачина С.А.,

Захаренков И.А., Дехнич Н.Н.// Сборник трудов IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием “Молекулярная диагностика 2017”. Тамбов: ООО фирма “Юлис”. - 2017. - С. 256-257.

5. Страчунский Л.С. Состояние антибиотикорезистентности в России. Антибактериальная терапия. Практическое руководство / под ред. Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н.- М: РЦ «Фармединфо». - 2017.- 711 с.

ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИСТЬЕВ КРЫЖОВНИКА ОТКЛОНЁННОГО В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Санькова М.В., Нестерова О.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Нерациональное питание и большое количество химических добавок в пищевых продуктах становятся основной причиной роста нарушений функций органов желудочно-кишечного тракта, что является актуальной проблемой современной клинической медицины [1]. Предпочтительное использование лекарственных растений в лечении этих заболеваний связано с отсутствием побочных эффектов и возможностью длительного их применения [2]. В народной медицине при расстройствах пищеварения, язве желудка и двенадцатиперстной кишки издавна рекомендуют употреблять плоды крыжовника отклоненного (*Grossularia reclinata* (L.) Mill), что обусловлено наличием в них органических кислот, обладающих противовоспалительной, противомикробной и противоязвенной активностью [3]. Новым растительным источником, богатым биологически активными веществами, могут стать листья этого растения, представляющие собой более доступное и дешёвое сырьё. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение содержания органических кислот в листьях крыжовника отклоненного (*Grossularia reclinata* (L.) Mill.) для оценки перспектив использования этого сырья в лечении желудочно-кишечных заболеваний. Материал исследования – листья крыжовника отклоненного (*Grossularia reclinata* (L.) Mill.). Учитывая, что вода и 40% этиловый спирт являются оптимальными экстрагентами для органических кислот, были приготовлены соответствующие водное и спиртовое извлечения [4]. Присутствие органических кислот определялось автоматическим потенциометрическим титратором АТП-02. Для количественной оценки использовался титрометрический метод с применением раствора гидроксида натрия. Появление нейтральной реакции определялось раствором фенолфталеина. Содержание суммы органических кислот было рассчитано по следующей формуле: $V \times 0,0067 \times 250 \times 100 \times 100 \times X$, где $m \times 10 \times (100 - W)$ V – объём потраченного на титрование раствора гидроксида натрия (0,01 моль/л); 0,0067 – масса яблочной кислоты, соотносимое с 1 мл раствора гидроксида натрия данной концентрации, граммы; m и W – масса (в граммах) и влажность (в процентах) листьев крыжовника. Влажность растительного сырья рассчитывалась в соответствии с требованиями Государственной фармакопеи [5] и составляла в среднем $7,89 \pm 0,385\%$. Статистическая обработка полученных данных выполнялась в компьютерной программе Microsoft Excel 2010. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Исследование pH извлечений из листьев крыжовника отклоненного доказало наличие органических кислот в обоих извлечениях с достоверным их превалированием в водном экстракте ($5,439 \pm 0,149$ и $5,817 \pm 0,132$, соответственно, $p < 0,05$), которое и было взято для дальнейшей количественной оценки их содержания. Титрование раствором гидроксида натрия проводилось до появления розового окрашивания. Содержание органических кислот в водном извлечении из листьев крыжовника отклоненного варьировало от 3,13 до 3,58%,

составляя в среднем $3,37 \pm 0,197\%$. В других работах установлено, что процент органических кислот в плодах этого растения достигает $1,91 \pm 0,35$ [3, 6]. Вычисление предложенного нами индекса целесообразности использования листьев (индекса ЦИЛ) [7] позволило показать, что количество органических кислот в листьях крыжовника отклоненного превышает их содержание в плодах в 1,76 раза ($3,37 \pm 0,197$ и $1,91 \pm 0,35$; соответственно, $p < 0,05$), что доказывает перспективу применения листьев в качестве более доступного и дешёвого растительного сырья. Полученные данные свидетельствуют, что органические кислоты как группа биологически активных веществ присутствует в листьях крыжовника отклоненного и превалирует в их водном извлечении в сравнении со спиртовым, достигая в среднем $3,37 \pm 0,197\%$. Показано, что содержание органических кислот в листьях крыжовника, отклоненного в 1,76 раз, превышает их количество в плодах, издавна применяемых для лечения и профилактики желудочно-кишечных заболеваний. Это позволяют рассматривать это растительное сырьё как перспективный источник в лечении и профилактике желудочно-кишечных заболеваний.

Список литературы.

1. Ласый Е.С., Гречухина М.И., Муллыминова И.И., Сергалиева М.У., Цибизова А.А. Определение органических кислот в цветках дербенника прутовидного (*Lythrum virgatum*) // В сборнике: Молодежь, наука, медицина Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. 2017. С. 666-668.
2. Минович В.М., Привалова Е.Г. Биологически активные вещества растений (полисахариды, эфирные. масла, фенологликозиды, кумарины, флавоноиды): Учебное пособие. ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ. – Иркутск: ИГМУ, 2018. – 70 с.
3. Санькова М.В., Нестерова О.В. Исторический опыт и перспективы использования крыжовника в медицине // Медико-фармацевтический журнал "Пульс". – 2019. – Т. 21. №7. – С. 54-60.
4. Аджаихметова С.Л., Андреева О.А., Оганесян Э.Т. Антиоксидантная активность экстрактов из листьев, плодов и стеблей крыжовника отклоненного (*Grossularia reclimta* (L.) Mill.) / Фундаментальные исследования. - 2013. - №10(6).- С. 1297-1301.
5. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания в 3 томах. Т.2 - М.: 2015. 1004 с.
6. Кафьян А.Р. Фитохимическое изучение жомы плодов крыжовника: Дис. канд. фармацев. наук: 14.04.02. / М., – 2010.
7. Санькова М.В., Нестерова О.В. Индекс целесообразности использования листьев растений в сравнении с их плодами и его значение в медицине. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20. № 12. – С. 144-148.

РАННЯЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ СО СТАНДАРТНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сафроненко А.В., Кузнецов И.И., Кивва А.А.

Ростовский государственный медицинский университет

В настоящее время под гестационным сахарным диабетом (ГСД) понимают патологию, характеризующуюся впервые выявленной во время беременности гипергликемией, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета (СД) [2]. Распространенность ГСД в общей популяции человека точно не установлена, по некоторым данным, может достигать 30% [3]. Согласно клиническим рекомендациям, для

лечения данной патологии у большинства беременных бывает достаточно коррекции образа жизни за счет применения диетотерапии и нормированной физической активности. При неэффективности этих мероприятий в течение 10-14 дней дальнейшую коррекцию нарушений углеводного обмена проводят с помощью инсулинотерапии [2]. Однако ГСД остается серьезной медико-социальной проблемой, являясь фактором риска развития осложнений беременности для матери (гестационная анемия, урогенитальные инфекции непосредственно во время беременности и СД 2 типа спустя 10–12 лет почти в 40–60% случаев) и плода (диабетическая фетопатия, макросомия плода) в 80% случаев [1, 4], так как проводимые мероприятия не всегда дают ожидаемый результат. Раннее выявление и лечение ГСД может улучшить перинатальные и отдаленные исходы у женщин и их детей [5]. В соответствии с этим, целью исследования явилась оценка роли метода ранней инсулинотерапии (не позже 7 суток) на фоне стандартных рекомендаций по модификации образа жизни в профилактике осложнений при ГСД у пациенток с уровнем глюкозы венозной плазмы крови 6,4-7,0 ммоль/л. В консультативной поликлинике Ростовской областной клинической больницы №2 с 2017 по 2019 г. был выполнен ретроспективный анализ 100 историй болезни беременных, средний возраст которых составил 26 ± 2.6 лет с диагнозом ГСД. Среди них были выделены 2 группы: 1 группа была представлена женщинами, у которых в начале коррекция нарушений углеводного обмена проводилась путем модификации образа жизни – назначения диетотерапии (стол №9), дозированных анаэробных физических нагрузок, затем на фоне отсутствия положительной динамики на 10-14 сутки с помощью инсулинотерапии, согласно клиническим рекомендациям ($n=50$); 2 группа имела схожую схему коррекции углеводного обмена, однако инсулинотерапия проводилась не позже 7 суток (ранняя инсулинотерапия) с момента постановки диагноза ($n=50$). Критерии исключения пациенток: манифестный сахарный диабет, повторная беременность, повторные роды, неблагоприятный семейный анамнез, урогенитальная и экстрагенитальная патология. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2019.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в программе IBM SPSS Statistics v.26: t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна Уитни, критерий χ^2 , точный критерий Фишера, V-критерий Крамера. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$. Во 2 группе целевой уровень глюкозы венозной плазмы крови был достигнут раньше, чем в 1 группе ($p < 0,01$): 1 группа – $M \pm SD = 21,7 \pm 0,46$ день; 2 группа – $M \pm SD = 12,7 \pm 0,53$ день. Частота возникновения урогенитальных инфекций в 2 группе была статистически ниже, чем в 1 группе ($p = 0,024$; $V = 0,306$): в 1 группе – бактериальный вагиноз 32% ($n=16$), вульвовагинальный кандидоз 16% ($n=8$), кольпит 4% ($n=2$); во 2 группе – бактериальный вагиноз 10% ($n=5$), вульвовагинальный кандидоз 4% ($n=2$). Диабетическая фетопатия имела место быть только в 1 группе ($p < 0,01$; $V = 0,494$). Во 2 группе по сравнению с 1 группой преобладал естественный путь родоразрешения ($p = 0,026$; $V = 0,271$): в 1 группе – естественные роды 76% ($n=38$), кесарево сечение из-за осложнений ГСД 12% ($n=6$), кесарево сечение по другим показаниям 12% ($n=6$); во 2 группе – естественные роды 90% ($n=45$), кесарево сечение 10% ($n=5$). При этом срок достижения целевых значений глюкозы плазмы венозной крови никак не повлиял на срок родоразрешения ($p = 0,486$): 1 группа – $Me = 38,3$; $Q1-Q3 = 38-39$; 2 группа – $Me = 38,5$; $Q1-Q3 = 38-39$. Метод ранней инсулинотерапии (не позже 7 дня с момента постановки диагноза) на фоне стандартных рекомендаций по модификации образа жизни с помощью дозированных анаэробных физических нагрузок, диетотерапии (стол №9) у пациенток с гестационным сахарным диабетом при уровне глюкозы венозной плазмы крови 6,4-7,0 ммоль/л, позволяет снизить частоту развития осложнений беременности.

Список литературы.

1. Воронцова Н.А. Новые закономерности протекания гестационного сахарного диабета и сахарного диабета, предшествовавшего беременности / Воронцова Н.А., Тихомирова А.А., Золотарёва А.С., Вулкова В.А., Мещеряков А.О. // Сб. научн. тр. / Сборник статей XV Международной научно-практической конференции. — Пенза, 2019. — С. 222-226.
2. Клинические рекомендации. Гестационный сахарный диабет. Российская ассоциация эндокринологов, Российская ассоциация акушеров-гинекологов, 2019.
3. Мищенко О.И. Гестационный сахарный диабет – современные представления об эпидемиологии, патогенезе, диагностике и профилактике осложнений / Мищенко О.И., Мозес В.Г., Косинова М.В., Благовещенская О.П. и др. // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. — 2020. — № 1. — С. 111-120.
4. Чавдарь Н.С. Гестационный сахарный диабет / Чавдарь Н.С., Куц Е.Е // FORCIPE. -2019. -№2(5). - С. 179.
5. Prediction of Gestational Diabetes Mellitus and Pre-diabetes 5 Years Postpartum using 75 g Oral Glucose Tolerance Test at 14–16 Weeks' Gestation. / Lekva T., Godang K., Michelsen A. E. et al. // Sci Rep. - 2018. - Vol. 8, № 1. - P.133-192. DOI:10.1038/s41598-018-31614-z.

ВЛИЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ИЗМЕНЁННОГО ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ПОВЕДЕНИЕ У КРЫС ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ КУПРИЗОНОМ

Серова Н. Ю., Шайхутдинова Р. А.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

В настоящее время наблюдается увеличение числа заболеваний, сопровождающихся демиелинизирующими поражениями ЦНС. Наиболее социально значимыми и наименее изученными среди других заболеваний нервной системы является рассеянный склероз (РС), возникающий чаще всего в молодом и среднем возрасте (20–40 лет) и имеющий аутоиммунный характер течения заболевания. РС одновременно поражает несколько отделов ЦНС, что приводит к инвалидизации пациентов, ухудшению их качества жизни, а также затрудняет диагностику. Особенность этого заболевания заключается в том, что ремитирующий характер течения заболевания, в последующем может смениться постепенным прогрессированием.

Целью является изучить влияние гипер- и гипотиреоидного статуса на когнитивную активность крыс в купризоновой модели демиелинизации. В работе было использовано 30 белых беспородных крыс самцов, разделённых на поровну на три группы: контроль (1-я группа), гипер- и гипотиреоз (2 и 3 группы, соответственно). Демиелинизацию вызывали хроническим пероральным введением водного раствора купризона 0.3 %, который давали крысам (2 и 3 группы) вместо питья в течение 53 дней. Одновременно с купризоном также давали водные растворы L-тироксина и пропилтиоурацила (ПТУ). После начала фармакологического воздействия исследовали индивидуальное поведение мышей. В качестве модели использовали тест «открытое поле». Эта методика широко применяется для анализа исследовательской активности и уровня эмоциональной реактивности грызунов [1]. Установка «открытое поле» представляла собой квадратную площадку размером 60х60 см с бортиками высотой 25 см, разделённую на 16 квадратов. По всей площади «открытого поля» равномерно располагались 9 отверстий (норок) диаметром 20 мм, предназначенных для выявления видоспецифического компонента исследовательской активности у грызунов (норковый рефлекс). Тестирование проводили в звукоизолированной комнате при дневном освещении. Продолжительность одного опыта

составляла 3 мин. На основании поведенческого атласа для грызунов был выбран ряд элементарных двигательных актов и поз, совокупность которых характеризует целостное поведение животного в «открытом поле». В начале тестирования животное помещали в центр «открытого поля». В процессе визуального наблюдения регистрировали следующие показатели поведения: количество пересеченных квадратов (горизонтальная двигательная активность, или локомоция), число подъёмов на задние лапы, или вертикальная двигательная активность (стойка на задних лапах с опорой на стенку или без опоры), которая считается показателем исследовательской активности; количество актов «груминга» (чистка собственного тела: чесание, вылизывание и выкусывание); число заглядываний в отверстие (частота проявления норкового рефлекса). Статистика. В случае распределения, близкого к нормальному, достоверность различий определяли, используя параметрический критерий Стьюдента (t-Student's test). В остальных случаях использовали непараметрический критерий Вилкоксона–Манна–Уитни).

Проведённый эксперимент показывает, что гипертиреоидное состояние оказывало протективный эффект на процессы демиелинизации, индуцированной купризном: подъём на задние лапки в этой группе составил 17.4 ± 3.4 , что достоверно отличалось от группы гипертиреоидных мышей на фоне демиелинизации 10.4 ± 3.2 ($p < 0.1$). Заглядывание в норки 6.6 ± 0.4 против 3.1 ± 0.5 ($p < 0.05$). Груминг в группе гипотиреотидных крыс составил $4.4 \pm 2.5 \pm 0.3$, тогда как в группе гипертиреоидных крыс только 2.1 ± 0.8 ($p < 0.05$), что указывает на снижение исследовательской активности.

Гипотиреотидный статус оказывает протективное влияние на процессы демиелинизации, что регистрируется на уровне поведенческой активности животных.

Список литературы.

1. Глушаков Р.И., Карпова И.В., Прошин С.Н. и др. Динамика проявления, экспериментально изменённого тиреоидного статуса у самок мышей линии СЗН-А // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2014. – Т. 100. - №. 4. – 473-486.
2. Столяров И. Д. Рассеянный склероз: практическое руководство / Столяров И. Д., Осетров Б. А. – С-Петербург : Изд-во ЭЛБИ, 2002. – 23 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КИНЕТИКИ ВОДНЫХ ЭКСТРАКТОВ КОРНЕЙ ХРЕНА ОБЫКНОВЕННОГО (ARMORACIA RUSTICANA)

Смахтина А. М., Маль Г. С., Фурман Ю. В.

Курский государственный медицинский университет

Как известно, многие патологические процессы в организме человека сопряжены с образованием свободно-радикальных соединений, обладающих высокой окислительной активностью. Функцией антиоксидантной системы является обезвреживание активных форм кислорода. Если равновесие между антиоксидантными и свободно-радикальными процессами нарушается, развивается окислительный стресс [1]. В настоящее время стала возможной фармакологическая коррекция развития окислительного стресса при помощи антиоксидантов, которые тормозят стремительно развивающиеся процессы окисления, в результате чего образуются малоактивные радикалы, беспрепятственно выводящиеся из организма. Перспективными биологическими соединениями, обладающими антиоксидантными свойствами, являются растительные фенольные соединения [2, 3]. Целью нашего исследования являлась сравнительная оценка антиоксидантных эффектов свежего и настоявшегося в течение 5 дней водных экстрактов корней хрена (*armoracia rusticana*) по реакции автоокисления адреналина.

Материал и методы. Из заготовленных корней хрена обыкновенного (*Armoracia rusticana*) замораживали, измельчали, взвешивали около 1 грамма, добавляли 100 г воды и нагревали на водяной бане с обратным холодильником на протяжении 20 минут при постоянном помешивании. После этого получившийся экстракт делили на 2 части – первую использовали для исследования свежим, вторую настаивали на протяжении 5 дней. Антиоксидантную активность (АА) корней хрена определяли по способности экстракта ингибировать реакцию аутоокисления адреналина *in vitro*, тем самым блокируя образование свободно-радикальных соединений. Для этого в кювету вносили 2 мл 0,2 М бикарбонатного буфера щелочной среды (рН=10,6) и 100 мкл 0,1 % адреналина (D1). Оптическую плотность определяли на спектрофотометре СФ-2000 при длине волны 347 нм. Далее к такому же количеству буфера (рН=10,6) добавляли 100 мкл 0,1 % адреналина гипохлорида и 50 мкл исследуемого экстракта, перемешивали и определяли оптическую плотность, как было описано выше (D2) в течение 5 минут. Для того, чтобы определить влияние окраски экстракта на результат, измеряли оптическую плотность тем же способом, но не добавляя адреналин. Результаты выражали в процентах, которые были вычислены по следующей формуле: $AA = (D1 - D2) * 100 / D1, \%$ [2].

Результаты и обсуждение. В ходе исследования выяснилось, что изменение величины оптической плотности адреналина на протяжении 5 минут имело линейный характер взаимосвязи. Этот факт позволил рассчитать скорость процесса аутоокисления адреналина, которая составила $0,015 \pm 0,006$ оптических единиц в минуту. Эту величину мы приняли за 100 %. Расчет скорости аутоокисления адреналина в присутствии изучаемых экстрактов проводился аналогичным способом. В результате нами было установлено, что свежий экстракт корня хрена обладает прооксидантным действием, усиливая реакцию аутоокисления адреналина в 1,1 раза. Однако экстракт корня хрена, настоявшийся в течение 5 суток, являлся более сильным прооксидантом и ускорял реакцию аутоокисления адреналина в 1,6 раза. Это может быть связано с тем, что антиоксидантные ферменты, содержащиеся в данном растении, со временем подвергаются денатурации, в силу чего они не могут обезвреживать активные формы кислорода, инициирующие аутоокисление адреналина. Поэтому реакция лишь усиливается, так как происходит накопление свободно-радикальных соединений. Выводы. Обобщая проведенное исследование, можно сделать вывод о том, что экстракт корня хрена обыкновенного является прооксидантом и оказывает стимулирующее действие на реакцию аутоокисления гидрохлорида адреналина. Однако настоявшийся экстракт обладает более выраженным прооксидантным действием в данных условиях.

Список литературы

1. Мартусевич А. К. Оксидативный стресс и его роль в формировании дизадаптации и патологии / Мартусевич А. К., Карузин К. А. // Биорадикалы и антиоксиданты. – 2015. – Т. 2, № 2. – С. 5 – 18.
2. Рябинина Е. И. Новый подход в оценке антиоксидантной активности растительного сырья при исследовании процесса аутоокисления адреналина / Рябинина Е. И., Зотова Е. Е., Ветрова Е. Н. и др. // Химия растительного сырья. – 2011. – № 3. – С. 117 – 121.
3. Сравнительное изучение антиоксидантной активности растительных сборов / Хасанова С. Р., Плеханова Т. И., Гашимова Д. Т. и др. // Вестник ВГУ, серия: химия, биология, фармация. – 2007. – № 1. – С. 163 – 166.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИДЕПРЕССАНТОВ С РАЗНЫМ МЕХАНИЗМОМ КЛЕТОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ

Стороженко К.С., Санян Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Для коррекции нарушений психической деятельности депрессивного характера традиционно используют антидепрессанты. Поэтому изучение специфической активности этих средств и создание новых способов лечения остается одной из приоритетных задач психофармакологии. Цель исследования – сопоставить эффективность действия препаратов пиразидол и вальдоксан на традиционных моделях депрессивности. Опыты проведены на 20 белых нелинейных крысах-самцах массой 250 г. Всех животных разделили на 3 группы, в каждой из которых 5 особей. Первой группе, служившей контролем, вводили физиологический раствор. Во второй животные получали пиразидол соответственно в дозе (10 мг/кг), третьей вводили вальдоксан в дозе 40 мг/кг. На пятнадцатый день оценка поведения осуществлялась с помощью тестов «Принудительное плавание» и резерпиновая депрессия. Плавание оценивали, помещая животных на 18 минут в резервуар с теплой водой (Т 280С). Учитывали три формы поведенческой активности: активное (сильные гребковые движения и перемещения по периметру резервуара), пассивное (слабые гребки) плавание и состояние неподвижности (иммобилизации). С целью оценки временной динамики плавательного поведения использовали хронобиологический подход, который с помощью компьютера позволяет учитывать длительность и число циклов покоя и активности по 3 гармоникам: короткие (до 6 с), средние (6-18 с) и длительные (свыше 18 с) эпизоды. По соотношению числа коротких циклов иммобилизации и общего количества периодов активного плавания рассчитывали ритмологический показатель депрессивности. Для моделирования резерпиновой депрессии использовали раунатин (содержит 90% резерпина и других алкалоидов раувольфии) 4 мг/кг. Выраженность «резерпинового синдрома» оценивали спустя 4 часа после введения препарата по поведению крыс в «открытом поле», степени блефароптоза и величине ректальной температуры [2]. Все инъекции производили в вечернее время (с 18.00 до 20.00 часов). Полученные результаты оценивали статистически посредством пакета программ «Biostat» с использованием парного критерия Стьюдента

В тесте принудительного плавания пиразидол демонстрировал выраженное антидепрессивное действие. Оно проявлялось в снижении общего времени неподвижности преимущественно за счет коротких эпизодов. Продолжительность активного плавания, напротив, увеличивалась, что сопровождалось статистически значимым уменьшением ритмологического показателя депрессивности ($0,8 \pm 0,04$ и $0,6 \pm 0,05$, в контроле $1,5 \pm 0,2$; $P < 0,05$) при сравнении с контрольной группой животных. Вальдоксан также увеличивал долю активного плавания и заметно сокращал время иммобилизации и пассивного плавания. При этом отчетливые сдвиги обнаружены в ритмической структуре плавательного поведения. У контрольных животных преобладали высокочастотные циклы (длительностью до 6 с), независимо от формы активности. Количество же эпизодов средней (6-18 с) и особенно большой (свыше 18 с) продолжительности оказывалось заметно меньше. При введении вальдоксана наблюдали наиболее отчетливые сдвиги, на наш взгляд, свидетельствующие об адаптации крыс к условиям принудительного плавания. Длительные циклы активности с попытками выбраться из резервуара сменялись менее продолжительными периодами отдыха. Указанные изменения в ритмической структуре плавания привели к достоверному уменьшению индекса депрессивности (до 0,5; $P < 0,05$). В контрольной группе животных после введения раунатина наблюдали все проявления «резерпинового синдрома». Отмечалось резкое угнетение двигательной активности крыс. После помещения в «открытое поле» они обычно пересекали лишь несколько периферических сегментов и никогда не заходили в центральные.

Исследовательское поведение оказывалось практически полностью подавленным, судя по отсутствию вертикальных стоек у большинства животных. Введение раунатина вызвало снижение ректальной температуры у крыс более чем на 1 градус (с $37,3 \pm 0,1$ до $37 \pm 0,1$) и появление блефароптоза (3-2 балла). Пиразидол ослаблял угнетающее влияние раунатина на поведение крыс. Почти все животные пересекали несколько периферических сегментов (с $9,0 \pm 0,5$ до $16,0 \pm 0,7$ сегментов). У отдельных особей появлялись исследовательские действия в виде вертикальных стоек и обнюхивание отверстий. Заметно ослаблялся блефароптоз и гипотермическое действие симпатолитика. При этом максимальное усиление подвижности крыс ($18 \pm 0,7$ сегментов), наибольшее ослабление блефароптоза и гипотермии обнаружено в случае применения вальдоксана. Депрессогенное действие раунатина обусловлено истощением запасов серотонина в мозговых структурах. Между тем в основе антидепрессивного эффекта пиразидола может лежать повышение уровня этого медиатора в некоторых образованиях головного мозга [4]. Вальдоксан имеет иной механизм, являясь агонистом мелатонинергических и антагонистом серотониновых рецепторов. За счет стимуляции этих рецепторов и выделения мелатонина, модифицирует активность часовых генов в ведущем ритмоводителе – непосредственно участвует в регуляции циркадианных колебаний метаболизма серотонина в ключевых мозговых структурах [1].

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что антидепрессанты с разным механизмом действия не одинаково нивелируют проявления депрессивности у крыс. Наиболее выраженный эффект был выявлен у препарата вальдоксан.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Мелатонинергический антидепрессант вальдоксан / Арушанян Э.Б. // Экспер. и клин. фармакол. – 2011. – Т.74. - №3. – С.41-45.
2. Воронина Т.А. Методические указания по изучению психотропной активности фармакологических веществ / Воронина Т.А., Островская Р.У.// Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств. - М., 2000. – С.138-147.
3. Macedo A, Leiria E, Filipe A. Pirlindole in the treatment of depression: a meta-analysis. Clin Drug Investigation. 2011;31(1):61-71.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ СОЕДИНЕНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Томилов В.О., Гилева С.С., Зарубенко П.А., Кадомцева А.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет

В настоящее время перспективным направлением является поиск методов синтеза соединений, иммобилизованных металлоорганическими матрицами и создание на их основе эффективных фармакологических препаратов, биоматериалов, модуляторов ферментов, применяемых при лечении гнойно-воспалительных процессов. Определено, что введение в организм биометаллов в виде координационных соединений (экзогенных комплексов), может приводить к выполнению этими соединениями функций, присущих биокоординационным соединениям естественного происхождения (эндогенных комплексов). Поэтому такие экзогенные комплексы металлов всегда менее токсичны, чем их неорганические и органические прекурсоры. К настоящему времени уже изучены фармакологические свойства целого ряда координационных соединений германия, включающего широкий ассортимент аминокислот, нуклеиновых кислот, янтарную

кислоту и др. рентгенофазовый анализ (РФА), растровая электронная микроскопия (РЭМ), хроматографический анализ (ХА), хромато-масс спектрометрический анализ (ХМСА), атомно-силовая микроскопия (АСМ), термо-программируемая десорбция (ТПД).

В результате изучена клиническая эффективность лечения гнойно-воспалительных процессов кожи и мягких тканей на основе различных способов дебридмента (хирургического, физического, химического и биологического), рассмотрено лечение с использованием различных лекарственных форм, а также методы синтеза препаратов, иммобилизованных металлоорганическими соединениями, применяемых при лечении гнойно-воспалительных процессов и регенерации повреждений в организме. Научная новизна полученных результатов, заключается в разработке новых методов синтеза инновационных лекарственных препаратов, применяемых в хирургии, с использованием как известных, так и предложенных методов синтеза. Синтезированные по оригинальным методикам германийорганические соединения, могут обладать новыми синергетическими фармакологическими свойствами с широким спектром действия. Оригинальный способ получения и фармакологический эффект биологически активных германийорганических соединений с расширенной координационной сферой может быть защищен патентом.

Разработаны методы получения катализаторов. Проведен их анализ рентгенофазовым методом и методом растровой электронной микроскопии. Определены порядок, энергия активации и значения каталитической активности при восстановлении тетрахлорида германия водородом на различных катализаторах. Предложена схема восстановления тетрахлорида германия водородом на поверхности катализатора. Полученные результаты позволяют снизить температуру восстановления тетрахлорида германия водородом с 973К до 473К, что, в свою очередь, способствует снижению энергозатрат при получении германия. Разработан новый способ каталитического восстановления тетрахлорида германия водородом; в качестве продукта получены наночастицы германия размером от 140 до 280 нм. Определены технологические параметры каталитического восстановления тетрахлорида германия водородом (температурный режим, давление, скорость и соотношение потоков реагентов). Достоверность научных результатов обоснована применением современных методов анализа с высокими пределами обнаружения.

Список литературы.

1. Кадомцева А.В., Обьедков А.М., Семенов Н.М., Каверин Б.С., Гусев С.А. Получение и исследование влияния катализатора на основе зольных микросфер с покрытием из пиролитического вольфрама на процесс получения металлического германия. Журнал прикладной химии. 2016. Т.89. Вып.11. С.1428-1437. [Kadomtsev A.V., Ob''edkov A. M., Semenov N. M., Kaverin B.S., Gusev S. A. Synthesis of Catalyst Based on Sol Microspheres Coated with Pyrolytic Tungsten and Study of Its Influence on Production of Metallic Germanium. Russian Journal of Applied Chemistry, 2016, Vol. 89, No. 11, pp. 1795–1803. DOI: 10.1134/S1070427216110100. EID: 2-s2.0-85013641759]
2. Кадомцева А.В., Обьедков А.М. Восстановление GeCl_4 в присутствии катализатора на основе модифицированного NiCl_2 . Неорганические материалы, 2017, том 53, № 12. DOI: 10.7868/S0002337X17120144. [Kadomtseva A. V., Ob''edkov A. M. Reduction of GeCl_4 in the Presence of a Catalyst based on Modified NiCl_2 . Inorganic Materials, 2017, Vol. 53, No. 12. p.1312-1318. DOI: 10.1134/S0020168517120056. EID: 2-s2.0-85035093292]
3. Кадомцева А.В., Обьедков А.М., Семенов Н.М., Каверин Б.С., Кремлев К.В., Гусев С.А., Юнин П.А. Сравнительный анализ катализаторов реакции получения германия при восстановлении тетрахлорида германия водородом. Неорганические материалы, 2018, Вып. 54, № 10. С. 1027–1032. DOI: 10.1134/S0002337X18100081. [Kadomtseva A.V., Ob''edkov A.M., Semenov N.M., Kaverin B.S., Kremlev K.V., Gusev S.A., Yunin P.A. A Comparative Analysis of Catalysts for the Preparation of Germanium through

Hydrogen Reduction of Germanium Tetrachloride. Inorganic Materials, 2018, Vol. 54, No. 10. pp. 971–976. DOI: 10.1134/S0020168518100084]

4. Кадомцева А.В., Объедков А.М., Засовская М.А. Влияние вольфрама на процесс восстановления тетрахлорида германия. Неорганические материалы. 2020. Т. 56. № 3. С. 241-246. [Kadomtseva A.V., Объедков А.М., Zasovskaya M.A. Inorganic Materials. 2020. Т. 56. № 3. С. 229-234.]

5. Кадомцева А.В., Жданович И.В., Пискунова М.С., Линева А.Н., Новикова А.Н., Логинов П.А. Оценка токсичности координационных соединений германия. Токсикологический вестник. 2019. № 2 (155). С. 16-21.

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЕФИЦИТА ХОЛЕСТЕРИНА НА ПРОТЕКАНИЕ ЭСТРАЛЬНЫХ ЦИКЛОВ У КРЫС

Фадеева А.М.

Самарский национальный исследовательский университет имени академика
С.П. Королева

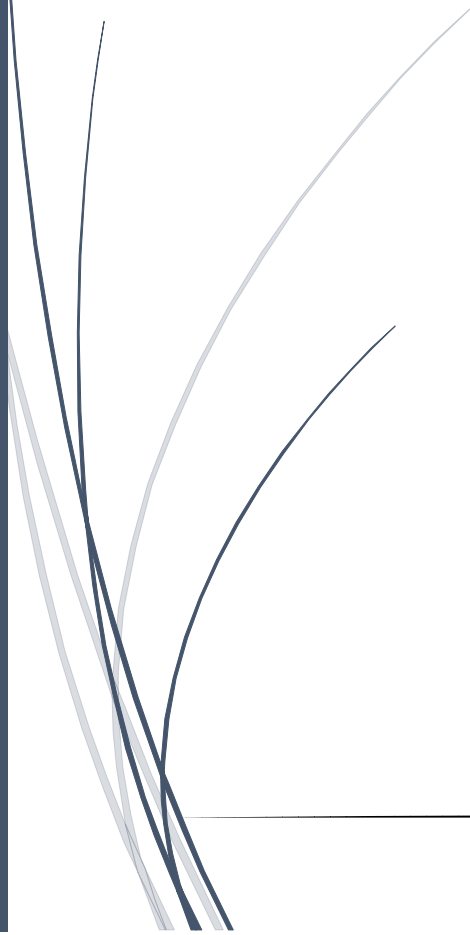
Эстральный цикл – сложный нейрогуморальный процесс, характеризующийся комплексом физиологических и морфологических изменений в половых органах. Одним из основных составляющих гормонального профиля эстрального цикла являются эстрогены, в биосинтезе которых большое значение играет синтез и обмен холестерина [2]. Однако, на сегодняшний день, мало изученным остается влияние дефицита холестерина на функционирование женской репродуктивной системы, в частности, на протекание эстральных циклов.

Целью исследования является изучить особенности состояния репродуктивной системы и протекание эстрального цикла в условиях фармакологической модели дефицита холестерина у крыс. Методика исследования соответствовала требованиям ГОСТ 53434-2009 «Принципы надлежащей лабораторной практики (GLP)». Эксперимент был проведён на 12 половозрелых крысах-самках, в возрасте 6-7 месяцев. Животные содержались в стандартных условиях вивария. В эксперимент отбирались самки, имевшие регулярный эстральный цикл продолжительностью 4–5 дней и характерную картину влагиальных мазков на каждой стадии цикла. Фазы эстрального цикла определяли с использованием бинокулярного микроскопа «Levenhuk 320» по соотношению основных типов клеток в мазке. Для построения кальпоцитогаммы в каждом мазке подсчитывалось 100 эпителиальных клеток. По соотношению различных типов клеток в мазке определялись: кариопикнотический индекс, индекс промежуточных клеток и индекс созревания [1]. Оценка морфологической картины влагиальных мазков позволяла косвенно судить о гормональном профиле самок крыс. В целях исследования влияния нарушений обмена холестерина на протекание эстрального цикла в ходе эксперимента крысам на протяжении 21 дня перорально вводили 0,25-0,30 мл, 1 г/кг ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы «Розувастатин-С3». Концентрация холестерина, (липопротеидов высокой плотности - ЛПВП) в крови определяли с использованием биохимического набора «Холестерин-Витал-12/22/32». Полученные экспериментальные данные обрабатывали статистически с помощью программы SigmaStat с использованием теста One Way ANOVA и t-теста Стьюдента. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Численные данные в тексте приведены как средние значения $\pm$ стандартная ошибка среднего. В норме содержание ЛПВП в крови у крыс составило $0,73 \pm 0,09$ ммоль/л ($27,75 \pm 3,5$ мг). При этом, максимальное значение КПИ достигалось на стадии проэструса - 95 %, во время которой в мазке присутствовало большое количество поверхностных и

ороговевших клеток. Самое низкое значение КПИ отмечалось на стадии диэструса - 45 %. Показатель ИПК в норме, достигал своего пика на стадии диэструса - 30 %, а самый низкий показатель приходился на стадию эструса - 17 %. Отличия по фазам также оценивались по индексу зрелости, т.е. по соотношению базальных, промежуточных и поверхностных клеток. Так, эструс характеризовался сдвигом индекса зрелости вправо, что указывает на достаточную эстрогенную активность, а особенностью диэструса являлось появление большего числа клеток из глубоких слоев слизистой (парабазальных клеток), и, как следствие, сдвигом индекса влево, т.е. гипоестрогенным состоянием. Фармакологическое воздействие «Розувастатан-СЗ» в первые 7 дней приема привело к снижению концентрации ЛВПВ в крови на 28,4% и составило $0,52 \pm 0,05$ ммоль/л ($20,24 \pm 1,9$ мг). При данных показателях, произошло снижение КПИ в среднем на 30%, а ИПК на 10-15%. Прослеживалось значимое снижение числа поверхностных клеток, сочетающееся с тенденциями повышения представленности промежуточных и парабазальных клеток на стадии диэструса. По истечению 14 дней введения статинов концентрация ЛВПВ в крови увеличилась на 13,4% по сравнению с исходной нормой и составила $0,88 \pm 0,1$ ммоль/л ($34,08 \pm 4,5$ мг). Однако, в цитологической картине влагалищных мазков нарушения отображались практически полным отсутствием поверхностных клеток с различной степенью выраженности пикнотических изменений ядра. На основании проведенного исследования допустимо сделать заключение о том, что нарушение биосинтеза холестерина в печени вызывает адаптивный ответ в виде перераспределения ограниченных липидных ресурсов на обеспечение витальных функций (функционирование нервной системы, поддержание клеточных мембран и т.д.). При этом значимо угнетается выработка половых гормонов и нарушается репродуктивная сфера организма. Данные нарушения выражаются в пролонгировании и качественном изменении фазы диэструса.

Список литературы.

1. Алексеева, М. Л. Регуляция репродукции и алгоритмы диагностики ее нарушений / М.Л Алексеева, Е.В. Екимова, В.Г. Колодыка // Проблемы репродукции - 2007. - №3.- С. 15 – 20.
2. Urlep, Z. The Interplay between CircadianSystem, Cholesterol Synthesis, and SteroidogenesisAffects Various Aspects of Female Reproduction / Z. Urlep, D.Rozman // Front Endocrinol (Lausanne). - 2013. – С.21-23.



РАЗДЕЛ 9.

Фундаментальное и медико- биологическое направление

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ СТУДЕНТОВ В МЕЖСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД И ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Абдуллаева Н.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Республика Дагестан является эндемическим по зобу регионом, при чем, у женщин эта эндокринная патология диагностируется в среднем в 3-4 раза чаще, чем у мужчин, что связано с особенностями гормонального фона [1]. Студенты высших учебных заведений РД, где преобладающее большинство обучающихся представляет женский пол, не являются исключением. Повышенная утомляемость, периодические головные боли, дискомфорт за грудиной, чувство сдавливания в области горла, затрудненное глотание и приступы удушья, которые постоянно испытывают больные зобом, приводят к лабильности эмоционального состояния и психики [2,4]. Период экзаменационной сессии, требующий усиления умственной и снижения двигательной деятельности, каковой является стрессовым для обучающихся, особенно повергают к повышению тревоги и депрессии у студентов, больных эндемическим зобом.

Целью нашей научной работы явилось сравнение тревожно-депрессивных состояний у студентов 3 курса (больных эндемическим зобом и здоровых) в межсессионный периоды и во время экзаменационной сессии. Задачи исследования: 1) изучить эмоциональное состояние у больных эндемическим зобом и здоровых студентов в межсессионный период; 2) провести анализ тревожно-депрессивных состояний в группах больных эндемическим зобом и здоровых студентов в период экзаменационной сессии; 3) сравнить уровень тревожно-депрессивных состояний у студентов больных эндемическим зобом и здоровых в межсессионный период и при прохождении экзаменационной сессии.

В исследовании в качестве респондентов, приняло участие 90 студентов 3 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ДГМУ в возрасте 19-21 года (средний возраст – $19,92 \pm 0,11$). Студенты разделены на две группы: 1 группа – здоровые студенты – 45 человек (12 мужского пола и 33 женского пола), 2 группа – больные эндемическим зобом – 45 человек (9 мужского пола и 36 женского пола). Оценка эмоционального состояния проводилась отдельно в каждой группе в межсессионный период и во время экзаменационной сессии. Проведено психологическое тестирование, которое выявляет уровень ситуационной тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Хадса [5] по следующей градации: 0-7 баллов - «норма» (отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога / депрессия», 11 баллов и выше - «клинически выраженная тревога / депрессия». Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы «BioStat, версии 4.03 [3]. Для сравнения таблиц сопряженности ис-пользован точный критерий Фишера, а для выявления различий в сравниваемых группах – критерий Стьюдента для множественных сравнений с поправкой Бонферрони при $p < 0,05$.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень тревоги в меж-сессионный период в группе здоровых колеблется в пределах от 3 до 5 баллов (в среднем $3,58 \pm 0,66$), что говорит об отсутствии выраженных симптомов тревоги. Шкала уровня тревоги в группе больных эндемическим зобом колеблется в пределах от 5 до 8 баллов ($6,29 \pm 1,12$), что также указывает на отсутствие симптомов выраженной тревоги в межсессионный период (у отдельных респондентов (17,7%), однако все же проявляются симптомы «субклинически выраженной тревоги»). Таблица №1 Показатели тревожности в баллах (среднее $\pm$ стандартное откл., $p < 0,05$) Группы (по 45 человек) Показатели 1 группа (здоровые в межсессионный период) 3.58 ± 0.66 2 группа (больные зобом в межсессионный период) 6.29 ± 1.12 1 группа (здоровые в период экзаменационной сессии)

10.89±1.28 2 группа (больные зобом в период экзаменационной сессии) 15.02±2.19 В период экзаменационной сессии показатели в группе здоровых колеблются в пре-делах от 10 до 13 баллов; полученные данные демонстрируют о наличие у большинства респондентов этой группы «субклинически выраженной тревоги» (10,89±1,2), а у отдельных – «клинически выраженной тревоги» (37,7%), тогда как в группе больных эндемическим зобом показатели варьируют в пределах 12-18 баллов, в среднем 15,02±2,19, что свидетельствует о наличии у всех респондентов «клинически выраженной тревоги». Показатели уровня депрессии в межсессионный период в группах здоровых и больных эндемическим зобом отличались существенно. Оценка уровня депрессии в группы больных эндемическим зобом колеблются в пределах 6-9 баллов (7,56±1,2, $p<0,05$), что говорит о присутствии симптомов субклинически выраженной депрессии у большинства опрошенных (60%). В период экзаменационной сессии результаты оценки уровня депрессии группы здоровых студентов колеблется в пределах 9-14 баллов (11,36±1,71), что говорит о наличии субклинически выраженной у 28,9% и клинически выраженной депрессии у 71,1% респондентов. Показатели уровня депрессии в группе больных эндемическим зобом в этот период колеблются в пределах от 12 до 17 баллов (14,22 ±1,6) что, в свою очередь, указывает на наличие у всех опрошенных с эндемическим зобом клинически выраженной депрессии. Таким образом, у студентов, больных эндемическим зобом, в межсессионный период в большинстве случаев наблюдалось отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии, а в период экзаменационной сессии наблюдалась клинически выраженная тревога и депрессия гораздо более выраженная, чем в группе здоровых студентов. Вывод. Студенты, больные эндемическим зобом, наиболее предрасположены к стрессовым ситуациям, нежели здоровые люди, что в свою очередь отрицательно сказывается на умственных способностях и концентрации внимания. Более того, стресс в период экзаменационной сессии повышает тревожность, приводит к возникновению депрессии и вместе с тем, вероятно, ухудшает функциональное состояние всех систем организма.

Список литературы.

1. Алиметова К.А. Йододефицит и эндемический зоб в Дагестане / Алиметова К.А., Абусуев С.А. // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2012, №4. – С 20-23
2. Трошина Е.А. Зоб. / Трошина Е.А. – М.: МИА, 2012. – 336 с
3. BioStat // AnalystSoft Inc.
4. 4) Homma, I. Breathing rhythms and emotions / I. Homma, Y. Masaoka // Exp. Physiol. – 2008, V.93, № 9. – P. 1011-1021
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS – 1983.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭХИНОКОККОЗА НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Агаларова Г.К., Мнацаканян Г.Э., Павленко А.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Эхинококкоз – часто встречающееся у людей паразитарное заболевание, связанное с глистной инвазией личиночной формой ленточного паразита – эхинококка. Паразит в организме человека преимущественно локализуется в таких органах как печень, легкие, головной мозг. Однако может поражать и другие органы (1, 2).

Личинка эхинококка представляет собой пузырь, состоящий из двух оболочек, заполненных жидкостью в которой расположены зародыши (сколексы). С течением

времени пузырь растет, вызывая тяжелую кишечную картину. Заболевание чаще всего регистрируется на территориях с развитым животноводством. Широко распространено как в Южных так и в Северных странах. На территории России эхинококкоз преимущественно встречается в Поволжье, Приуралье, Западной Сибири, Дальнем Востоке, Краснодарском и Ставропольском крае (4). По данным ВОЗ в мире эхинококкозом болеет более 1 млн. человек, более 19 тысяч погибает, 30% выздоровевших становится инвалидами. У большинства лиц, перенесших заболевание качество жизни, ухудшается (5). Основной проблемой успешного лечения заболевания является поздняя диагностика, это связано с бессимптомным течением на ранних стадиях заболевания и полиморфной клиникой, что связано с различной локализацией личинок в организме. Лечение эхинококкоза длительное, дорогостоящее и только хирургическое (3).

Целью настоящего исследования явилось изучение распространения эхинококкоза в регионах Ставропольского края за период с 2015 по 2019 год.

Материал и методы исследования. Изучение уровня распространённости эхинококкоза на территории Ставропольского края проводилось путем изучения статистических данных, представленных в отчете Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю и анализа историй болезни больных хирургического отделения ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница».

Показатель распространённости заболевания определялся из расчета на 100000 населения.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что показатель первичной заболеваемости эхинококкозом на территории Ставропольского края в период с 2015 по 2019 годы значительно превышает среднероссийское значение (1,96 на 100000 населения против 0,3 на 100000). Среди городов Ставропольского края наибольшее количество диагностируемых случаев первичного эхинококкоза наблюдалось среди жителей г.Ставрополя (2,1 на 100000 чел.) и г.Кисловодска (4,3 на 100000 чел.). Согласно официальной статистике, из 26 районов края в 19 регистрировался достаточно высокий уровень заболеваемости по эхинококкозу. Показатель частоты колеблется от 3,22 до 10,8 на 100000 населения. Наиболее эндемичными территориями являются Нефтекумский (10,81), Курской (7,49), Апанасенковский (3,22), Благодарненский (6,77) районы. Статистические данные по количеству зарегистрированных случаев эхинококкоза среди горожан и жителей села выявили парадоксальную ситуацию: наибольшее количество больных наблюдается среди жителей городов (Ставрополь, Кисловодск), чем у населения большинства сельских территорий Ставропольского края. Полученные результаты указывают на то, что на территории Ставропольского края с развитым животноводством ветеринарные службы не уделяют приоритетное внимание эпиднадзору за распространением паразита среди животных. Не в полной мере решаются вопросы профилактики и ранней диагностики эхинококкоза среди населения сельской местности.

Заключение. Эпидемиологическое исследование, статистические данные по мониторингу зарегистрированных случаев эхинококкоза в России и у лиц проживающих на территории Ставропольского края указывают на то, что данная проблема по-прежнему актуальна и требует разработки и реализации долгосрочной межведомственной программы по профилактике распространения эхинококков в природе (создание эффективной модели ветнадзора, дегельминтизация собак, вакцинация животных и т.д.), проведение мероприятий направленных на раннюю доклиническую диагностику заболевания, санпросвет работу и создания межсекторальной системы мониторинга эхинококкоза.

Список литературы.

1. Эхинококкоз: Современный взгляд на состояние проблемы (лекция) / П.С. Ветищев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11 №1 С.111-117

2. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Гельминтозы человека. – М., 2010. – С. 17-20
3. Сергиев В.П. Лобзин А.Я. Козлова С.С. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). СПб.: Фолиант
4. Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // *Acta Tropica*. – 2010; 114: 1-16
5. Эхинококкоз : информ. бюл. – Текст : электронный. – 2013. - № 377. – (Сер. ВОЗ Эхинококк). – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/ru/>.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ

Азизова Д.М., Халилова М., Найимов У.З., Холмуротова И.С.

Ташкентская медицинская академия

В статье приведены данные по исследованию содержания показателей липидного обмена в динамике развития экспериментальной гиперхолестеринемии. На основании проведенных исследований выяснено гиполлипидемическое действие биомайса. Разработана теоретическая основа для рекомендации больным с гиперлипидемией, трудно поддающиеся лечению статинами, комплексный подход с включением биологически активной добавкой (БАД) Биомайса изготовленной из высушенных отростков пшеницы в целях снижения риска осложнений от статинов. Целью исследования является разработать новые подходы коррекции гиперлипидемии на основе изменений жирнокислотного состава крови. Эксперименты проведены на 30 кроликах-самцах породы «Шиншилла» с исходной массой 2500-3000 г, разделенных (в зависимости от цели исследования и способа лечения) на 5 групп (по 6 особей). Лечение экспериментальных животных ультроксом и биомайсой в дозе 0,6 мг/кг и 142 мг/кг в течение 30 дней соответственно начинали после 2-месячного введения холестерина. Жирнокислотный состав сыворотки крови определяли на тройном квадрупольном хромато-масс-спектрометре с газовым хроматографом (ГХ-МС/МС) TRACE 1310 TSQ 8000 и роботизированным автосамплером CTC TriPlus RSH фирмы ThermoFisherScientific (США). При сочетанном применении ультрокса и биомайса выявили более значительный гиполлипидемический эффект. Использование статина и проростков пшеницы дало отчетливый положительный эффект на содержание насыщенных и увеличение полиненасыщенных жирных кислот крови как линолевая и линоленовая. На основании проведенных исследований разработана теоретическая основа для рекомендации больным с гиперлипидемической терапией, трудно поддающиеся лечению статинами, лечение с помощью биологически активных добавок в основе которых содержится поликоназол для уменьшения побочных действий и дозы статинов. Эксперименты проведены на 30 кроликах-самцах породы «Шиншилла» с исходной массой 2500-3000 г, разделенных (в зависимости от цели исследования и способа лечения) на 5 групп (по 6 особей). Лечение экспериментальных животных начинали после 2-месячного введения холестерина. Методика определения жирнокислотного состава сыворотки крови. Жирнокислотный состав сыворотки крови определяли в научной лаборатории Республиканского научно-практического центра спортивной медицины при Национальном Олимпийском комитете РУз на тройном квадрупольном хромато-масс-спектрометре с газовым хроматографом (ГХ-МС/МС) TRACE 1310 TSQ 8000 и роботизированным автосамплером CTC TriPlus RSH фирмы ThermoFisherScientific (США). Количественный анализ отдельных жирных кислот у животных с гиперхолестеринемией получавших пищевой добавок биомайс по сравнению с животными не получавших данный продукт показывает, что содержание насыщенных и

мононенасыщенных жирных кислот как пальмитиновая, пальмитоолеиновая, стеариновая и олеиновая кислот снижается по сравнению с нелеченой группой животных на 46,0%, 64,0%, 37,7% и на 20,0%, соответственно. В то же время содержание полиненасыщенных жирных кислот как линолевая и линоленовая кислот, наоборот, увеличивается на 29% и на 141%, соответственно. Следовательно, применение пищевой добавки биомайса у животных с гиперлипидемией способствует заметному снижению содержания в крови насыщенных и увеличению полиненасыщенных жирных кислот как линолевая и линоленовая кислот. Если учесть, что эти кислоты относятся семейству омега-6 и омега-3 жирных кислот, то становится очевидным их роль в обмене веществ в организме в целом, обмене холестерина в частности. Видимо, выявленные нами сдвиги в жирнокислотном составе крови экспериментальных животных с гиперхолестеринемией и лежат в основе положительных сдвигов в спектре липопротеидов низкой и высокой плотности на фоне применения пищевой добавки биомайса. Исследование, проведенное нами у практически здоровых лиц по изучению влияния пищевой добавки биомайса также свидетельствует о наличии аналогичной картины в жирнокислотном составе крови. Количественный анализ отдельных жирных кислот у практически здоровых лиц получавших пищевую добавку биомайса по сравнению с исходными данными показывает, что содержание пальмитиновой кислоты через два месяца с начало лечения уменьшается почти в два раза. В то же время содержание полиненасыщенных жирных кислот как линолевая и линоленовая увеличивается в 3,5 раза и в 2,6 раза, соответственно. Содержание арахидовой кислоты также увеличивается. Однако по степени носит менее выраженный характер. Следовательно, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что используемый нами продукт у практически здоровых лиц также способствует увеличению в крови содержания полиненасыщенных жирных кислот, в частности линолевой, линоленовой и арахидиновой кислот, что еще раз подтверждает о положительном влиянии пищевой добавки биомайса на показатели липидного обмена.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что применения как гиполипидемического препарата ультрокса, так и пищевой добавки из зародышей пшеницы биомайса у животных с гиперхолестеринемией оказывают отчетливое положительное влияние на спектр липопротеидов высокой и низкой плотности. А сочетанное их применение способствует более выраженному гиполипидемическому эффекту. При экспериментальной ГХС в сыворотке крови кроликов по сравнению с интактными животными увеличивался уровень атерогенных липопротеинов ЛПНП и ЛПОНП, снижалось содержание антиатерогенного ЛПВП. Монотерапия ультроком в дозе 0,5 мг/кг и биомайса статистически достоверно снижала уровни ОХС и ЛПНП по сравнению с нелеченой группой животных. При комбинированном применении препаратов установлено достоверное снижение уровня ЛПНП, ЛПОНП. На основании проведенных исследований разработана теоретическая основа для рекомендации больным с гиперлипидемической терапией, трудно поддающиеся лечению статинами, лечение с помощью биологически активной добавкой (БАД) Биомайса для уменьшения дозы статинов.

Список литературы.

1. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний врача общей практики. Кардиология Узбекистана 2006;(1):17-20.
2. Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K., Boysen G., Burell G., Cifkova R., Dallongeville J., De Backer G., Ebrahim S., Gjelsvik B., Herrmann-Lingen C., Hoes A., Humphries S., Knapton M., Perk J., Priori S.G., Pyorala K., Reiner Z., Ruilope L., Sans-Menendez S., Scholte op Reimer W., Weissberg P., Wood D., Yarnell J., Zamorano J.L., Walma E., Fitzgerald T., Cooney M.T., Dudina A.; European Society of Cardiology (ESC) Committee for Practice Guidelines (CPG). (2007) Eur. // Heart. J., - 2007. – Vol. 28(19). – P. 2375-2414.

3. Grundy et al. 2004 Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC Jr, Stone NJ; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. – 2004. – Vol. 110. – P. 227-239.
4. Innis SM, Green TJ, Halsey TK. Variability in the trans fatty acid content of foods within a food category: implications for estimation of dietary trans fatty acid intakes. *J Am Coll Nutr*. 1999;18: 255-60.
5. Kavanagh K, Jones KL, Sawyer J, et al. Trans fat diet induces abdominal obesity and changes in insulin sensitivity in monkeys. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15:1675-84.
6. Titov V.N. Phylogenetically theory of general pathology, nutritive disturbance is the basis of metabolic syndrome pathogenesis, overeating syndrome. Leptin and adiponectin role. *Eur J Med*. 2013;1(1):48-60.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults // *JAMA*. 2001. Vol. 285. P. 2486–2497
8. van Tol A, Zock PL, van Gent T, Scheek LM, Katan MB. Dietary trans fatty acids increase serum cholesterylester transfer protein activity in man. *Atherosclerosis*. 1995;115:129-34.
9. Зародыш пшеницы [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://miragro.com/zarodysh-zhizni-vitazar.html>. (2 сентября 2014г.)
10. Erkkilä A.T., Lichtenstein A.H., Mozaffarian D., Herrington D.M. Fish intake is associated with a reduced progression of coronary artery atherosclerosis in postmenopausal women with coronary artery disease. *Am J Clin Nutr* 2004; 80(3): 626-632.

**К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В БИОСРЕДАХ,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, КАК ФАКТОРА
РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Аметова Э.И.

Оренбургский государственный медицинский университет

За последние время случаи мастопатии увеличилась во всем мире. В зарождении и прогрессировании этого заболевания участвуют различные факторы – генетические, гормональные и экологические. Одним из потенциальных факторов экологического риска, которому не уделяется большого внимания, является воздействие металлов с факторами окружающей среды, приводящее к микроэлементному дисбалансу в организме. Хроническое воздействие различных металлов почти неизбежно в повседневной жизни, например, от частиц воздуха, почвы, воды и впоследствии продуктов питания. В последнее время промышленное применение, лекарственные препараты, пищевые добавки, производство полупроводников, горнодобывающая промышленность, плавка, переработка металлических руд, цементные заводы, гальванические установки, бензиновые и дизельные транспортные средства и частицы, возникающие в результате износа шин, приводят к выбросу различных тяжелых металлов в окружающую среду. Металлы попадая в организм кумулируются в различных его средах (кровь, волосы).

Анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ в среде EXCEL-2010. В результате исследования все женщины были разделены на две группы. Группа наблюдения - женщины, больные мастопатией с генетической предрасположенностью к раку молочной железы, старше 40 лет, группа сравнения - здоровые женщины, старше 40 лет. В данных группах было изучено содержание микроэлементов в волосах данных

женщин. При оценке содержания микроэлементов в волосах в группе наблюдения (больные мастопатией) установлено, следующие концентрации: кадмий= $0,018 \pm 0,0051$; кобальт= $0,030 \pm 0,0049$; хром= $0,23 \pm 0,020$; медь= $19,2 \pm 3,01$; марганец= $2,2 \pm 0,63$; селен= $0,14 \pm 0,025$, которые превышали референтные уровни. Содержание железа= $19,6 \pm 2,22$, ртути= $0,63 \pm 0,067$, никеля= $0,43 \pm 0,065$, свинца= $0,31 \pm 0,058$ – не превышали допустимых региональных значений. Для группы сравнения (здоровые женщины) установлено превышение референтных значений по: хрому= $0,26 \pm 0,018$; марганцу= $1,6 \pm 0,30$; селену= $0,20 \pm 0,023$, остальные микроэлементы в норме. В результате проведенного исследования установлено, что такие микроэлементы как хром, марганец, селен имеет статистическую значимую связь с заболеваемостью мастопатией, что в перспективе может выступать фактором развития рака молочной железы. В результате анализа структуры онкологической заболеваемости в Оренбургской области по средним показателям за 14 лет установил, что максимальная доля приходится на ЗНО молочной железы (18%), рак кожи и меланому (15%) в общей структуре. Третье место в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимает рак легкого 12%. Всего было изучено 41 муниципальное образование: при этом обособлено 7 городов, остальные являются либо сельскими территориями, либо городами, объединенными с районами. Самый высокий показатель онкологической заболеваемости наблюдается в Шарлыкском (477,2 на 100 тыс. населения), Новосергиевском (468,5 на 100 тыс. населения) районах и г. Медногорск (431,6 на 100 тыс. населения). Низкая встречаемость рака в Абдулинском (248,4), Адамовском (263,6 на 100 тыс. населения) и Домбаровском (274,4 на 100 тыс. населения) районах. Анализ загрязнения атмосферного воздуха кадмием показал, что уровень загрязнения на различных территориях Оренбургской области имеет большой диапазон: от $8,9 \cdot 10^{-7}$ мг/л до $2,7 \cdot 10^{-4}$ мг/л. При этом стоит отметить, что средний уровень загрязнения атмосферного воздуха кадмием составил $1,9 \cdot 10^{-5}$ мг/л. Самыми загрязненными территориями оказались Гайский, Сорочинский, Переволоцкий, Илекский районы. Самыми «чистыми от кадмия территориями» оказались Домбаровский, Светлинский, Ясненский районы. При анализе питьевой воды, установлено, что среднеобластное значение уровня кадмия в питьевой воде составляет 0,21 ПДК, самыми загрязненными районами являются Октябрьский, Илекский, Первомайский, Красногвардейский районы, где загрязнение составляет более 0,5 ПДК. Проведенный корреляционный анализ показал, заболеваемость раком груди имеет прямую статистически значимую связь слабой силы с концентрацией кадмия как в атмосферном воздухе (Спирмена $R = 0,2$), так и в питьевой воде (Спирмена $R = 0,1$). Проведенный корреляционный анализ подтверждает ранее проведенные исследования другими авторами. Уровень загрязнения атмосферного воздуха и питьевой воды кадмием может выступать в качестве индикаторного критерия по определению территории риска по заболеваемости раком молочной железы. Установлено, что территориями риска с высоким уровнем заболеваемости в Оренбургской области являются: Шарлыкском и Новосергиевский районы и г. Медногорск. Определена статистически значимая связь содержания микроэлементов (хром, марганец, селен) в биосредах женщин, страдающих мастопатией, концентрации которых в организме достоверно связаны с содержанием металлов в факторах окружающей среды. Установлено, что содержание микроэлементов в волосах может выступать в качестве прогностического критерия развития рака молочной железы у женщин, страдающих мастопатией. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки плана профилактических мероприятий по снижению и предупреждению онкологической заболеваемости, с учетом множества факторов риска в особенности с концентрацией металлов в окружающей среде и содержанием микроэлементов в биологических средах

Список литературы.

1.Боев В.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ободочной кишки и гигиеническая оценка канцерогенных химических веществ, поступающих пероральным путем / Боев В.М., Борщук Е.Л., Кряжев Д.А., Савина Е.К. //Здоровье населения и среда обитания. 2017 - № 6 (291) - С. 13-17.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ПРИЧИНА ЕЁ ПАДЕНИЯ В ПЕРМСКОМ КРАЕ НА ПЕРИОД 2007-2018 Г

Анисимов А.Н., Васильевых М.В.

Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера

Гонококковая инфекция (гонорея), возбудителем которой является *Neisseria gonorrhoeae* – одно из самых известных и распространенных заболеваний, передающихся половым путём. Так, по данным ВОЗ в 2005 году было 95 миллионов зарегистрированных случаев заражения гонореей [3,4]. С течением времени количество случаев заражения уменьшается с каждым годом. Об этом свидетельствуют статистические данные Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и Федеральной службы государственной статистики (Росстат) [1,2]. Необходимо изучить статистику падения заболеваемости гонококковой инфекцией, и с чем связан этот спад. В данной статье использованы статистические данные о заболеваемости гонококковой инфекцией в Пермском крае, взятые с официальных сайтов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральной службы государственной статистики в диапазоне от 2007 до 2018 года. Была использована статистика заболеваемости гонореей в Пермском крае в период с 2007 по 2018 год. 2000 год был использован, как контрольный. Были получены следующие результаты. По данным Росстата заболеваемость гонококковой инфекцией в период с 2007 по 2018 уменьшилась на 73,6 тыс. человек в год. Среднее уменьшение количества заболевших в год было равно 6,7 тыс. человек в год. Наибольшее уменьшение количества случаев заболевания было в период с 2008 по 2009 – 11,9 тыс. человек в год. Разница по заболеваемости гонококковой инфекцией между 2000 и 2007 годом составляет 89,5 тыс. человек в год. По данным Роспотребнадзора заболеваемость гонококковой инфекцией в период с 2007 по 2018 уменьшилась на 48 тыс. человек в год. Среднее уменьшение количества заболевших в год было равно 4,4 тыс. человек в год. Наибольшее уменьшение количества случаев заболевания также было в период с 2008 по 2009 – 8,9 тыс. человек в год. Разница по заболеваемости гонококковой инфекцией между 2000 и 2007 годом составляет 60,4 тыс. человек в год. По данным Роспотребнадзора в период с 2012 по 2013 и с 2014 по 2015 отмечается прирост заболеваемости на 0,9 и 2,1 тыс. человека в год соответственно. Каждый год заболеваемость гонококковой инфекцией уменьшается, благодаря развитию антибиотикотерапии и медленному распространению антибиотикорезистентных форм *N. gonorrhoeae* [5,6]. Однако появление всё новых микроорганизмов, обладающих резистентностью к антибиотикам, и способных передавать гены защиты от химиотерапии другим микроорганизмам влияет на развитие медицины в будущем.

Список литературы.

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-октябрь 2017 г. (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»). - Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). – 2020.
2. Статистический сборник здравоохранение в России 2019. - Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва. – 2019.

3. Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. - World Health Organization, 2012.
4. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Geneva, World Health Organization, 2012.
5. Ison C.A. et al. *Gonorrhoeae* treatment failures to cefixime and azithromycin in England, 2010 // *Eurosurveillance*. – 2011. - №16.
6. Ohnishi M. et al. Is *Neisseria gonorrhoeae* initiating a future era of untreatable gonorrhea? Detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone // *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. – 2011. - №55. – P. 3538–3545.

ТОРМОЗНОЕ ВЛИЯНИЕ КАРБОНГИДРАЗ НА СЕКРЕТОРНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Байбекова Г.Д., Пулатов М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Со времени работ Ивана Петровича Павлова известно, что собранный из панкреатической фистулы сок при его обратном введении в двенадцатиперстную кишку тормозит секрецию поджелудочной железы. В дальнейшем в работах американских, французских и японских физиологов это торможение связали с тем, что выделяющийся в составе панкреатического секрета трипсиноген и находящийся в дуоденальном содержимом трипсин тормозят высвобождение дуоденальными эндокринными клетками гормона холицистокининпанкреозимина – мощного стимулятора секреции ферментов поджелудочной железой. Это объяснение обратного торможения панкреатической секреции с двенадцатиперстной кишки признается большинством специалистов. В связи с изложенным изучение этой проблемы представляется актуальной задачей.

Острые эксперименты выполнены на 10 собаках в 2-х сериях под гексаналовым наркозом на управляемом дыхании. Сбор панкреатического сока осуществлялся из главного панкреатического протока поджелудочной железы, добавочный проток перевязывался. Двенадцатиперстная кишка отделялась от желудка лигатурой, наложенной на месте пилорического сфинктера. В одной из серий экспериментов укрепляли катетр в начальной части двенадцатиперстной кишки, а в другой серии еще один катетр укрепляли в подвздошной кишке. Панкреатическая секреция стимулировалась интрадуоденально вводимым гидролизинном подкисленным до pH-2,0 (0,6 мл/кг каждые 15 мин). В бедренные вены вставлялась канюля для взятия крови, канюля для взятия крови, канюлировались мочеточники для сбора мочи. После двухчасового сбора сока, мочи и крови (часовыми порциями) в двенадцатиперстную кишку вводился раствор амилазы (0,15 мг/кг/час), в последующие два часа продолжался сбор сока, мочи, крови (последствие), затем вновь цикл повторялся. Вторая серия экспериментов выполнялась по той же схеме, но амилаза вводилась не в двенадцатиперстную кишку, а в подвздошную кишку. В собранном и учтенном по объему часовым периодам соке определялись бикарбонаты (титрометрически), амилаза (по Смит-Рое в модификации Уголева), липаза (по Титцу), общая протеолитическая активность (по Кунитцу), белок (по Лоури). В моче и крови определяли амилазу тем же методом, что и в соке. Полученные в первой серии экспериментов результаты показали, что интрадуоденальное введение амилазы вызывает достоверное торможение секреции поджелудочной железой именно амилазы, секреция других ферментов и бикарбонатов не претерпевала изменений. При введении амилазы в подвздошную кишку в час его введения не наблюдалось торможение панкреатической секреции. Неселективно генерализованное торможение панкреатической

секреции развивалось через 1-2 часа, именно в это время отмечена и гиперамилазурия. Полученные результаты свидетельствуют о ведущей роли дуоденальных механизмов в срочном селективном, по принципу обратной связи торможении секреции панкреатических ферментов. Более отставленное по времени неселективное торможение панкреатической секреции может быть обусловлено действием из кровотока всосавшихся из дистальных отделов тонкой кишки ферментов.

Косвенным свидетельством участия дуоденальных пептидов в осуществлении тормозных селективных влияний ферментов (амилаза) с двенадцатиперстной кишки на секрецию панкреатических гидролаз явилось и то, что секреция, стимулированная интрадуоденальным введением гидролизина (то есть эндогенными дуоденинами) тормозится более выражено, чем секреция, стимулированная экзогенными секретинном с холицистокинином. Поиск конкретных механизмов, через посредство которых реализуется торможение секреции поджелудочной железой интрадуоденально введенной амилазой продолжается. Но уже полученные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что адаптация секреции ферментов поджелудочной железой в большей мере зависит от ферментативной активности дуоденального содержимого.

Список литературы.

1. Коротько Г.Ф Трубцина И.Е Амирова Н.Щ Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. Вып 11-2013 стр 60-61
2. Коротько Г.Ф Секрция поджелудочной железы- Краснодар: Кубанский гос.мед.унверситет, 2005 - 312 стр
3. Коротько Г.Ф Физиология системы пищеварения. Краснодар Изд ООО БК <Группа Б>, 2009 с 608

ТОРМОЗНОЙ ЭФФЕКТ ФЕРМЕНТОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ АМИЛАЗЫ

Байбекова Г.Д., Пулатов М.Д.

Андижанский государственный медицинский институт

Отведение из двенадцатиперстной кишки сока поджелудочной железы усиливает секрецию последней, а обратное введение сока тормозит ее. Механизм этого эффекта многие годы служит предметом оживленных дискуссий. Изучение данного вопроса имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в том числе для совершенствования методов функциональной диагностики и заместительной ферментотерапии. Так, на основании накопленных данных можно допустить, что при непрерывной аспирации зондом панкреатического сока из двенадцатиперстной кишки гиперсекреторная реакция железы проявляется, если секреция вызвана интродуоденальным введением стимулятора (например, соляной кислоты), и отсутствует, если она вызвана парентеральным введением секретина с панкреазимином. Большинство исследователей эффект торможения секреции связывают с действием трипсиногена или его гексапептидного фрагмента на эндокринный аппарат двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем показано, что пероральное введение амилазы снижает амилалитическую активность гомогената поджелудочной железы крыс. Цель исследования: Исходя из общего принципа регуляции ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез было сделано допущение о дифференцированности ее торможения в зависимости от ферментативной активности дуоденального содержимого. Мы провели исследование с целью выяснить влияние повышенной амилалитической активности дуоденального содержимого на секрецию поджелудочной железы. Опыты выполнены на 5 беспородных собаках массой 12-15 кг. Наркоз (дроперидол, аминазин, гексанал) проводили под управляемым дыханием (аппарат ДП-8). Для сбора

панкреатического сока канюлировали главный панкреатический проток, на малый проток накладывали лигатуру в месте пилорического жома, в начальной части двенадцатиперстной кишки кистным швом укрепляли катетр для введения стимулятора секреции. Кровь и мочу собирали через катетеры, введенные в оба мочеточника и бедренную вену. Для стимуляции секреции интрадуоденально вводили в течение 1 ч 8-10 мл 0.1 н раствора соляной кислоты, затем каждые 15 мин в течение 8 ч по 8-10 мл закисленного до pH 2 гидролизина. Спустя 2 ч в двенадцатиперстную кишку вводили 0.2 мг% раствора (10 мл/ч) ферментного препарата амилазы – диастазу ячменного солода (производство Олайнского завода) из расчета 20 мг/ч (по 2.5 каждые 15 мин), затем 2 ч – гидролизин, 1 ч – амилазу и еще 2 ч – гидролизин. В собранном соке определяли содержание бикарбонатов (обратном титрованием), белка (по Лоури), амилазы (по Смит-Роу в модификации А.М Уголева), липазы (по Титцу) и общую протеолитическую активность (по Кунитцу). Учитывали объем мочи, каждый час в моче и плазме крови определяли количество амилазы. Введение в двенадцатиперстную кишку подкисленного гидролизина вызвало у подопытных собак достаточно стабильную от часа к часу секрецию с высоким содержанием в соке ферментов, несколько снижавшуюся по объему к 6-8 ч опыта. Интрадуоденальное введение диастазы солода не изменяло объем секреции и выделения в составе сока бикарбонатов, белка липазы и протеаз. Снижение объема секреции и выделения за счет этого бикарбонатов отмечалось в конце опыта, видимо, из-за его длительности. Следовательно, даже небольшое увеличение амилазной активности дуоденального содержимого, вызвано гетерогенным (растительным) ферментом, всегда приводит к торможению секреции поджелудочной железой именно амилазы. Это позволяет сделать заключение о дифференцированности торможения панкреатической секреции в зависимости от вида повысившейся в двенадцатиперстной кишке ферментативной активности. Отсюда вытекает возможность дифференцированной коррекции панкреатического ферментовыделения путем: а) перорального применения ферментных препаратов с разной активностью их ингредиентов или препаратов с одинаковой активностью (по результатам нашего исследования – активностью амилазной); б) торможение секреции панкреатической амилазы. Сложен вопрос о механизме такого торможения. Считают, что вызываемое интрадуоденальным введением трипсиногена торможение секреции поджелудочной железы обеспечивается ингибированием высвобождения холецистокинин-панкреозимина из эндокринных 1-клеток двенадцатиперстной кишки. Выделение амилазы с мочой нарастало в течение опыта за счет повышения диуреза и амилазной активности мочи, постепенно достигая колоссальных величин (в 50-70 раз больше, чем в первые 2 ч опыта). Эта не могла быть всосавшаяся из кишечника экзогенная амилаза, так как за 2 инфузии в кишечник было введено всего 2200 ед. амилазы, а выделено с мочой за 6 ч более 10000 ед., не говоря уже о том, что персорбция амилазы в кишечнике весьма незначительна. Можно допустить, что в условиях повышенной амилазной активности дуоденального содержимого происходит перераспределение экзосекретируемого и инкретируемого фермента. Однако сопоставление количества амилазы, невыделенной с соком (327232 ед) в результате ингибирующего действия диастазы на секрецию и выделенной с мочой (10303 ед) показало, что ренальным путем выделяется около 3 % того количества амилазы, на которое сократилась ее секреция железой. Скорее всего, нарастание экскреции амилазы с мочой не связано с действием введенной диастазы, а является результатом постепенного повышения проницаемости гистогематического барьера и несколько увеличенного уклонения амилазы из железы в кровь в условиях стимуляции железы гидролизинем. Сам же эффект торможения экзосекреции амилазы под действием введенной в двенадцатиперстную кишку диастазы солода реализуется на уровне умеренного селективного торможения синтеза и экстрюзии амилазы поджелудочной железой.

Список литературы.

1. Коротько Г.Ф – В сб: узловые вопросы современной физиологии. – Томск, 1984 с. 139-145.
2. Коротько Г.Ф Ферменты пищеварительных желез в крови (очерк о ферментном гомеостазе) – Ташкент: Медицина, 1983.
3. Коротько Г. Ф – Физиол.журнал., 1979, т. 65, №7 с. 1017-1023.

БОЛЬШИЕ ПИРАМИДНЫЕ НЕЙРОНЫ НЕОКОРТЕКСА МОЗГА КРЫСЫ И ИЗМЕНЕНИЯ ХРОМАТОФИЛИИ ИХ ЦИТОПЛАЗМЫ В РАМКАХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА

Валько Н.А., Бонь Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Многочисленные экспериментальные исследования, в том числе, и по изучению центральной нервной системы, проводятся на крысах. Углубление понимания процессов созревания и дифференцировки головного мозга данных животных создают базу для клинических исследований. Неокортекс, или новая кора, является в филогенетическом плане новейшей структурой коры больших полушарий головного мозга. Имеено он является материальной основой когнитивных функций центральной нервной системы [1]. Неокортекс крыс образован такими отделами, как лобная, теменная, височная и затылочная кора [1,2]. Целью настоящей работы был анализ изменений хроматофилии цитоплазмы больших пирамидных нейронов неокортекса головного мозга крысы в постнатальной онтогенезе. Эксперименты выполнены на 156 беспородных белых крысятах, родившихся от 75 самок крыс. Так как морфофункциональные свойства коры больших полушарий мозга формируются поэтапно, то для изучения брались крысята на разных этапах онтогенеза: на 2-е, 5-е, 10-е, 20-е, 45-е и 90-е сутки. После декапитации фрагменты больших полушарий их головного мозга фиксировали для дальнейшего гистологического, гистохимического, иммуногистохимического и электронно-микроскопического исследования. От потомства одной крысы-самки брали по 2 крысенка. В ходе гистологического исследования на срезах неокортекса, используя стереотаксический атлас, определяли местоположение участков неокортекса на срезах [3]. Затем определяли число больших пирамидных нейронов на единицу площади срезов коры мозга. Среди общего количества градуировали клетки по интенсивности окраски цитоплазмы (хроматофилии): нормохромные – умеренно окрашенные; гиперхромные – темные; гиперхромные – очень темные, с деформированными перикарионами; гипохромные – светло окрашенные; клетки-тени – почти прозрачные. Подсчитывалось количество каждого типа клеток. В ходе электронно-микроскопического исследования для изучения ультратонких срезов использовали электронный микроскоп JEM-1011 (JEOL, Япония) с камерой Olympus MegaView III (Olympus Soft Imaging Solutions, Германия). Количественный анализ ультраструктуры нейронов выполняли, используя программу Image Warp (Bit Flow, США). Полученные в результате вышеописанных исследований данные изучались в программе Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США). Использовалась описательная статистика – критерий Манна-Уитни для независимых выборок (Mann-Whitney U-test) с применением поправки Бонферони [4].

На гистологических препаратах, окрашенных по методу Ниссля, наблюдалось преобладание нормохромных нейронов, как на ранних этапах онтогенеза, так и на более поздних. На 2-е сутки постнатального развития гиперхромные нейроны составили в неокортексе 8% от общего количества нейронов, на 45-е сутки – 11%, а на 90-е – 9%.

Гиперхромные сморщенные нейроны выявляются только на 20-е (2%) и 45-е сутки (3%), а на 90-е они практически не встречаются. Доля гипохромных нейронов минимальна на 5-е сутки (1%), а затем, на 20-е и 45-е сутки несколько возрастает (7% и 11% от общего количества нейронов, соответственно). Клетки-тени у 2-х суточных крысят не обнаруживаются, затем их количество постепенно возрастает, достигая максимума на 45-е сутки, когда они составляют 8% от общего количества нейронов ($p < 0,05$)), а к 90-м суткам вновь снижается. В ходе электронно-микроскопического исследования установлено, что в цитоплазме нормохромных больших пирамидных нейронов неокортекса крыс содержатся цистерны гранулярной эндоплазматической сети (ГрЭС), на которых находится большое число рибосом. Митохондрии на 45-е сутки вытянутые, содержат много хорошо различимых крист, в то время как на 20-е сутки митохондрии по размерам гораздо больше, но крист в них при этом меньше. В перинуклеарной области находится комплекс Гольджи. Плоские цистерны располагаются стопками и имеют характерную конфигурацию. Небольшое количество свободных рибосом распределено по всей цитоплазме. Цитоплазма гиперхромных несморщенных нейронов содержит больше канальцев ГрЭС. Повышено и количество свободных рибосом. В то же время гиперхромные нейроны имеют меньшее, по сравнению с нормохромными, число митохондрий. Ядра и цитоплазма гиперхромных сморщенных нейронов тёмные и образуют многочисленные складки. Отмечаются дезорганизация и деструктивные изменения органелл. Наблюдается значительное расширение канальцев ГрЭС и комплекса Гольджи. Свободные рибосомы образуют поля и скопления. Отмечается набухание митохондрий и деградация их крист. Перинуклеарное пространство гипохромных нейронов часто расширено, цитоплазма содержит малое число органелл, особенно рибосом. Митохондрии меньшего, по сравнению с нормохромными нейронами, размера и содержат малое количество крист. Всё это говорит о снижении функциональной активности и торможении протеинового синтеза. Нарастание этих нарушений, вероятно, ведет к превращению данного типа нейронов в клетки-тени и последующей деструкции.

Полученные данные об изменении хроматофилии цитоплазмы больших пирамидных нейронов неокортекса в постнатальном онтогенезе дают основу для дальнейшего изучения возрастных изменений данного отдела центральной нервной системы, создавая фундаментальную базу для лечения и профилактики церебральной патологии различного генеза.

Список литературы.

1. Зиматкин С.М., Бонь Е.И. Постнатальный органеллогенез в пирамидных нейронах коры большого мозга крысы // Морфология. 2017. № 2. С. 20–24.
2. Максимова, Е. В. Онтогенез коры больших полушарий М.: Наука, 1990. 184 с.
3. Paxinos G., Watson C. The Rat Brain in stereotaxic coordinates. Academic Press, Australia. 1998, 242 p.
4. Батин Н.В. Компьютерный статистический анализ данных: учеб.-метод. пособие. Минск.: Институт подготовки научных кадров Национальной Академии Наук Беларуси, 2008, 235 с.

СОЧЕТАННОЕ ВВЕДЕНИЕ L-NAME И L-АРГИНИНА НА ФОНЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ТЕМЕННОЙ КОРЫ У КРЫС

Валько Н.А., Бонь Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Особая роль в патогенезе ишемии головного мозга отводится оксиду азота (NO), который образуется там же из аминокислоты L-Аргинин, являющейся субстратом NO-синтазы (NOS). Неселективный ингибитор NOS этиловый эфир N^ω-нитро-L-аргинин (N^ω-nitro-L-Arginine Methyl Ester (L-NAME)) угнетает все изоформы фермента, что приводит к уменьшению антигипоксической резистентности, увеличению агрегации тромбоцитов и снижению мозгового кровотока [1]. Одной из перспективных аминокислот-нейропротекторов является L-Аргинин, способный увеличивать образование NO, выступая в качестве источника для его образования. Поэтому он обладает антигипоксическим, противоболевым, противовоспалительным, антиатерогенным и антиагрегатными свойствами. Эффекты L-NAME и L-Аргинина показаны в экспериментах с помощью биохимических методов и функциональных проб, однако количественного морфологического изучения последствий сочетанного введения L-NAME и L-Аргинина в условиях субтотальной церебральной ишемии не проводилось. Целью работы явилось изучение гистологических изменений в теменной коре головного мозга крыс при субтотальной церебральной ишемии на фоне сочетанного введения L-NAME, а также его совместного применения с L-Аргинином. Эксперименты проведены на 24 самках беспородных белых крыс массой 210±20 г. Использование крыс в качестве экспериментальных животных обусловлено сходством ангиоархитектоники и морфологии коры головного мозга у крыс и человека [2, 3]. Контрольную группу составили ложнооперированные крысы, которым через разрез кожи и внутривенно вводили изотонический раствор NaCl. Субтотальную ишемию головного мозга (СИГМ) моделировали путем перевязки обеих общих сонных артерий в условиях внутривенного тиопенталового наркоза (40-50 мг/кг). Крысам группы СИГМ+L-NAME до перевязки общих сонных артерий вводили неселективный ингибитор NOS – L-NAME в дозе 5мг/кг. Крысам группы СИГМ+L-NAME+L-Аргинин дополнительно вводили L-Аргинин в дозе 200 мг/кг одновременно с L-NAME. Животных декапитировали после 60-минутной ишемии. После декапитации и извлечения головного мозга участки теменной коры, фиксировали в жидкости Карнуа. Серийные парафиновые срезы окрашивали по методу Ниссля. Локализацию теменной коры в гистологических препаратах мозга крыс определяли с помощью стереотаксического атласа [4]. В препарате, приготовленном из материала от одного животного, оценивали не менее 30 нейронов, а в каждой экспериментальной группе – 150 нейронов 5-го слоя теменной коры. Для статистического анализа полученных в эксперименте данных использовали методы непараметрической статистики (программа Statistica 10.0 для Windows, StatSoft, Inc., США). В описательной статистике для каждого показателя определяли значения медианы (Me), границы процентилей (от 25 до 75). Количественные результаты представлены в виде Me (LQ; UQ), где Me – медиана, LQ – нижняя граница нижнего квартиля; UQ – верхняя граница верхнего квартиля. Достоверными считали различия между контрольной и опытной группами при значениях $p < 0,05$ (тест Краскелла-Уоллиса с поправкой Бонферони).

В условиях субтотальной церебральной ишемии наблюдалось значительное снижение размеров перикарионов нейронов (контроль – 144,6(130,5;153,8) мкм², СИГМ – 69(67;73,6) мкм²); увеличивалась их вытянутость (контроль – 1,2(1,1;1,2) ед., СИГМ – 1,5(1,4;1,5) ед.) и уменьшалась округлость. В наибольшей степени форм-фактор (контроль – 0,9(0,9;0,9) ед., СИГМ – 0,8(0,8;0,85) ед.) изменялся при введении L-NAME (0,67(0,6;0,7) ед.), однако дополнительное введение L-Аргинина корригировало эффект

неселективного ингибитора NOS (0,76(0,7;0,8) ед.). В условиях субтотальной церебральной ишемии в теменной коре наблюдалось снижение количества нормохромных нейронов (контроль – 3283(3216;3283), СИГМ – 2043(1943;2077)), а также увеличение количества гиперхромных (контроль – 201(201;268), СИГМ – 938(804;938)), гиперхромных сморщенных нейронов (контроль – 134(67;134), СИГМ – 670(670;670)) и клеток-теней (контроль – 134(0;134), СИГМ – 335(269;402)) ($p < 0,05$). У животных группы (ИГМ+L-NAME) количество гиперхромных несморщенных нейронов уменьшалось (603(536;670)) но при этом происходило увеличение доли гиперхромных сморщенных нейронов (938(938;938)) ($p < 0,05$) по сравнению с группой СИГМ. При сочетанном введении L-NAME и L-Аргинина соотношение разных по степени хроматофилии нейронов не отличалось от такового в группе СИГМ ($p > 0,05$). На фоне введения L-NAME нарушения становятся более выраженными, что может быть опосредовано блокированием эндотелиальной NOS. Это согласуется с данными о снижении антигипоксической резистентности организма и активации оксидативных процессов. При дополнительном введении L-Аргинина негативные изменения, вызванные L-NAME, корректировались. Эти эффекты L-Аргинина при церебральной ишемии могут быть связаны как с его непосредственным антиоксидантным и антигипоксическим влиянием, так и с непрямым действием, обусловленным образованием NO. Таким образом, введение неселективного ингибитора NO-синтазы L-NAME усугубляло гистологические нарушения нейронов теменной коры при субтотальной церебральной ишемии (происходило увеличение количества сморщенных нейронов, более выражена была деформация их перикарионов). Применение L-Аргинина оказывало корректирующее воздействие, обусловленное как его непосредственным антигипоксическим влиянием, так и опосредованным, за счет синтеза NO.

Список литературы.

1. Максимович Н. Е. Агрегация тромбоцитов при модуляции пути L-Аргинин-NO у крыс с ишемией головного мозга // Патофизиология и экспериментальная терапия. – 2005. – N4. – С. 14-15.
2. Бонь Е.И., Зиматкин С.М. Микроскопическая организация изокортекса крысы // Новости медико-биологических наук. – 2017. – №4. – С. 80-88.
3. Бонь Е.И., Максимович Н.Е. Морфологические представления о кровообращении головного мозга крысы // Вестник ВГМУ. – 2018. – N2. – С. 30-36.
4. Paxinos G., Watson C. The Rat Brain in stereotaxic coordinates. – Academic Press, Australia, 1998. – 242 p.

СОЗДАНИЕ АНТРОПОМОРФНОГО РОБОТИЗИРОВАННОГО ПРОТЕЗА РУКИ И ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ ИМ ЧЕРЕЗ ИНТЕРФЕЙС МОЗГ-РУКА

Великоборец Г.С.¹, Юрова В.А.^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М. А. Бонч-Бруевича

² СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Важным в профилактической и восстановительной медицине является реабилитация больных и частичное или полноценное восстановление их трудоспособности. Поэтому актуально создание протезов идентичных восстанавливаемой конечности по внешнему виду и по точности воспроизведения всех её действий. В работе представлены результаты создания прототипа антропоморфной роботизированной руки (АРК), схожим по виду и

функциональности с человеческой рукой, с возможностью её использования в качестве протеза, результаты анализа путей создания интерфейса для управления протезом путем обработки и передачи электрических импульсов мозга на механизм АРК.

В работе проведены экспериментальные исследования созданного прототипа АРК по осуществлению и точности воспроизведения действий конечностью и её отдельных составляющих. Для исследования возможности использования энцефалографа в качестве интерфейса мозг-машина был проведен анализ научных работ, основные технические характеристики реализованных проектов, разработан и собран двухэлектродный энцефалограф.

Для исследования и оценки характеристик, технических и функциональных возможностей разработана электромеханическая схема и собрана перчатка управления прототипом предплечья и кисти. Для предварительной визуализации на компьютере в виртуальной среде разработаны программные алгоритмы управления протезом движения пальцами и рукой через микроконтроллер и программные комплексы для отображения воспроизводимых АРК движений в виртуальной среде. Тестирование показало, что обеспечивается высокая точность повторения движения отдельных суставов пальцев [1]. Для высокой степени схожести прототипа с реальными человеческими конечностями были собраны 23 сервопривода, по одному на каждую степень свободы, с пиковым током потребления до 1 А. Поэтому потребовалось разработать аккумулятор для работы протеза в автономном режиме. К нему были составлены следующие требования: способность в течение длительного промежутка времени обеспечивать прототип питанием, компактность по массогабаритным размерам для мобильности и компактности самого протеза. Обеспечивая прямой кортикальный контроль над роботизированными протезами, интерфейс мозг-машина (ИММ) может позволить пациентам с последствиями травм или заболеваний (например, с тяжелым параличом или с утраченными конечностями) выполнять повседневную деятельность, необходимую для самодостаточности. Однако с помощью ИММ многие из действий руки еще не удается воспроизводить достаточно точно, особенно в случаях, где требуется управление отдельными фалангами. Анализ путей для проектирования и создания такого интерфейса показал, что для протеза с более полноценной функциональностью руки необходимо создание сложной механической системы, основанной на управлении отдельными фалангами с помощью электрических импульсов, передаваемых мозгом. Расшифровка нейронных коррелятов управления пальцами изучалась [2], но автономного онлайн управления отдельными пальцами пока не удалось добиться. На сегодняшний день кортикальный контроль движений пальцев в режиме онлайн достигается только в контексте координированных движений нескольких пальцев. Сигналы электрокортикографии (ЭКоГ), записанные в сенсомоторных областях, использовались в автономном режиме для восстановления апертуры руки и классификации различных жестов рук. ЭКоГ также использовалась в режиме онлайн для непрерывного контроля движений захвата параллельно с движениями рук и для классификации различных типов захвата. Электроды для электрокортикографии высокой плотности (ЭКоГ) над сенсомоторными областями могут не только различать отдельные пальцы в автономном режиме, и также их можно использовать для асинхронного обнаружения и классификации движений пальцев в режиме онлайн. В [3] была продемонстрирована возможность онлайн-контроля над очень маневренной модульной протезной конечностью. Следует отметить, что ЭКоГ требует размещения электродной матрицы непосредственно на коре головного мозга, что невозможно без хирургического вмешательства. Для проекта были рассмотрены приборы, которые считывают биоэлектрические сигналы головного мозга и механические сигналы мускулатуры человека и преобразуют их в пригодные для обработки электрические сигналы для создания интерфейса с компьютером, например, устройство NeuralImpulseActuator. Оно основано на считывании электроэнцефалограммы

(ЭЭГ) головного мозга, подобные устройства используются в основном в приложениях AR/VR. Существует потенциальная возможность использовать их в качестве более доступного аналога ЭКоГ. ЭЭГ представляет собой процесс, обусловленный активностью огромного числа генераторов, и создаваемых ими весьма неоднородным полем по всему пространству мозга и меняющимся во времени. В результате между двумя точками мозга, а также между мозгом и удаленными от него тканями организма возникают переменные разности потенциалов, регистрация и обработка которых составляет задачу электроэнцефалографии. В клинической электроэнцефалографии ЭЭГ отводится с помощью электродов, расположенных на интактных покровах головы и в некоторых экстракраниальных точках. Для исследования возможности использования энцефалографа в качестве интерфейса мозг-машина был разработан и собран двухэлектродный энцефалограф, на основе каскада из инструментальных усилителей AD620. В качестве электродов было решено использовать штырьковые электроды, так как большинство стандартных электродов должны плотно прилегать к поверхности головы и, следовательно, должны отсутствовать волосы.

Были разработаны модель АРК как протеза для абилитации людей, 3D-модель полноразмерных прототипов предплечья и кисти, их соединения с перчаткой управления с помощью микроконтроллера. Собран экспериментальный прототип протеза с автономным питанием, который характеризуется высоким быстродействием и точностью воспроизведения действий рукой и её отдельными частями [4]. Были произведены снятие энцефалограммы с поверхности головы и классификация возможных сигналов для создания интерфейса управления системы мозг-протез.

Список литературы.

1. Великоборец Г. С., Юрова В. А. Создание системы управления антропоморфной роботизированной рукой. 74-я региональная научно-техническая конференция студентов, аспирантов и мо-лодых ученых «Студенческая весна –2020» : сб. науч. ст. / Под ред. А. В. Шестакова. Спец. вып. СПб. : СПбГУТ, 2020. 59 – 64 с.

2. Kubanek J, Miller KJ, Ojemann JG, Wolpaw JR, Schalk G. Decoding flexion of individual fingers using electrocorticographic signals in humans. J Neural Eng. Dec.2009 6(no. 6):66001.

3. Микушин А. В., Сажнев А. М., Сединин В. И. Цифровые устройства и микропроцессоры: учеб, пособие. – СПб. : БХВ-Петербург, 2010. – 832 с.

4. Великоборец Г. (2020) Перчатка захвата движений кисти [Любительское видео] // YouTube. 26 августа. – Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=pUYqYhxE37M>

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МИКРООРГАНИЗМОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Горская Н.С., Макавчик С.А.

Санкт-петербургский государственный университет ветеринарной медицины

Staphylococcus aureus среди стафилококков выделяют как патогенный вид, который вызывает инфекции кожи, а также может вызывать пневмонию, остеомиелит, эндокардит. С точки зрения патогенетических признаков важной является классификация стафилококков по способности продуцировать плазмокоагулазу. По этому признаку стафилококки подразделяются на коагулазоположительные (к ним относится золотистый стафилококк – *S. aureus*). Внутри вида по чувствительности к бактериофагам *S. aureus* подразделяется на фагогруппы и фаговары. [1] По данным научных исследований жёлто-

оранжевый пигмент клинических изоляторов золотистого стафилококка связан с повышенной бактериальной выживаемостью в неблагоприятных условиях и повышенной патогенностью стафилококков так как дефицитные по каротиноидам культуры теряют устойчивость к окислительному взрыву нейтрофилов. [2] *St. aureus* имеет много факторов патогенности, может иметь разнообразную локализацию поражений.

Цель: изучение биологических свойств *Staphylococcus aureus* микроскопическим методом и методом чистых культур. Для изучения морфологических свойств применяли микроскопический метод. Приготовление фиксированного препарата из бактериальной культуры, и его окраска по Граму. Для определения культурально-биохимических свойств микроорганизмов использовали питательные среды, культивирование 24 ч в термостате (37 °C). Изучали окислительно-восстановительные ферменты (каталаза), гемолитические и сахаролитические свойства. Микроскопическим методом изучили морфологию микроорганизмов *Staphylococcus aureus*, которые имели шаровидную форму, разные размеры микробных клеток и располагались в виде скоплений, напоминающие виноградные грозди. Такое расположение обусловлено делением клеток в разных плоскостях. Стафилококки являются факультативными анаэробами, хорошо растут в аэробных условиях при температуре 37°C на простых питательных средах на МПА (мясо-пептонном агаре) и в МПБ (мясо-пептонном бульоне). Культуральные свойства стафилококков изучали на плотных и жидких средах. На МПА стафилококки образуют ровные круглые колонии S-формы диаметром 2-4 мм, которые могут быть окрашены в желтый и белый цвет. Цвет колоний обусловлен наличием пигмента, синтезируемого стафилококками в аэробных условиях. Однако пигментообразование не является видовым признаком стафилококков. При размножении в жидких питательных средах стафилококки вызывают равномерное помутнение, осадок.

При изучении окислительно-восстановительных свойств микроорганизмов при наличии каталазной активности у них происходит пенообразование. Стафилококки обладают высокой биохимической активностью: они ферментируют в аэробных условиях многие углеводы до уксусной кислоты без газа. В частности, *S. aureus* разлагает до кислоты глюкозу, сахарозу, лактозу. Маннит – дифференцирующий сахар для патогенных и не патогенных микроорганизмов. Стафилококки являются представителями галофильных (солеустойчивых) бактерий: они хорошо растут при высоких концентрациях в питательной среде хлорида натрия (10-15%). Поэтому селективными для стафилококков являются питательные среды с повышенным содержанием NaCl, например, ЖСА (желточно-солевой агар). На желточно-солевом агаре патогенные стафилококки формируют колонии, окруженные радужным венчиком за счет разложения лецитина яичного желтка с помощью фермента лецитиназы. Культуральные, биохимические и морфологические свойства бактерий рода *Staphylococcus aureus* были типичными для представителей своего рода.

Список литературы.

1. Литусов Н. В. Грамположительные аэробные кокки: иллюстрированное учебное пособие / Литусов Н. В. – Екатеринбург: УГМУ, 2016. – 89 с.
2. Павлова И. Ж., Хомич Ю. С. Биологические свойства *staphylococcus aureus*, выделенных из различных локусов бактерионосителей. Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 7 (298). Биология. Вып. 2. С. 66-67.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Долгашова А.Д., Макаренко В.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Иксодовые клещи относятся к типу членистоногих (Arthropoda), классу паукообразных (Arachnida), семейству Ixodidae, являются кровососущими паразитами млекопитающих, птиц и рептилий. На Ставрополье клещи являются переносчиками двух опасных для человека заболеваний - клещевого боррелиоза (болезни Лайма) и Крымской геморрагической лихорадки. В первом случае источником заражения являются лесные клещи, обитающие в лесной и лесопарковой зоне, во втором - пастбищные иксодовые клещи, распространенные в степных, лесостепных и полупустынных зонах. Цель исследования. Показать степень изученности распространения иксодовых клещей, их роли в возникновении Конго-Крымской геморрагической лихорадки в Ставропольском крае и наметить вопросы, решение которых актуально в настоящее время.

Методика исследований. Исторические сведения по распространению иксодовых клещей и возникновению КГЛ на территории Ставропольского края с 1928 по 2020 год получены посредством изучения научной литературы по этому вопросу. Анализ современной обстановки по активности клещей и выявлению случаев КГЛ проведены на основе статистической отчетности Роспотребнадзора Ставропольского края по эпидемиологической обстановке с 2016 по 2020 год.

Результаты исследования. Известно, что одним из особо опасных заболеваний, передаваемым через укусы клещей, является Конго-Крымская лихорадка (КГЛ). Эта болезнь впервые установлена в 1944-1945 году М. П. Чумаковым, а в 1956 году похожее заболевание было зарегистрировано в Конго. В последующем, случаи КГЛ регистрировались в Краснодарском и Ставропольском краях, Ростовской и Волгоградской областях, Средней Азии, ряде стран Восточной Европы, Африки и Азии [1]. Исследованиями отечественных и зарубежных ученых установлено, что возбудителем ККГЛ является СНФ-вирус, который принадлежит к роду *Najarovirus*, семейства *Bunyaviridae* и содержит РНК. Природные очаги по КГЛ чаще всего регистрируются в степных, лесостепных и полупустынных местностях с теплым климатом и развитым скотоводством. Клещи могут передавать вирус потомству трансвариально и являются вирусоносителями пожизненно, поэтому служат резервуаром вируса. Инфицирование человека происходит при укусе клеща, либо при выполнении медицинских процедур, связанных с инъекциями или забором крови. В последнее время ученые не исключают возможность воздушно-пылевой передачи вируса в организм человека через микротравмы на поверхности кожи и слизистых оболочек [4]. Ю. М. Тохов [5], исследуя 17 видов иксодовых клещей, собранных на территории Ставропольского края, установил наличие антигена вируса ККГЛ у 11 видов. По сведениям С. Н. Луцук, Ю. М. Тохова и Ю. В. Дьяченко [2] антиген вируса ККГЛ выявлен у клещей *Hyalomma marginatum*, собранных на территориях Апанасенковского, Благодарненского, Грачевского, Георгиевского, Ипатовского, Кочубеевского, Курского, Минераловодского, Новоселицкого, Петровского, Труновского, Туркменского, Шпаковского районов; клещей *Dermacentor marginatus* (Кочубеевский район); у клещей *Rhipicephalus rossicus* (Предгорный район). Анализ статистической отчетности Роспотребнадзора Ставропольского края [3] по эпидемиологической обстановке с КГЛ свидетельствует, что в период с 2016 по 2020 год наибольшее количество обратившихся в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по поводу укусов клещей отмечалось в 2016 году и составило 8076 человек, из них детей 3120. В 2017г. - 6685 человек из них 2819 детей, в 2018г. - 6233, из них 2650 детей, в 2019г. - 5864 человек, 2562 детей, соответственно. Наименьшая активность клещей

отмечена в 2020 году - 3671 случай обращений, детей 1511. При этом установлена заболеваемость КГЛ в 2016г. - 59 случаях с 1 летальным исходом, в 2017г. - 19 случаев, в 2018г. - 15, в 2019г. - 34 (1 летальный исход), в 2020г. - 8 выявленных случаев заболевания КГЛ. Анализ информации позволяет сделать вывод о том, что на Ставрополье активность клещей в 2020 году снизилась на 35%. Наибольшее количество обращений зарегистрировано в Ставрополе, Пятигорске и Изобильненском городском округе, Апанащенковском, Арзгирском, Ипатовском, Красногвардейском и Нефтекумском районах. Выводы и рекомендации. Проведенный анализ статистической отчетности Роспотребнадзора позволил сделать заключение о том, что в Ставропольском крае сложился стационарный природный очаг по КГЛ. Для улучшения эпидемиологической обстановки на территории Ставропольского края мы видим необходимость решения актуальных вопросов: проведение постоянного мониторинга за видовым составом и инфицированностью вирусом ККГЛ клещей, их паразитизмом на прокормителях; разработка и проведение агротехнологических мероприятий, с применением современных акарицидных средств по противоклещевой обработке в от-крытых биотопах особенно в период самой высокой их активности весной и летом; необходима разработка и испытание эффективных и экологически безопасных акарицидных препаратов для животных и птиц, а также средств индивидуальной за-щиты людей; проведение разъяснительной работы среди населения по профилактике КГЛ. Список литературы:

1. Бутенко А. М., Трусова И. Н. Заболеваемость Крымской геморрагической лихорадкой в странах Европы, Африки и Азии (1943-2012) // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2013. № 5. С. 48.
2. Луцук С. Н., Тохов Ю. М., Дьяченко Ю. В. Иксодовые клещи Ставрополья. Ставрополь, 2012. 111 с.
3. Материалы к государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю за 2016-2020 год» // <http://26.rosпотребнадзор.ru/d/du/gd/>.
4. Онищенко Г. Г., Ефременко В. И. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка на Юге России // Журн. микробиол. 2004. № 4. С. 86-89.
5. Тохов Ю. М. Иксодовые клещи Ставропольского края и их эпидемиологическое значение // Ставрополь, 2008. 196 с.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ И КОЭФФИЦИЕНТА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Физические нагрузки играют важную роль в развитии функциональных резервов организма, а уровень двигательной активности определяет их количественный эквивалент [1-4]. В работах Доронцева А.В. и Козлятникова О.А, отмечается, что установлена взаимосвязь между показателями физического развития, физической подготовленности и состоянием здоровья обучающихся [5-7]. В то же время тренировочная деятельность параллельно с учебными нагрузками предъявляет повышенные требования к функциональным резервам организма. Физические нагрузки, могут вызвать целый ряд изменений в функциональных системах гомеостатического уровня, изменить регуляторно-адаптивный статус организма, предопределяя настоящий и дальнейший ход адаптации [8-

9]. В связи с этим цель данной работы – провести анализ variability сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов с разным уровнем двигательной активности; 2) провести математический анализ variability сердечного ритма студентов с разным уровнем двигательной активности с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) определить взаимосвязь уровня двигательной активности и показателей variability сердечного ритма. Регистрацию частоты сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых – от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistica10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента. В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведённого нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели разделение участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН. В первую группу вошли студенты с ИН до 30 у.е. с исходным вегетативным тонусом «ваготония». Такая группа характеризовалась преобладанием парасимпатической вегетативной нервной системой. Коэффициент физической активности составил $1,41 \pm 0,1$ баллов. Вторая группа с индексом напряжения от 31 до 120 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом «нормотония». Такая группа характеризовалась равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатическим и симпатическим отделами. Коэффициент физической активности составил в данной группе студентов $1,73 \pm 0,1$ баллов. Третья группа характеризовалась преобладанием симпатической вегетативной нервной системы с индексом напряжения от 121 до 300 у.е. с исходным вегетативным тонусом «симпатикотония». Для данной группы коэффициент физической активности составил $2,01 \pm 0,1$ баллов. Четвертая группа характеризовалась значительным повышением показателей деятельности симпатической вегетативной нервной системы с индексом напряжения более 301 у.е., с исходным вегетативным тонусом «сверхсимпатикотония». Коэффициент физической активности составил – $2,42 \pm 0,2$ баллов. Выявлено, что среди всего изученного массива студентов (при дифференцировании исходного вегетативного тонуса, рассчитанного по индексу напряжения) «нормотоники» характеризовались оптимальным соотношением между парасимпатическим и симпатическим отделами вегетативной нервной системы. При этом значение коэффициента физической активности у исследованных данной группы определялся на уровне значений $1,73 \pm 0,1$ баллов. Таким образом, для обеспечения адекватного функционирования сердечно-сосудистой системы и для нормальной адаптации к физическим нагрузкам у студентов, необходимо формировать уровень двигательной активности, количественно соответствующий коэффициенту физической активности не ниже 1,75 баллов. Для обеспечения адекватного функционирования

сердечно-сосудистой системы и для нормальной адаптации к физическим нагрузкам у студентов, необходимо формировать уровень двигательной активности, количественно соответствующий коэффициенту физической активности не ниже 1,75.

Список литературы.

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А. // В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.
3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.// В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин И.В.// Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / А.П. Кулаичев. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры вариабельности сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.
7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Бoryчева Ю.П. // Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.
8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. // Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.
9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А. Курс, 2020.– 300 с.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА – ТРИАНГУЛЯРНОГО ИНДЕКСА СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Сердечно-сосудистая система является полифункциональным механизмом, который играет значимую роль на всех структурных уровнях человеческого организма. Одна из её особенностей – изменение функционального состояния вследствие воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов. Причём изменения могут носить молниеносный характер, а могут быть инициированы, и ответной реакции в этом случае можно ожидать только спустя определённый временной промежуток. В связи с этим цель данной работы – провести анализ вариабельности сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов с разным уровнем двигательной активности; 2) провести математический анализ вариабельности сердечного ритма студентов с разным уровнем двигательной активности с помощью современной комплексной

электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) проанализировать триангулярный индекс вариабельности сердечного ритма студентов, с разным уровнем двигательной активности. Регистрацию частоты сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых – от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistical10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента. В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведенного нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели разделение участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН. Для ваготоников, у которых парасимпатический отдел преобладает над симпатическим отделом ВНС, значение триангулярного индекса составило $2,5 \pm 0,1$ у.е. ($p < 0,05$), число сердечных сокращений уменьшается по сравнению с нормотониками, симпатикотониками и гиперсимпатикотониками. Это подтверждает представление о повышении влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Значение триангулярного индекса у нормотоников составило $2,2 \pm 0,1$ у.е. ($p < 0,05$). Данная группа характеризовалась равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатическим и симпатическим отделом, что свидетельствовало о тоне парасимпатического отдела нервной системы. У симпатикотоников, которые характеризовались преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы, показатель данного значения составил $1,9 \pm 0,2$ у.е. ($p < 0,05$). Это подтверждает представление о повышении влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы. У гиперсимпатикотоников значение триангулярного индекса составило $1,1 \pm 0,4$ у.е. ($p < 0,05$). Для данной группы студентов характерно уменьшение наиболее часто встречающего кардиоинтервала среди всего массива. Для ваготоников значение триангулярного индекса составляло $2,5 \pm 0,2$ у.е., что подтверждает представление о повышении влияния ПО ВНС. Значение у нормотоников – $2,2 \pm 0,1$ у.е. Данная группа характеризовалась равновесием между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. У симпатикотоников – $1,9 \pm 0,5$ у.е., что подтверждает представление о повышении влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы. У гиперсимпатикотоников – $1,1 \pm 0,4$ у.е.

Список литературы.

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.

3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.// В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин И.В.// Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / Кулаичев А.П. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры variability сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.
7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Бoryчева Ю.П.// Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.
8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е.// Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.
9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А. Курск, 2020.– 300 с.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА – ВАРИАЦИОННОГО РАЗМАХА СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Ежедневно нас окружает безграничное число различных факторов, влияние которых тем или иным образом отражается на любом биологическом объекте. Этим раздражителям присущи разнообразные характеристики, но их влияние оказывается «замеченным» организмом только если они достигают порогового значения. Тем менее, таких факторов немало как в группе экзогенных, так и в группе эндогенных. И ответная реакция на воздействие таких факторов переопределена благодаря наличию различных, ассоциативных в отношении друг друга, систем [1-5]. У человека, например, к одной их таковых относится сердечно-сосудистая система, параметры и показатели которой будут изменены после или (и) во время воздействия разнообразных раздражителей. И суть этих изменений можно понять, проанализировав отклонения некоторых показателей, выявив ряд закономерностей влияния раздражителя на организм, несмотря на variability проявлений реакций со стороны объекта, подвергавшегося влиянию какого-либо фактора [6-9]. В связи с этим цель данной работы – провести анализ variability сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов с разным уровнем двигательной активности; 2) провести математический анализ variability сердечного ритма студентов с разным уровнем двигательной активности с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) получить и проанализировать числовые значения вариационного размаха полученных на основе

обработки электрокардиограммы. Регистрацию частоту сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых – от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistica10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента. В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрасти до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведенного нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели деление участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН. Вариационный размах отражал суммарный эффект регуляции ритма вегетативной нервной системы, но указывал на максимальную амплитуду колебаний значений R-R-интервалов. Поскольку влияние блуждающих нервов на дыхательные изменения сердечного ритма обычно преобладают над недыхательными его изменениями, обусловленными активностью подкорковых центров, то вариационный размах можно считать показателем, в значительной мере связанным состоянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Наибольший вариационный размах наблюдался у ваготоников - $0,65 \pm 0,02$ сек ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении сократительных функций миокарда и преобладании ваготонического тонуса. В группе нормотоников данное значение составило $0,32 \pm 0,07$ сек ($p < 0,05$), что свидетельствует о тонусе парасимпатического отдела нервной системы и характеризуется преобладанием дыхательных изменений сердечного ритма. Низкие показатели вариационного размаха отмечены у симпатикотоников и гиперсимпатикотоников, $0,22 \pm 0,04$ сек ($p < 0,05$) и $0,12 \pm 0,06$ сек ($p < 0,05$) соответственно, что может являться следствием преобладания недыхательного компонента сердечного ритма и парасимпатического звена. Следовательно, для таких студентов характерна низкая адаптационная возможность, а также низкий уровень врожденных внутренних резервов для поддержания на определенном уровне вегетативного гомеостаза.

Наибольший вариационный размах наблюдался у ваготоников - $0,65 \pm 0,02$ сек, что свидетельствует о снижении сократительных функций миокарда и преобладании ваготонического тонуса. В группе нормотоников – $0,32 \pm 0,07$ сек, что свидетельствует о тонусе ПО ВНС и преобладанием дыхательных изменений сердечного ритма. Низкие показатели вариационного размаха отмечены у симпатикотоников и гиперсимпатикотоников, $0,22 \pm 0,04$ сек и $0,12 \pm 0,06$ сек соответственно, что может являться следствием преобладания недыхательного компонента сердечного ритма и ПО ВНС.

Список литературы.

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.

3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.// В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин И.В.// Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / Кулаичев А.П. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры вариабельности сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.
7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Бoryчева Ю.П.// Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.
8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е.// Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.
9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А. Курск, 2020. – 300 с.

**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА –
АМПЛИТУДЫ МОДЫ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ
Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.**

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Сердечно-сосудистая система является полифункциональным механизмом, который играет значимую роль на всех структурных уровнях человеческого организма. Одна из её особенностей – изменение функционального состояния вследствие воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов. Причём изменения могут носить молниеносный характер, а могут быть инициированы, и ответной реакции в этом случае можно ожидать только спустя определённый временной промежуток [1-4]. Существуют различные методики, позволяющие идентифицировать эти изменения в виде определенных показателей, найти закономерности и сделать конкретный вывод. Это возможно благодаря использованию методик кардиоинтервалометрии, показателей вариабельности сердечного ритма, индекса напряжения, который впервые был введен Р.М. Баевским [5-9]. В связи с этим цель данной работы – провести анализ вариабельности сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов с разным уровнем двигательной активности; 2) провести математический анализ вариабельности сердечного ритма студентов с разным уровнем двигательной активности с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) получить и проанализировать числовые значения амплитуды моды полученных на основе обработки электрокардиограммы. Регистрацию частоты сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых

– от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistical10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента. В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведённого нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели деление участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН. Амплитуда моды – число кардиоинтервалов соответствующих значению (диапазону) моды. Данный показатель отражал стабилизирующий эффект централизации управления ритмом сердца. В основном этот эффект обусловлен влиянием симпатического отдела вегетативной нервной системы. Низкие показатели значения амплитуды моды указывали на преобладание автономного контура регуляции сердечного ритма, а высокие значения – на преобладание центрального контура регуляции. Полученные данные свидетельствуют о том, что самый высокий показатель характерен для гиперсимпатикотоников – $89 \pm 8,4\%$ ($p < 0,01$). Он указывал на то, что в процесс управления сердечным ритмом включается центральный контур регуляции. У ваготоников данный показатель составил $40 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$), а у нормотоников и симпатикотоников $45 \pm 2,1\%$ ($p < 0,001$) и $52 \pm 3,5\%$ ($p < 0,001$) соответственно. Низкие показатели значения амплитуды моды указывали на преобладание автономного контура регуляции. Самый высокий показатель амплитуды моды был характерен для гиперсимпатикотоников – $89 \pm 8,4\%$. У ваготоников этот показатель составил $40 \pm 4,2\%$, а у нормотоников и симпатикотоников $45 \pm 2,1\%$ и $52 \pm 3,5\%$ соответственно. Низкие показатели значения амплитуды моды указывали на преобладание автономного контура регуляции.

Список литературы.

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А. // В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А. // В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.
3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю. // В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, И.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев, А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / А.П. Кулаичев. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры вариабельности сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.

7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Бoryчева Ю.П.// Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.

8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е.// Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.

9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А. Курс, 2020.– 300 с.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА – МОДЫ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – это физиологическое явление, заключающееся в непрерывном изменении длительности кардиоциклов. Анализ ВСР основан на измерении временных интервалов между соседними R-зубцами электрокардиограммы. Математическая обработка ЭКГ позволяет получить ряд временных, спектральных и геометрических показателей, благодаря которым осуществляется объективная оценка состояния вегетативной нервной системы (ВНС), в том числе ее симпатического (СО) и парасимпатического (ПО) отделов. Данный метод позволяет исследовать и оценить механизмы регуляции сердечно-сосудистой системы, а также напряжение регуляторных систем [1-9]. В связи с этим цель данной работы – провести анализ вариабельности сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов; 2) провести математический анализ вариабельности сердечного ритма студентов с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) получить и проанализировать числовые значения – моды. Регистрацию частоты сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых – от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistica10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента.

В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрасти до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный

тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведённого нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели деление участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН. При анализе электрокардиограммы с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5» были получены и проанализированы числовые значения показателя вариабельности сердечного ритма – мода (Mo) у студентов с разным исходным вегетативным статусом. Анализ показал следующую физиологическую картину первичных показателей вариабельности сердечного ритма у студентов, с разным исходным вегетативным статусом. Мода – это диапазон значений наиболее часто встречающихся R-R-интервалов. Она указывала на наиболее вероятный уровень функционирования системы кровообращения и при достаточно стационарных процессах совпадала с математическим ожиданием. У гиперсимпатикотоников значение моды составило $0,76 \pm 0,01$ сек ($p < 0,05$). Данная группа характеризовалась уменьшением наиболее часто встречающегося кардиоинтервала среди всего массива. Для ваготоников, у которых парасимпатический отдел преобладает над симпатическим отделом вегетативной нервной системы, значение данного показателя – $0,88 \pm 0,1$ сек ($p < 0,05$). Число сердечных сокращений уменьшается по сравнению с гиперсимпатикотониками. Значение моды у нормотоников составило $0,82 \pm 0,1$ сек ($p < 0,05$). Они характеризовались равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатическим и симпатическим отделом, что свидетельствовало о тоне парасимпатического отдела нервной системы. Расстояние между кардиоинтервалами меньше, чем у ваготоников, на 0,06 сек и больше, чем у гиперсимпатикотоников и симпатикотоников, на 0,06 сек и 0,03 сек соответственно. У симпатикотоников, которая характеризовалась преобладанием симпатической вегетативной нервной системы над парасимпатической, показатель данного значения составил $0,79 \pm 0,1$ сек ($p < 0,05$). У гиперсимпатикотоников значение моды составило $0,76 \pm 0,01$ сек – уменьшением наиболее часто встречающегося кардиоинтервала среди всего массива. Для ваготоников, у которых преобладает парасимпатический отдел, значение составило $0,88 \pm 0,1$ сек. Значение моды у нормотоников составило $0,82 \pm 0,1$ сек – равновесием между симпатической и парасимпатической нервной системой. У симпатикотоников, которые характеризовались преобладанием симпатической вегетативной нервной системы – $0,79 \pm 0,1$ сек.

Список литературы.

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.
3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.// В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин И.В.// Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / Кулаичев А.П. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры вариабельности сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.
7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Борычева Ю.П.// Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.

8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е.// Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.

9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А. Курск, 2020. – 300 с.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У СТУДЕНТОВ

Емельянова А.С., Симонян Л.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П.А. Костычева
Государственный социально-гуманитарный университет, г. Москва

Физические нагрузки играют важную роль в развитии функциональных резервов организма, а уровень двигательной активности определяет их количественный эквивалент [1-4]. В работах Доронцева А.В. и Козлятникова О.А, отмечается, что установлена взаимосвязь между показателями физического развития, физической подготовленности и состоянием здоровья обучающихся [5-7]. В то же время тренировочная деятельность параллельно с учебными нагрузками предъявляет повышенные требования к функциональным резервам организма. Физические нагрузки, могут вызвать целый ряд изменений в функциональных системах гомеостатического уровня, изменить регуляторно-адаптивный статус организма, предопределяя настоящий и дальнейший ход адаптации [8-9]. В связи с этим цель данной работы – провести анализ вариабельности сердечного ритма у студентов с учётом уровня двигательной активности. Задачи данной работы заключаются в следующем: 1) провести регистрацию ЭКГ у студентов; 2) провести математический анализ вариабельности сердечного ритма студентов с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5»; 3) установить исходный вегетативный тонус на основе индекса напряжения у студентов; 4) получить и проанализировать частоту сердечных сокращений, полученных на основе обработки электрокардиограммы. Регистрацию частоту сердечных сокращений и ЭКГ проводили в покое у студентов. На добровольной основе были обследованы 100 студентов, из них 31 девушка и 69 юношей. Возраст обследуемых – от 18 до 22 лет. На момент обследования учащиеся не предъявляли жалоб и не имели в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы. Запись ЭКГ проводилась с помощью комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5», с последующей компьютерной обработкой данных в Microsoft Excel 2007 программный пакет для статистического анализа Statistical10. Для оценки достоверности отличий использовали t-критерий Стьюдента. В ходе анализа ЭКГ были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений, мода, амплитуда моды и вариационный размах. Градация числовых значений индекса напряжения была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведённого нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели деление участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип

ИН. При анализе электрокардиограммы с помощью современной комплексной электрофизиологической лаборатории «CONAN – 4.5» была установлена частота сердечных сокращений у студентов с разным исходным вегетативным статусом. В первую группу вошли студенты с индексом напряжения до 30 у.е. с исходным вегетативным тонусом «ваготония». Такая группа характеризовалась преобладанием парасимпатической вегетативной нервной системы. Количество студентов данной группы составило 10 человек (10% от общего числа участников). Показатель ЧСС варьировался в диапазоне $65 \pm 0,13$ уд/мин ($p < 0,001$). Вторая группа составила 22 студента, с индексом напряжения от 31 до 120 у.е. с исходным вегетативным тонусом «нормотония». Данную группу составили 22% от общего количества исследуемых студентов. Они характеризовались равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатическим и симпатическим отделом, что свидетельствовало о тоне парасимпатического отдела нервной системы и преобладанием дыхательных изменений сердечного ритма. ЧСС у данной группы находилась в диапазоне $70 \pm 0,21$ уд/мин ($p < 0,001$) – нормокардия. Третья группа характеризовалась преобладанием симпатической части вегетативной нервной системы с индексом напряжения от 121 до 300 у.е. с исходным вегетативным тонусом «симпатикотония». В данной группе количество студентов составило 63 человека, то есть 63 % от общего числа участников. усреднённая ЧСС также отличалась от предыдущих групп – $73 \pm 0,16$ уд/мин ($p < 0,001$) и соответствовала нормокардии. Четвертая группа характеризовалась значительным повышением показателей деятельности симпатической вегетативной нервной системы с индексом напряжения более 301 у.е., с исходным вегетативным тонусом «сверхсимпатикотония». В данной группе количество студентов составило всего 5 испытуемых, то есть 5 % от общего количества. Диапазон ЧСС составил $80 \pm 0,27$ уд/мин ($p < 0,001$), вид аритмии – тахикардия. В результате исследований испытуемые студенты разделились на четыре подгруппы: в первую подгруппу с исходным вегетативным тонусом – ваготония вошли 10 человек, во вторую с предполагаемым исходным вегетативным тонусом – нормотония – 22 студента, в третью подгруппу с исходным вегетативным тонусом – симпатикотония – 63 студента, а в четвертую с исходным вегетативным тонусом – гиперсимпатикотония – 5 человек.

Список литературы.ц

1. Степура Е.Е. Анализ первичных показателей вариационных пульсограмм у студентов / Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А. // В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 824-826.
2. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.// В сборнике: Неделя науки. – 2019. – С. 780-782.
3. Степура Е.Е. Анализ взаимосвязи индекса напряжения с числом сердечных сокращений у студентов / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.// В сборнике: Неделя науки – 2019. – С. 782-784.
4. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин И.В.// Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
5. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / Кулаичев А.П. – Москва, 2007 - 640 с.
6. Емельянова А.С. Параметры variability сердечного ритма коров джерсейской породы / Емельянова А.С., Степура Е.Е. – Рязань, 2017. - 173 с.
7. Степура Е.Е. Анализ вариационных пульсограмм у коров джерсейской породы с разным исходным вегетативным тонусом / Емельянова А.С., Степура Е.Е., Борячева Ю.П.// Вестник РГАТУ им. П.А. Костычева. – 2017. – № 2 (34). – С. 126-129.
8. Степура Е.Е. Анализ исходного вегетативного тонуса на основе индекса напряжения регуляторных систем крупного рогатого скота джерсейской породы /

Емельянова А.С., Степура Е.Е.// Естественные и технические науки. – 2017. – № 6 (108). – С. 24-27.

9. Наумов М.М. Клиническая электрофизиология животных / Наумов М.М., Емельянова А.С., Наумов Н.М., Степура Е.Е., Брусенцев И.А.. Курск, 2020.– 300 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Завьялова О.А., Абаленихина Ю.В.

Рязанский государственный медицинский университет

Под окислительным стрессом понимают состояние, при котором в организме образуется достаточно высокое количество свободных радикалов. В условиях абсолютного здоровья их внутриклеточное содержание поддерживается на низком уровне различными системами организма – участниками редокс-гомеостаза, таким образом, окислительный стресс может быть рассмотрен как дисбаланс между про- и антиоксидантными системами [1, 3]. В организме при различных патологиях увеличивается количество свободных радикалов, что связано с изменением различных микро- и макромолекул при действии неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды. В настоящее время установлено, что при развитии любой патологии свободные радикалы играют решающую роль в течении заболевания, его разрешении, а также развитии возможных осложнений, они повреждают белки, липиды, изменяя свойства различных органелл клетки, в состав которых они входят [6]. В России ежегодно увеличивается количество случаев заболеваемости различными болезнями почек и мочевыводящих путей. Согласно данным статистики в 2003 году число заболевших составило 1 023 659 человек, а в 2013 году – 2 244 069, таким образом за 10 лет прирост составил 108,8%. Из этого числа 31% приходится на хроническую или острую форму гломерулонефрита. В развитии этой патологии также важную роль играет окислительный стресс, образуется характерный для данного заболевания количественный и качественный состав изменений, который можно определить и в последующем регулировать [9].

Пациент К. 05.02.2020 поступил в плановом порядке в ГБУ РО ГКБ №11 г. Рязани с диагнозом: хронический гломерулонефрит, нефротическая форма. В анамнезе: перенесенные в детстве множественные стафилококковые ангины. Обострение болезни проявилось внезапно после переохлаждения на фоне большой физической нагрузки. По данным морфологического исследования выявлены мембранозная нефропатия, острый канальцевый некроз. Пациент жалуется на тяжесть в поясничной области. В ходе объективного исследования выявлено наличие отеков голеней и стоп, при пальпации почки безболезненны, не пальпируются. В анализе мочи: реакция мочи – кислая, плотность мочи – 1015 г/л, протеинурия до 9,9 г/д. При посеве мочи КОЕ не выявлено. По данным УЗИ контуры почек нечеткие. Rs: 138*70 мм, ТСП 22-23 мм. Эхогенность паренхиматозного слоя повышена. ЧЛС не расширена с обеих сторон. Конкременты с средней трети размером 4 мм. В анализе крови общий белок – 38-43 г/л, креатинин – 142 мкмоль/л. Свободные радикалы генерируют процесс перекисного окисления липидов в организме, продукты которого образуют с тиобарбитуровой кислотой (ТБК) окрашенный комплекс, экстрагируемый бутанолом, являющийся маркером повреждения липидов [1, 2]. При определении ТБК – реактивных продуктов у пациента в сыворотке крови использовали коммерческий набор «ТБК Агат», Россия. Оптическую плотность определяли при длинах волн 535 и 570 нм на спектрофотометре СФ-2000 (Санкт-

Петербург). Концентрацию карбонильных производных белков в сыворотке крови определяли деривацией карбонильных групп белка 2,4-динитрофенилгидразином (DNPH), приводящей к образованию стабильных аддуктов динитрофенилгидразона (DNP), которые регистрировали спектрофотометрически при 375 нм на микропланшетном анализаторе StatFax 3200 (AwarenessTechnology, США), пропорционально присутствующим карбонилам [3, 4]. Показатели ТБК-реактивных продуктов составили 5,034 е.о.п./ г белка, что значительно выше нормального значения ($1,12 \pm 0,32$ е.о.п./ г белка). Концентрация карбонильных производных белков у доноров, пациентов с мембранозной нефропатией и фокально-сегментарным гломерулосклерозом ($M \pm S$). Уровень карбонильных производных белков, е.о.п./г белка - 57,89 АДНФГ, е.о.п./г белка - 21,04 КДНФГ, е.о.п./г белка - 36,85 Доля первичных маркеров, % - 63,66 Доля вторичных маркеров, % - 36,34 1. При хроническом гломерулонефрите с нефротическим синдромом наблюдается усугубление показателей окислительного стресса как белковой так и липидной природы в сыворотке крови. 2. Значения исследуемых нами параметров указывают на усугубление клинической картины заболевания, что подтверждается данными увеличения вторичных производных белков.

Список литературы.

1. Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток (жизнь и смерть, созидание и разрушение). Физиологические и клинко-биологические аспекты [Текст]/ Дубинина Е.Е. – Санкт-Петербург: Изд-во «Медицинская пресса», 2006. – 400 с.
2. Лушак В.И. Свободнорадикальное окисление белков и его связь с фнкциональным состоянием организма [Текст]/ Лушак В.И.// Биохимия. – 2007. – Т.72, вып. 8. – С. 995-1017.
3. Свидетельство №2020611566 РФ. Программа определенияуровня карбонильных производных белков и резервно-адаптационного потенциала в норме и при патологии / Абаленихин А.А., Абаленихина Ю.В., Груздев Е.Е. // Ряз.гос.мед.ун-т им. И.П. Павлова. – 2020610592; заявл. 27.01.2020; опубли. 04.02.2020.
4. Токсикологические последствия окислительной модификации белков при различных патологических состояниях [Текст] / Губский Ю.И. [и др.] // Совр. пробл. токсикологии.- 2005. – Т.8, №3. – С. 20-27.
5. Фомина М.А. Способы комплексной оценки содержания продуктов окислительной модификации белков в тканях и биологических жидкостях: методические рекомендации / Фомина М.А., Абаленихина Ю.В.; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2014. – 60 с. .

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СВЯЗЕЙ У ПАЦИЕНТОВ В
БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Зигмантович А.С., Окнина Л.Б., Копачка М.М., Машеров Е.Л., Александрова Е.В.,
Зайцев О.С.**

Институт Высшей Нервной Деятельности и Нейрофизиологии РАН

Тяжелая черепно-мозговая травма (тЧМТ) представляет серьезную проблему для здоровья и является одной из основных причин высокой смертности и инвалидности во всем мире. Развитие терапии лечения пациентов с тЧМТ привело к формированию определенных подходов реабилитации. Важным аспектом при этом является необходимость точной диагностики степени тяжести повреждения головного мозга и прогностическая оценка на дальнейшее восстановление, что в свою очередь является

основополагающим в принятии решений о правильном лечении. Бессознательные состояния травматического генеза классифицируются на синдромом ареактивного бодрствования (unresponsive wakefulness syndrome, UWS) и на состояние минимального сознания (minimally conscious state, MCS). Оценка состояния пациентов при этом преимущественно основывается на клиническом анализе врача-невролога при использовании различных поведенческих шкал (шкалы комы Глазго, восстановления после комы и др.), проверке рефлексов ствола мозга и поз тела. В данном случае основной проблемой с такими пациентами является то, что поставленный таким образом клинический диагноз (полностью базирующийся на поведении пациента) может быть неточным и, как показывает статистика, ошибочным до 40% случаев. При этом дополнительные нейрофизиологические исследования (ЭЭГ, ВП, фМРТ и др.) способны дать дополнительную информацию о состоянии пациента, причем не только в состоянии resting state (спокойного бодрствования), но и при различных функциональных нагрузках (одбол-парадигма, прослушивание музыкальных стимулов, ТМС и др.). Стоит отметить, что данная работа направлена на определение нейрофизиологических особенностей, а именно функциональных связей сетей, характерных для разных бессознательных состояний. Для определения функциональных связей в данной работе использовали вейвлет-анализ, анализ нелинейной причинности по Грейнджеру, корреляционный анализ, которые способны показать изменения в фоновых записях и при прослушивании слуховых стимулов. Всего были зарегистрированы и проанализированы биоэлектрические потенциалы у 31 пациента с тЧМТ. 11 из них находились в UWS, 20 - в MCS. Регистрация биоэлектрических потенциалов проводилась на оборудовании фирмы Нейроботикс (Россия) от 32 электродов, расположенных по системе 10-10%. Для стимульной презентации использовали отрывки песен, то есть помимо музыки присутствовала и речь. Звуковая последовательность состояла из 6 мелодий, число повторений одного отрывка – 11 раз, длительность предъявления каждого – 4 с. Стимулы подавались бинаурально. Стимуляция могла быть остановлена. При этом критерием для остановки было появление эпилептиформной активности на ЭЭГ с тенденцией к ее генерализации. К анализу принимались записи, включающие не менее 30 стимулов. Далее по всем стимулам проводилось усреднение с построением аналога ВП. Для анализа фоновых записей псевдослучайным образом расставлялись 30 меток на безартефактных участках ЭЭГ. В дальнейшем анализе также проводили усреднение по всем меткам с построением аналога ВП. Эпоха анализа ответов составляла 600 мс от подачи стимула или метки на фоновой записи. Для определения функциональных связей использовали вейвлет-анализ (Brain Connections (Россия)), причинность по Грейнджеру и корреляционный анализ (Brainstorm на базе MATLAB). Контрольная группа состояла из 10 здоровых испытуемых. По данным вейвлет-анализа при спокойном бодрствовании было выявлено, что для пациентов в UWS значения вейвлет-связей снижены относительно нормы, тогда как у пациентов в MCS - усилены. При спокойном бодрствовании по t-критерию Стьюдента на основе данных анализа по Грейнджеру, корреляционного анализа было получено, что для пациентов в MCS в состоянии покоя характерно наличие межполушарных, а также затылочно-лобных связей, при этом данные связи не наблюдались у пациентов в UWS. При прослушивании стимулов для пациентов в MCS были выявлены связи в обоих полушариях, тогда как для пациентов в UWS выделялись связи только в одном полушарии, левом. Полученные данные позволяют предположить, что у пациентов в MCS остаются функционально-сохранными такие функциональные сети как слуховая, латеральные лобно-теменные, которые участвуют в обработке музыкальной и языковой информации. При этом можно предположить, что наличие межполушарных функциональных связей у пациентов с MCS отражает разные этапы переработки слуховой и, в частности, речевой информации. Полученные особенности функциональных связей у пациентов в бессознательных состояниях травматического генеза позволяют

разделять синдромы UWS и MCS с высокой степенью достоверности. Полученные данные в дальнейшем могут быть использованы в дополнении с клинической оценкой врача-невролога для уточнения патологического диагноза пациентов с тЧМТ для снижения риска постановки ошибочного диагноза.

Список литературы.

1. Giacino J. T., Fins J. J., Laureys S., Schiff N. D. (2014). Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science. *Nature Reviews Neurology*, 10(2), 99.
2. Schnakers C., Vanhaudenhuyse A., Giacino J., Ventura M., Boly M., Majerus S., Moonen G., Laureys S. (2009). Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC neurology*, 9(1), 35.
3. Caplan B., Bogner J., Brenner L., Hauger S. L., Schanke A. K., Andersson S., Løvstad M. (2017). The clinical diagnostic utility of electrophysiological techniques in assessment of patients with disorders of consciousness following acquired brain injury: a systematic review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(3), 185-196.
4. Niazy R. K., Cole D. M., Beckmann C. F., Smith S. M. (2015). Resting-state networks. In *fMRI: From Nuclear Spins to Brain Functions* (pp. 387-425). Springer, Boston, MA.
5. Романов А. С., Шарова Е. В., Кузнецова О. А., Окнина Л. Б., Волынский П. Е., Щекутев Г. А. (2010). Возможности метода вейвлет-синхронизации в оценке длиннolatентных компонентов акустического вызванного потенциала здорового человека. *Журн. высш. нерн. деят.*, 60(6), 777-783.

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АНТИСМЫСЛОВЫХ ОЛИГОНУКЛЕОТИДОВ С МОДИФИКАЦИЕЙ LNA ПРИ КОРРЕКЦИИ СПЛАЙСИНГА ТРАНСКРИПТА ГЕНА SMN2 В ФИБРОБЛАСТАХ ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ

Ильина А. В., Маретина М. А., Крылова Н. В.

Санкт-Петербургский государственный университет

Спинальная мышечная атрофия (СМА) — аутосомно-рецессивное нейродегенеративное заболевание, поражающее альфа-мотонейроны передних рогов спинного мозга. В результате развивается прогрессирующая мышечная слабость, приводящая к параличу туловища и конечностей и смерти вследствие развития дыхательной недостаточности [3]. Генетической основой заболевания являются мутации в гене SMN1. У данного гена есть высокгомологичный паралог — ген SMN2, который отличается от SMN1 10 синонимичными заменами и 5-нуклеотидными вставками [5]. По причине замены в 7 экзоне гена SMN2 производится только 10% полноразмерных транскриптов [1]. Одним из перспективных подходов к терапии СМА является воздействие на сплайсинг гена SMN2 антисмысловыми олигонуклеотидами (АСО).

Целью данного исследования является оценка эффективности АСО с модификацией LNA (АСО-LNA) в увеличении доли полноразмерного транскрипта гена SMN2 на модели фибробластов пациентов со СМА методом полуколичественной ПЦР с обратной транскрипцией. Тестировали эффективность разработанных АСО-LNA и проводили сравнение с разработанными ранее метильными АСО. Эксперименты проводили на клеточной модели заболевания — фибробластах, полученных от пациентов со СМА. Использовали ПЦР с обратной транскрипцией и последующим электрофоретическим разделением проб в полиакриламидном геле. Обработка результатов производилась в программе Image J. Статистическая оценка была проведена с применением теста Манна-Уитни. Тест на токсичность производили при помощи реагента AlamarBlue.

По итогам проведенной работы установлено, что все АСО- LNA оказались нетоксичными для клеток. Показано, что АСО с модификацией LNA способны проявлять терапевтический эффект в повышении доли полноразмерных транскриптов гена SMN2. К таким же результатам пришел в своих исследованиях Touznik [4]. Кроме того, для АСО F8 с модификацией LNA был выявлен терапевтический эффект, которого ранее не наблюдали у АСО с метильной модификацией как в наших экспериментах, так и в экспериментах Singh [2].

Таким образом, изучение свойств модификаций АСО является важным при разработке подходов к терапии. Разработанные АСО-LNA являются эффективными в увеличении доли полноразмерного транскрипта SMN и могут лечь в основу разработки подходов к терапии СМА.

Список литературы.

1. Shababi, J. G. Combination of SMN Trans-Splicing and a Neurotrophic Factor Increases the Life Span and Body Mass in a Severe Model of Spinal Muscular Atrophy Monir /J. G.Shababi, C. L.Lorson// Human gene therapy. - 2011. -V 22.- P.135–144.
2. Singh, N.N. A short antisense oligonucleotide masking a unique intronic motif prevents skipping of a critical exon in spinal muscular atrophy/N.N.Singh,M.Shishimorova, L.C.Cao, L.Gangwani, R.N. Singh // RNA Biology. -2009. -V. 6, -№. 3, -P. 341-350.
3. SivanesanS.Antisense oligonucleotide mediated therapy of spinal muscular atrophy/ S.Sivanesan, M. Howell , C. DiDonato,R. Singh // Translational neuroscience. - 2013. - V. 4. -P. 1-7.
4. Touznik A.LNA/DNA mixmer-based antisense oligonucleotides correct alternative splicing of the SMN2 gene and restore SMN protein expression in type 1 SMA fibroblasts/A. Touznik, R.Maruyama, K.Hosoki, Y.Echigoya, T. Yokota // Scientific Reports. - 2017. - V. 7. - № 1.
5. Wu X. A-44G transition in SMN2 intron 6 protects patients with spinal muscular atrophy/X. Wu,S.Wang, J.Sun, A. R.Krainer, Y.Hua, T. W. Prior // Human molecular genetics. - 2017. -V. 26. -№ 14. -P. 2768-2780.

ПИК Е – МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ СЛУХОВЫХ СТРУКТУР СРЕДНЕГО МОЗГА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ МОНИТОРИНГЕ

**Канцерова А.О., Окнина Л.Б., Машеров Е.Л., Подлепич В.В., Вологодина Я.О.,
Ланге А.М., Пицхелаури Д.И.**

Институт Высшей Нервной Деятельности и Нейрофизиологии РАН

При травмах и операциях на стволе мозга довольно часто встаёт вопрос о функциональной сохранности слуховых структур среднего мозга. Акустические стволовые потенциалы, записываемые со скальпа, отражают лишь проведение слухового сигнала в кору больших полушарий (Eggermont, 2019). Однако исследования, проводимые на животных, показывают, что слуховые структуры среднего мозга способны не только проводить нервные импульсы в вышележащие структуры, но и осуществлять первичную обработку слуховой информации (Akimov, et al., 2017, Kopp-Scheinpflug, et al., 2018). Этот факт показывает необходимость разработки безопасных и доступных методов оценки способностей слуховых структур среднего мозга обрабатывать слуховые сигналы.

Для выявления и идентификации активности среднего мозга у человека в настоящей работе была проведена регистрация и анализ слуховых вызванных потенциалов (ВП) у пациентов, которые получали хирургическое лечение опухоли четвёртого желудочка, расположенной в непосредственной близости к водопроводу мозга, или опухоли

собственно ствола мозга. В дооперационном периоде все пациенты проходили полное клиническое обследование и давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Все участвовавшие в исследовании пациенты не имели патологий слуховой системы, а также были чётко ориентированы в месте, времени и пространстве и не имели психических отклонений. После этапа удаления опухоли в водопровод мозга устанавливался глубинный электрод с круглым поперечным сечением 2,7 мм в диаметре и 3 кольцевыми контактами. Такой диаметр обеспечивал плотное прилегание глубинного электрода к стенкам водопровода. Из трёх кольцевых контактов два наиболее дистальных располагались в просвете водопровода и были регистрирующими, а самый проксимальный находился в четвертом желудочке, был референтным для двух других кольцевых контактов и закрывался ватой для предотвращения прямого электрического контакта со структурами верхних отделов четвёртого желудочка. Ширина каждого кольцевого контакта составляла 3 мм, расстояние между двумя соседними контактами – 6,5 мм, а между центрами двух соседних контактов – 9,5 мм. Для регистрации ВП пациентам через наушники одновременно на оба уха предъявлялись простые тоны различной частоты (600, 800, 1000, 2000 и 4000 Гц) и длительности (80, 90, 100 мс) в псевдослучайном порядке и с одинаковой вероятностью появления – по 25 тонов каждой частоты – для исключения привыкания и когнитивного ответа на редкие стимулы. Отдельным каналом одновременно с регистрацией биопотенциалов проводилась запись электрограммы звуковых стимулов, на которой фиксировался ток, подаваемый в наушники при звуковой стимуляции. Электрограмма позволяла с высокой точностью оценить время появления компонентов ВП относительно начала и конца звуковых стимулов. На полученных ВП выделялся высокоамплитудный длиннотентный пик с широким основанием, который не был ранее описан в литературе – пик Е (от англ. end - «конец»). Было проведено сравнение латентностей пика Е, зарегистрированного в ответ на стимулы разной длительности и частоты, при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни. В результате получены статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) только в ответ на стимулы разной длительности. Это означает, что пик Е отражает реакцию мозга на конец звука. Для установления местоположения источника компонента Е было проведено сравнение амплитуд пиков Е, зарегистрированных на ростральном и каудальном контактах. Полученные данные указывают, с одной стороны, на изменение положения контактов глубинного электрода относительно структур среднего мозга у разных пациентов, а с другой стороны, на расположение источника генерации пика Е между двумя контактами. Таким образом, нами было показано, что средний мозг реагирует на конец звукового стимула генерацией пика Е. Пик Е является нейрофизиологическим маркером функциональной активности слуховых структур среднего мозга.

Список литературы.

1. Akimov, A. G., Egorova, M. A., Ehret, G., 2017. Spectral summation and facilitation in on- and off-responses for optimized representation of communication calls in mouse inferior colliculus. *The European journal of neuroscience*, 45(3), 440–459. <https://doi.org/10.1111/ejn.13488>
2. Eggermont J. J., 2019. Auditory brainstem response. *Handbook of clinical neurology*, 160, 451–464. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64032-1.00030-8>
3. Kopp-Scheinpflug, C., Sinclair, J. L., Linden, J. F., 2018. When Sound Stops: Offset Responses in the Auditory System. *Trends in neurosciences*, 41(10), 712–728. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.08.009>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ СКЕЛЕТА ГРУДНОЙ КОНЕЧНОСТИ ДИКИХ КОШАЧЬИХ

Каюмова Э.И., Хватов В.А.

Санкт-Петербургский государственный университет ветеринарной медицины

Лев и пума – дикие животные, относящиеся к семейству кошачьих. Лев считается одним из самых крупных представителей семейства, однако пума несильно уступает по своим размерам. На сегодняшний день одомашнивание диких животных набирает популярность, помимо того, что кошачьи частые жители зоопарков и цирков. Проанализировав библиографические данные, мы встретили описание скелета грудной конечности сельскохозяйственных животных, домашних кошачьих и некоторых видов диких животных, но материала по анатомии костей скелета льва и пумы было практически не обнаружено. Целью нашего исследования было выявить видовые особенности в строении и морфометрии грудной конечности льва и пумы с помощью измерительного и сравнительного методов.

Материалом для исследования послужили 3 скелета грудных конечностей льва и пумы. Линейные параметры костей определяли с помощью электронного штангенциркуля модели «Таторprofessional» с ценой деления 0,05 мм, производства США. Статистическую обработку полученных данных проводили путём определения выборочной средней величины. Скелет грудной конечности у изучаемых животных представлена поясом грудной конечности, в который входит лопатка, и скелетом свободной грудной конечности, а именно плечевой костью, костями предплечья и кистью [1]. Общая длина грудной конечности льва составила $70 \pm 0,7$ см, у пумы – $63,0 \pm 0,68$ см. Лопатка обоих животных направлена краниовентрально и дорсокаудально [1]. Длина лопатки льва от дорсального края до суставной впадины – $21,5 \pm 0,30$ см, ширина – $13,0 \pm 0,10$ см. У пумы эти показатели значительно меньше: длина – $15,0 \pm 0,12$ см, ширина – $9,5 \pm 0,09$ см. Латеральную поверхность лопатки делит ость, длина которой у льва составила – $19,0 \pm 0,2$ см, у пумы – $15,0 \pm 0,12$ см. Примечательно, что ость лопатки льва уступает в длине самой лопатке, в то время как у пумы эти величины равны. На ости лопатки в дистальной части располагается ярко выраженный бугор ости, у льва он больше – $2,0 \pm 0,02$ см, у пумы – $1,5 \pm 0,01$ см. Дистально ость заканчивается акромионом [1,2], хорошо развитым у обоих хищников, его длина составила $2,0 \pm 0,03$ см. На латеральной поверхности различают две ямки – предостную и заостную [1,2]. Площадь, занимаемая заостной, чуть больше, чем предостной, эта тенденция обнаружена как у льва, так и у пумы. Размеры предостной ямки у льва и пумы равна $5,5 \pm 0,06$ см и $4,7 \pm 0,05$ см соответственно, заостной – $6,5 \pm 0,07$ см и $5,2 \pm 0,04$ см. Толщина лопатки льва с краниального края равна $0,32 \pm 0,003$ см с каудального – $1,22 \pm 0,02$ см. Толщина лопатки пумы с краниального края – $0,25 \pm 0,002$ см, с каудального – $0,73 \pm 0,008$ см. Исходя из этих данных, можно сделать вывод о том, что у льва каудальный край намного массивнее краниального, тогда как у пумы эта разница выражена меньше. Средняя длина плечевой кости льва – $26,0 \pm 0,30$ см, диаметр – $2,7 \pm 0,03$ см. У пумы плечевая кость короче, ее длина составляет $20,0 \pm 0,20$ см, а диаметр – $2,9 \pm 0,03$ см. Предплечье льва и пумы состоит из лучевой и локтевой костей, подвижно сросшихся друг с другом [1]. Величина межкостного пространства льва увеличивается в дистальном направлении: на проксимальном конце она составила – $0,5 \pm 0,005$ см, в середине – $1,0 \pm 0,01$ см и на дистальном конце – $1,5 \pm 0,02$ см. Подобная закономерность обнаружилась и у пумы: в проксимальной части величина межкостной щели составила $0,5 \pm 0,005$ см, а в средней и дистальной – $1,0 \pm 0,01$ см. Средняя длина лучевой кости льва составила $24,0 \pm 0,30$ см, локтевой – $29,8 \pm 0,31$ см. Диаметр лучевой кости – $1,5 \pm 0,02$ см, локтевой – $1,9 \pm 0,03$ см. Средняя длина лучевой кости у пумы – $18,0 \pm 0,20$ см, локтевой – $22,0 \pm 0,21$ см. Диаметр лучевой кости – $1,01 \pm 0,01$ см, локтевой – $1,35 \pm 0,02$ см. У льва локтевая кость значительно превосходит по размерам лучевую, у пумы же разница не

столь существенна. Пястные кости имеют характерную видовую особенность – самые длинные 3 и 4 кости [1], их длина у льва одинакова и составила $9,0\pm 0,1$ см, у пумы они незначительно отличаются: 3 кость – $7,0\pm 0,07$ см, 4 – $6,40\pm 0,06$ см. Вторая и пятая пястные кости короче, их длина составила $8,3\pm 0,09$ см и $7,2\pm 0,06$ см у льва, $6,4\pm 0,07$ см и $4,9\pm 0,05$ см у пумы. Первая пястная кость самая короткая, её длина у льва – $3,1\pm 0,02$ см, у пумы – $1,9\pm 0,02$ см. Средний диаметр костей пясти льва – $1,15\pm 0,02$ см, пумы – $0,7\pm 0,06$ см. Кости пальцев состоят из трёх фаланг – проксимальной, средней и дистальной (когтевой), за исключением первого пальца, состоящего из двух – проксимальной и когтевой [1,2]. Средняя длина проксимальных фаланг льва составила $2,7\pm 0,03$ см, средних – $2,3\pm 0,02$ см. Средний диаметр проксимальных фаланг – $0,91\pm 0,01$ см, средних – $0,68\pm 0,07$ см. Средняя длина проксимальных фаланг пумы – $2,5\pm 0,02$ см, средних – $2,11\pm 0,02$ см. Средний диаметр проксимальных фаланг – $0,73\pm 0,06$ см, средних – $0,53\pm 0,04$ см. В результате проведённого исследования были выявлены некоторые видовые особенности в строении грудной конечности льва и пумы, а также определены морфометрические показатели. По полученным данным можно судить о том, что грудная конечность льва превосходит по размерам грудную конечность пумы, что можно использовать в определении видовой принадлежности. Результаты исследования могут быть использованы морфологами, анатомами, а также ветеринарными специалистами, как теоретическая база анатомии скелета грудной конечности льва и пумы в сравнительном аспекте.

Список литературы.

1.Зеленевский Н.В. Анатомия рыси евразийской / Зеленевский Н.В., Щипакин М.В., Зеленевский К.Н., Прусаков А.В., Вирунен С.В., Былинская Д.С., Шедько В.В., Васильев Д.В., Чуркина Е.О.// НЧОУ ВПО "Национальный открытый институт г. Санкт-Петербург". - Том. 1. (остеология, артрология, ангиология) – СПб: Информационно-консалтинговый центр, 2015. – 166 С.

2.Зеленевский Н. В. Международная ветеринарная анатомическая номенклатура. Пятая редакция / Н.В. Зеленевский // – Санкт-Петербург: Лань, 2013 – С. 400.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР У КОШЕК ПЕРЕД ПЛАНОВЫМИ ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Кожуров М.С., Козицына А.И.

Санкт-Петербургский государственный университет ветеринарной медицины

Для оказания квалифицированной помощи в ветеринарной медицине необходимо проводить плановые скрининговые исследования систем органов, чтобы более полно оценить состояние пациента и на ранних стадиях выявить наиболее опасные патологии, которые могут привести к осложнениям во время и после оперативного вмешательства. [1] Для качественного выбора анестезиологического сопровождения важными являются исследования респираторной и сердечно-сосудистой системы. [2, 3] Первоначальным этапом мониторинга дыхательной и сердечно-сосудистых систем можно считать физикальный осмотр пациента. Со стороны сердечно-сосудистой системы первым делом просматриваются видимые слизистые оболочки, цвет которых может многое рассказать о состоянии пациента. Нормальным считается розовый или бледно-розовый цвет слизистых. а. Гиперемизированные (красный цвет) слизистые оболочки могут говорить о расширении сосудов под действием каких-либо препаратов, при патологических состояниях таких, как сепсис или тепловой удар. Покраснение слизистых может наблюдаться при токсическом действии цианидов или угарного газа. Также покраснение свидетельствует о повышенном

обмене веществ, вследствие, например гипертермии, гипертиреоза, гипертензии. b. Бледные слизистые оболочки (анемичные) говорят о вазоконстрикции периферических сосудов или же об анемии. c. Синюшные слизистые оболочки (цианоз) свидетельствуют о плохой оксигенации гемоглобина крови. Различают центральный цианоз (гипоксия) и периферический (ишемия). d. Иктеричные слизистые оболочки (желтые) говорят о нарушениях работы печени или желчных протоках. [4] Скорость наполнения капилляров (СНК) - это время, которое требуется капилляру, чтобы наполниться кровью, после того как кровь была вытолкнута из него нажатием пальца. Нормальная скорость наполнения 1,5-2 секунды. При сужении сосудов будет наблюдаться медленное наполнение капилляров, что может свидетельствовать о гиповолемии, гипотермии, плохом сердечном выбросе, боли и введением сосудосуживающих препаратов. *измерение сердечного выброса не применяют в ветеринарной практике. [5] При низкой частоте сердечных сокращений (ЧСС) снижается сердечный выброс – количество крови, выбрасываемой желудочками. Это свидетельствует о брадикардии, гипотензии (снижение АД) и малой перфузии (кровоснабжение органов). При тахикардии сердце не успевает наполняться кровью, следовательно, снижается сердечный выброс. Короткие многочисленные диастолы мешают нормальной перфузии коронарных артерий, т.е. нарушается питание миокарда. Со стороны дыхательной системы физикальный осмотр подразумевает аускультацию (гортани, бронхов и самих легких), оценку частоты, ритмичности дыхания. В норме СДД 15-30 дыхательных движений в минуту. Сама по себе СДД не имеет особого значения, но ее изменение может свидетельствовать о нарушении в дыхательном центре ГМ. Удлиненный вдох может указывать на заболевание верхних дыхательных путей. Удлиненный выдох может указывать на заболевание нижних дыхательных путей. Усиленные дыхательные усилия могут указывать на гипервентиляцию или затрудненное дыхание. [5]

В представленном исследовании был проведен предоперационный осмотр у 10 кошек перед плановыми операциями (кастрация). Средний возраст кошек составлял $12,72 \pm 6,87$ мес, средний вес $3,53 \pm 0,78$ кг. Каждому животному проведен клинический осмотр и термометрия. Среднее значение ректальной температуры составило $37,12 \pm 0,43^\circ\text{C}$. ЧДД в покое не превышало 20 вдохов в минуту, скрининг-УЗИ сердца не выявило отклонений. Все пациенты перенесли седацию без осложнений, пробуждение было быстрым и плавным. В течение 30 дней послеоперационного наблюдения владельцы не отмечали угнетения состояния или других возможных послеоперационных осложнений.

Качественный и объемный сбор анамнеза и клинический осмотр животного позволяют избежать или быть готовыми к критическим ситуациям во время анестезии и в восстановительный период.

Список литературы.

1. Гладышева А.Е. Значимость биохимического и клинического анализа крови в диагностике новообразований печени у собак и кошек / Гладышева А.Е.// Сб. научн. тр. /Студенты – науке и практике АПК : материалы 104-й Международной научно-практической конференции студентов и магистрантов. – Витебск, 23 мая 2019 г. – Витебск: ВГАВМ, 2019. – С. 200.

2. Козицына А.И. Анализ результатов скрининговых исследований сердца у разных возрастных групп кошек / Козицына А.И., Карпенко Л.Ю., Бахта А.А. // Сб. научн. тр. / Сборник трудов девятой международной межвузовской конференции по клинической ветеринарии в формате Purina Partners. – Москва, 2019. – С. 154-159.

3. Мойстренко А.В. Особенности ультразвукового исследования сердца кошек в возрасте 5-7 месяцев / Мойстренко А.В.// Сб. научн. тр. / Материалы 73-й международной научной конференции молодых учёных и студентов СПбГАВМ. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 167-168.

4. Duke-Novakovski, Tanya, Marieke Vries De, and Chris Seymour. BSAVA Manual of Canine and Feline Anaesthesia and Analgesia, 3rd Edition. John Wiley & Sons, 2016.
5. King, Lesley G., and Amanda Boag. BSAVA Manual of Canine and Feline Emergency and Critical Care. 2018.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ КАТЕПСИНА D В ТКАНЯХ ПОД ВЛИЯНИЕМ СУКЦИНАТА

Коновалов Д. Д.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Согласно последним представлениям о функциях сукцината, он не только участвует в реакциях тканевого дыхания, но и выполняет роль метаболического сигнала, запускающего важные адаптационные механизмы. [2] Его относят к одному из компонентов антиоксидантной системы. Поскольку антигипоксические свойства сукцината давно известны, он применяется в профессиональном спорте в качестве добавок, повышающих количество эритроцитов, что позволяет ускорить процессы эритропоэза во время физических нагрузок, увеличить работоспособность спортсменов, а также поддерживать естественные компенсаторные реакции на необходимом уровне. [4] Таким образом, сукцинат используют для коррекции различных состояний, но механизмы его влияния на ткани изучают до сих пор. В своем исследовании мы решили изучить влияет ли введение сукцината на протеолиз. Для этого было выбрано изучение активности катепсина D Катепсин D – фермент семейства аспартатных протеаз. В физиологических условиях разрушает структурные и функциональные белки и пептиды, участвуя в метаболической деградации внутриклеточных белков, активирует и разрушает гормоны и ростовые факторы, активирует предшественников ферментов, их активаторов и ингибиторов, антигенов. [3] Основной эффект катепсина D – апоптотическая активность, в основе которого лежит протеолиз. Увеличение активности фермента, в конечном счете, может привести к разрушению клетки, в то время как его ингибирование может быть одной из причин развития в организме раковых клеток. Цель исследования. Изучить изменение активности катепсина D семенных пузырьков и эпидидимиса самцов крыс в условиях введения сукцината. Работа выполнена на 16 крысах самцах. 8 животным вводился сукцинат, 8 оставались интактными. Введение сукцината проводилось в течение 14 дней, доза составляла 100 мг\кг массы животного [1]. Забор тканей был сделан под наркозом, цитоплазматическая фракция была получена методом дифференциального центрифугирования. В исследовании мы применяли метод определения активности катепсина D в гомогенатах тканей. [5] Для расчётов в каждой пробе определяли концентрацию общего белка по методу Лоури. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы StatSoft STATISTICA 12. Уровень различий считали статистически значимым при вероятности ошибки $p < 0,05$. Результаты исследования представлен в виде Me [Q1; Q3]. Наше исследование показало, что статистически значимые результаты присутствуют в цитоплазме проб семенных пузырьков и цитоплазме головки эпидидимиса. После обработки данных выяснилось, что в цитоплазме семенных пузырьков самцов крыс, которые подвергались воздействию сукцината, активность фермента составила 75,38 [63,29; 115,4]. Сравнивая эти данные с интактной группой, в которой активность фермента 211,436 [121,21; 449,55], мы сделали вывод о понижении активности катепсина D под действием сукцината. При исследовании цитоплазмы головки эпидидимиса самцов крыс, которым вводили сукцинат, получены следующие данные: активность фермента 621,82 [531,035; 654,53]. После сравнения этих результатов с

результатами исследования животных из интактной группы, выяснилось, что в этих пробах сукцинат повышает активность фермента. В цитоплазме хвоста эпидидимиса самцов крыс, уровень $p > 0,05$ – из чего данные не имеют для нас статистической значимости. Введение сукцината в течение 14 дней самцам крыс, повышает активность катепсина D в цитоплазме головки эпидидимиса. В то же время, в пробах с семенными пузырьками, сукцинат понижает активность фермента. Таким образом, действие сукцината на катепсин D зависит от того, в каком органе или ткани находится фермент.

Список литературы.

1. Биоэнергетика клетки. Химия патологических процессов [Текст]: Учебное пособие / Кузьменко Д.И., Жаворонок Т. В., Мамонтова И. М. [и др.]; Под ред. Сереброва В.Ю. и Сухановой Г.А. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2008. –180 с.
2. Валеев В. В. Биологические функции сукцината (обзор зарубежных экспериментальных исследований) / Валеев В. В., Коваленко А. Л., Таликова Е. В. [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2015. - №60. – С. 33-37.
3. Матвеева И. В. Физиологическая роль катепсина D / Матвеева И.В., Марсянова Ю.А./ Биохимические научные чтения памяти академика РАН Строева Е. А.: материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых специалистов с международным участием / редкол.: И.В. Матвеева, В.И. Звягина, М.А. Фомина [и др]; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – С. 12-15.
4. Оковитый С. В. Применение сукцинатов в спорте / Оковитый С. В., С. В. Радько/ Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2015. - №6. – С. 59-65.
5. Симонова Н. В. Сравнительная эффективность янтарной кислоты и Реамберина про окислительный стресс в эксперименте / Симонова Н. В., Доровских В. А., Кропотов А. В. [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2018. - №70. – С. 78-82.

РОЛЬ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ В РАСПРОСТРАНЕНИИ И ДИНАМИКЕ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Коптева Т.С., Макаренко В.В., Бондаренко А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Клещи семейства Иксодовые (Ixodidae) представляют интерес как природный резервуар и переносчики возбудителей ряда тяжелых заболеваний человека с природной очаговостью, одним из которых является клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Клещевой боррелиоз – вторая по уровню заболеваемости значимая для Ставропольского края инфекция, передающаяся иксодовыми клещами. Поэтому изучение распространения, динамики и мер профилактики болезни Лайма представляется актуальным. Целью настоящей работы является изучение эпидемиологической обстановки по клещевому боррелиозу, динамики и профилактики, а также роли иксодид в распространении болезни Лайма в Ставропольском крае. При выполнении работы были применены анализ и синтез данных, опубликованных в государственных докладах «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю» за период 2017-2019 гг.

В динамике за период 2017-2019 гг. в Ставропольском крае отмечается относительно стабильный уровень заболеваемости клещевым боррелиозом без существенных колебаний. Заражения населения происходит трансмиссивным способом при посещении городских парков и прогулок в городской черте. В 2017 г. зарегистрировано 32 случая заболевания (в 2016 г. зафиксировано 39 случаев). Показатель заболеваемости составил

1,14 на 100 тысяч населения, что ниже уровня 2016 г. на 17,9%, на 8,9% выше среднемноголетнего уровня за десятилетний период наблюдений (СМУ). Средний показатель заболеваемости в крае ниже среднероссийского уровня в 4 раза, выше по Северо-Кавказскому федеральному округу (СКФО) в 3,4 раза, на долю края пришлось 96,9% от всех случаев по СКФО. Больные выявлены в 7 административных территориях. Погодно-климатические условия зим 2018-2019 гг. были благоприятными для перезимовки иксодовых клещей. В связи с чем, с марта по май в природных биотопах степной и лесостепной ландшафтных провинциях регистрировалась высокая численность иксодид, которая в отдельных районах (Грачевский, Шпаковский, Туркменский районы) достигала 75-100 особей на 1 км маршрута, за аналогичный период 2018 г. численность была в 2 раза ниже. Первые случаи нападения иксодид на людей, пребывающих в природных биотопах, отмечались с первой декады февраля, что на месяц раньше, чем в 2018 году. В 2018 г. в крае зарегистрировано 35 случаев заболевания клещевым боррелиозом. Показатель заболеваемости составил 1,25 на 100 тысяч населения, что выше уровня 2017 г. на 11,4%, выше СМУ на 16%. Среднекраевой показатель заболеваемости ниже среднероссийского уровня в 3,5 раза, выше по СКФО в 3,1 раза, на долю края пришлось 87,5% от всех случаев по СКФО. Случаи заболевания регистрировались с февраля по ноябрь, пик наблюдался в июне - июле. Больные выявлены уже в 10 административных территориях. В 2019 г. в крае зарегистрировано 37 случаев заболевания клещевым боррелиозом. Показатель заболеваемости составил 1,32 на 100 тысяч населения, что выше уровня 2018 года на 5,4%, выше СМУ на 18,2%. Среднекраевой показатель заболеваемости ниже среднероссийского уровня в 4,1 раза, выше по СКФО в 2,4 раза, на долю края пришлось 68,5% от всех случаев по СКФО. Случаи заболевания регистрировались с февраля по декабрь, пик наблюдался в июне - сентябре. Больные выявлены в 9 административных территориях. Наиболее неблагополучными территориями за изученный период являются г. Кисловодск и г. Ставрополь. Клещевой боррелиоз в крае регистрируется преимущественно среди городского населения, на которое в 2017 году пришлось 90,6% от всех случаев заболевания, в 2018 - 68,6%, а в 2019 - 81,1%. В Ставропольском крае уделяется большое внимание мероприятиям по профилактике болезней, передающихся иксодовыми клещами, которые позволяют своевременно локализовать и ликвидировать очаги. Разработан комплексный план противоэпидемических мероприятий по болезням, передающимся иксодовыми клещами на территории края на период 2018-2022 годы. Были проведены мероприятия по противоклещевым обработкам пастбищ, животных, летних оздоровительных учреждений, зон отдыха населения, проведены профилактические дератизационные работы на открытых территориях. Проведены информационные работы среди населения и медицинских работников. Таким образом, в крае остается относительно стабильная ситуация по клещевому боррелиозу, благодаря системно проводимым профилактическим мероприятиям. Управлением Роспотребнадзора по Ставропольскому краю осуществляется усиленный контроль за профилактикой, в настоящее время продолжает действовать комплексный план профилактических мероприятий по инфекционным болезням, передающимся иксодовыми клещами на территории Ставропольского края до 2022 года.

Список литературы.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю в 2017 году: Государственный доклад. – Ставрополь: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю, 2018. – 184 с.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю в 2018 году: Государственный доклад. –

Ставрополь: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю, 2019. – 186 с.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ставропольском крае в 2019 году: Государственный доклад. – Ставрополь: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю, 2020. – 179 с.

ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ ЛИПИДНОЙ (ХОЛЕСТЕРИНОВОЙ) ТЕОРИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Коржева М.А., Кучерина А.А.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Институт медицинского образования Согласно ВОЗ, атеросклероз (АС) — вариабельная комбинация изменений внутренней оболочки артерий, включающая в себя накопление липидов, сложных углеводов, клеток гематологического происхождения, фиброзной ткани, кальцификацию. Актуальность данной проблемы не вызывает сомнений, поскольку смертность в следствие сердечно-сосудистых заболеваний очень высока, что в значительной мере обусловлено недостатком знаний о патогенезе АС. Разработано множество теорий АС, однако общепризнанная концепция отсутствует; многими учеными АС рассматривается как полиэтиологическое заболевание [3]. Наиболее известная теория АС - холестериновая. Согласно ей, сущность АС - проникновение холестерина (ХС) в артериальную стенку и его накопление там. Предполагается, что ключевую роль в патогенезе АС играет не сам ХС, а его переносчики - липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) [3]. Существуют исследования, как доказывающие липидную теорию, так и подвергающие ее сомнению. Установлено, что чем выше уровень ЛПНП, тем больше риск развития осложнений АС [1]. Также выяснено, что при начальных проявлениях АС сонных артерий в сыворотке крови наблюдаются грубые дислипидемии [4]. Однако биохимический анализ крови у пациентов с мультифокальным атеросклеротическим поражением выявил в большинстве случаев нормальные показатели ХС [2]. Meng L.B. изучал влияние хронического стресса, ЛПНП и ХС на развитие АС, а также на толщину интимы; выяснено, что хронический стресс - основной независимый фактор риска АС, в то время как значения ЛПНП и ХС не играют существенной роли [5]. Следовательно, холестериновая теория не объясняет патогенез АС. Цель. Изучить роль нарушения обмена липидов в патогенезе АС: выявить особенности прижизненных анатомо-морфологических изменений сосудов (брахиоцефальных артерий - БЦА) и соотношения фракций липидов (ХС, ЛПНП, ЛПВП) у пациентов с диагнозом «атеросклероз». Исследование проводилось на базе архива ГОБУЗ «НОКБ». Проведен анализ 16 ИБ пациентов отделения «сосудистая хирургия» обоего пола (18,75% — жен. и 81,25% — муж.) с диагнозом «атеросклероз» за период с августа по декабрь 2019 г. включительно. Средний возраст пациентов составил $63,69 \pm 9,07$ г. Диагноз «атеросклероз» был поставлен по данным дуплексного сканирования БЦА. С анатомо-морфологической точки зрения при изучении операционного материала (операционных биопсий) устанавливалась степень атеросклеротического поражения сосудов по Sorensen К.Е., Щупаковой А.Н., Литвякову А.М. У всех пациентов наблюдалась 3 степень АС. Дуплексное сканирование БЦА подтвердило осложненное течение АС: утолщенный в ср. до 1,2–1,3 мм комплекс интима–медия в области бифуркации общей сонной артерии, нарушение дифференцировки тканей сосудов на слои, лоцирование патологических внутрипросветных образований — бляшек. Скоростные и

спектральные характеристики подвергались видоизменениям вследствие стенозов (до 80–90%). По дооперационным липидограммам ИБ были разделены: 1) избыток фракции ЛПНП (n=4); 2) дефицит фракции ЛПВП (n=6); 3) отсутствие резко выраженной дислипидемии (n=6). Дальнейший анализ производился между группами по описательному принципу.

Явления атеросклеротического генеза наблюдались вне зависимости от наличия дислипидемии и её типа. Усредненное прижизненное анатомо-морфологическое заключение при исследовании операционного материала у лиц 1 группы: при макроскопическом анализе обнаружено вытянутой формы образование с утолщенными, местами обызвествленными стенками; на разрезе представляет собой сосуд с желтоватой массой внутри — липоидными, фиброзными и атероматозными бляшками; у лиц 2 группы: при макроскопическом анализе обнаружены удлиненные фрагменты интимы с желтоватыми участками, просвет обтурирован буро-серыми массами: бляшками с атероматозом, кальцинозом, очаговыми кровоизлияниями; у лиц 3 группы: при макроскопическом анализе обнаружены фрагменты сосудов серо-желтого цвета вытянутой формы, режутся с хрустом; стенозирующие фиброзные бляшки, отложения липохромов, атероматозные массы. Аналогичные данные и по дуплексному сканированию БЦА. Наибольший процент стеноза (до 90%) — во 2 группе.

Макроскопические изменения сосудов атеросклеротического генеза могут быть зафиксированы вне зависимости от наличия/отсутствия дислипидемий.

Таким образом, липидная теория АС досконально не объясняет патогенез АС и нуждается в переосмыслении и дальнейшем изучении.

Список литературы.

1. Воевода М. И., Бажан С. С. Новые перспективы в лечении атеросклероза / Воевода М. И., Бажан С. С. // Бюллетень медицинской науки. - 2018. - № 1(9). - С. 55–60.

2. Куранов А. А., Балеев М. С., Митрофанова Н. Н., Мельников В. Л. Влияние избыточной массы тела и дислипидемии как факторов риска развития атеросклероза у пациентов лечебно-профилактических учреждений Приволжского Федерального округа / Куранов А. А., Балеев М. С., Митрофанова Н. Н., Мельников В. Л. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. Клиническая медицина. - 2014. - № 4(32). - С. 36–45.

3. Протасов Е. А. Этиология атеросклероза: пищевой холестерин (мнение о проблеме) / Протасов Е. А. // Кардиология: Новости. Мнения. Обучение. - 2018. - № 2(17). - С. 91–93.

4. Рубаненко О. А. и др. Взаимосвязь показателей липидного обмена, системы гемостаза и стенозов брахиоцефальных артерий у пациентов очень высокого риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний / Рубаненко О. А. и др. // Дальневосточный медицинский журнал. - 2016. - № 1. - С. 6–10. 5. Meng, L. B. et al. The more critical murderer of atherosclerosis than lipid metabolism: chronic stress / L. B. Meng et al. // Lipids Health Dis. — 2018. — № 17(1). — P. 143.

КОРРЕКЦИЯ СПЛАЙСИНГА ГЕНА SMN2 В ФИБРОБЛАСТАХ БОЛЬНЫХ СМА С ПОМОЩЬЮ ПЕПТИДНОЙ ДОСТАВКИ АНТИСМЫСЛОВЫХ ОЛИГОНУКЛЕОТИДОВ Крылова Н.В., Маретина М.А., Ильина А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет

Спинальная мышечная атрофия (СМА) – аутосомно-рецессивное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся дегенерацией мотонейронов передних рогов спинного

мозга, что является причиной прогрессирующей мышечной атрофии, которая в большинстве случаев приводит к параличу и смерти [5]. Причиной заболевания является недостаточное содержание белка SMN, который присутствует как в цитоплазме, так и в ядре, где располагается в составе структур - «gems», количество которых коррелирует с тяжестью заболевания [1, 3, 4]. СМА возникает из-за гомозиготных мутаций гена SMN1, в результате чего единственным источником белка SMN становится паралогичный ген SMN2, способный синтезировать лишь 10% функционального белка. Хотя оба гена высоко гомологичны, критическим отличием является точковая мутация С→Т в седьмом экзоне гена SMN2, которая приводит к исключению седьмого экзона из состава иРНК и синтезу усеченного белка, подверженного деградации в цитоплазме [4,5]. Одним из многообещающих подходов к терапии СМА является коррекция сплайсинга гена SMN2 на фоне мутаций гена SMN1 с помощью антисмысловых олигонуклеотидов (АСО) [5]. В настоящий момент широко используются вирусные векторы для доставки нуклеиновых кислот. Однако они имеют ряд недостатков, к которым относится иммуногенность, риск случайной интеграции в геном и другие. Поэтому актуальной остается проблема поиска и изучения альтернативных (невирусных) способов доставки, к которым, в том числе, относится доставка на основе пептидов [2]. Целью работы является изучение эффективности коррекции сплайсинга пре-мРНК гена SMN2 антисмысловыми олигонуклеотидами, доставленными с помощью пептидного носителя RGD1-R6 в культуру фибробластов пациента со СМА, с использованием метода полуколичественной ПЦР с обратной транскрипцией и флуоресцентной микроскопии.

В качестве материала для исследования использовали культуры фибробластов, полученных от пациентов со СМА, а также от здорового индивида. Для доставки РНК-олигонуклеотидов, модифицированных метильной и фосфотиоатной группами для повышения стабильности, использовали ранее разработанный нами аргинин-богатый пептидный носитель, несущий в составе лиганд к интегрину $\alpha\upsilon\beta 3$. Данная модификация позволяет осуществлять направленную доставку в клетки-мишени. Компактизацию олигонуклеотидов пептидным носителем оценивали с помощью теста с SYBR Green. Уровень полноразмерных и усеченных транскриптов оценивали путем проведения полуколичественной ПЦР с обратной транскрипцией с последующим электрофоретическим разделением проб в полиакриламидном геле. После окрашивания препаратов антителами к белку SMN количество gems оценивали с помощью флуоресцентного микроскопа. Достоверность различий доли полноразмерных транскриптов и количества телец gems между трансфицированными и интактными клетками определяли при помощи теста Манна-Уитни с использованием статистической программы InStat (GraphPad Software).

В результате проведенного исследования было показано, что разработанный пептидный носитель RGD1-R6 эффективно компактизует и доставляет олигонуклеотиды в культуры фибробластов, полученных от пациентов со СМА. Также удалось показать, что использованные АСО эффективно корректируют сплайсинг гена SMN2, причем увеличение концентрации большинства олигонуклеотидов приводит к повышению эффективности коррекции сплайсинга, а использование сочетания двух АСО, комплементарных разным сайленсерам сплайсинга гена SMN2 (ISS-N1 и ISS+100), позволяет добиться повышения уровня белка до значений, характерных для здоровых клеток. Ранее была показана корреляция между содержанием полноразмерных транскриптов и уровнем белка SMN с помощью Вестерн-блоттинга и последующего анализа числа gems [3]. Однако в данной работе подобную закономерность удалось показать лишь для некоторых АСО и их сочетаний, что может быть связано с варьированием количества структур gems между повторностями эксперимента. Самое большое варьирование наблюдалось в клетках здорового индивида, которые не подвергались трансфекции. Данное исследование имеет значение как для

фундаментальной, так и для прикладной науки, так как создание нетоксичного биodeградируемого носителя, способного направленно доставлять терапевтические генетические конструкции в клетки, играет важную роль в разработке препаратов для генной терапии. Полученные в ходе данного проекта результаты могут быть использованы при создании лекарственного препарата для терапии СМА.

Список литературы.

1. Боголюбов Д. С. Интерхроматиновые гранулы-универсальные структуры клеточного ядра. (Морфология, молекулярный состав, функции) / Боголюбов Д. С. - Санкт-Петербург, 2018.
2. Egorova A. A. Peptide modules for overcoming barriers of nucleic acids transport to cells / A. A. Egorova, A. V. Kiselev//Current Topics in Medicinal Chemistry. - 2016. - V. 16. - №3. - P. 330-342.
3. Hua, Y. Antisense correction of SMN2 splicing in the CNS rescues necrosis in a type III SMA mouse model / Y.Hua, K.Sahashi, G. Hung, F. Rigo, M. A.Passini, C. F. Bennett, A. R. Krainer // Genes & Development. – 2010. - V. 24. - №15. - P. 1634-1644.
4. Markowitz, J. A. Spinal muscular atrophy: a clinical and research update / J. A. Markowitz, P. Singh, B. T. Darras // Pediatric Neurology. - 2012. - V. 46. - №1. - P. 1-12
5. Rigo, F. Antisense-based therapy for the treatment of spinal muscular atrophy / F.Rigo, Y.Hua, A. R.Krainer,C. F. Bennett// Journal of cell biology. – 2012. - V. 199. - №1. - P. 21-25.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ И СУКЦИНАТА НА ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

Кяримов И.А., Шевченко В.Д., Арушанова В.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

При экспериментальной гипоксии чрезмерная интенсивность свободнорадикальных процессов приводит к повреждению мембран митохондрий. Эффективность биологического окисления снижается, и клетка не получает энергии. В связи с этим нарушаются функции органов и жизнедеятельность организма в целом. Кислородное голодание способствует образованию окислительного стресса, представляющего собой дисбаланс прооксидантных и антиоксидантных реакций организма [1]. Сукцинат – универсальный внутриклеточный метаболит организма человека, который может использоваться для коррекции гипоксических состояний. Препараты сукцината за счет отсутствия токсического действия могут широко применяться в качестве биологически активных добавок [4]. Цель работы – установить изменения, которые вызывает гипоксия в метаболизме мышечной ткани и при коррекции гипоксии введением раствора сукцината.

В исследовании было использовано 32 половозрелых белых крыс самцов линии WISTAR массой 220-270 г. Животные были разделены на 4 группы. Первая группа использовалась в качестве контроля. Вторая группа подвергалась действию гипоксии. Третьей группе вводили внутривенно раствор сукцината из расчета 100 мг/кг массы тела в течение 14 дней [3]. Четвертая группа, подвергалась действию гипоксии на фоне внутривенного введения раствора сукцината в течение 14 дней. Для моделирования гипоксии крысу держали в герметичной емкости объемом 1000 мл в течение 30 минут [2]. Крыс наркотизировали, отбирали мышечную ткань, которую затем гомогенизировали. Далее, гомогенаты центрифугировали 10 мин при 1000 g. Общую активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) измеряли набором «ЛДГ-2-ОЛЬВЕКС». Лактат определяли набором «МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА-ОЛЬВЕКС». Определение содержания пирувата проводили модифицированным методом Умбрайт. О состоянии антиоксидантной

системы мышечной ткани судили по изменению активности супероксиддисмутазы с использованием реакции аутоокисления кверцетина. Для расчётов в каждой пробе определяли концентрацию общего белка по методу Лоури. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы StatSoft STATISTICA 12. Уровень различий считали статистически достоверным при вероятности ошибки * - $p < 0,05$, при значении ** - $0,05 < p < 0,1$ считали вероятной тенденцию к изменению показателей.

Результаты представлены в виде Ме [Q1, Q3]. Активность лактатдегидрогеназы в первой группе составила 1345,596 [359,549; 3742,754] ЕД/л, во второй группе 2288,147 [2000,790; 3767,407] ЕД/л. В третьей группе - 2070,011 [1272,046; 3170,181], в четвертой группе - 2747,315 [808,580; 321,542]. Гипоксия и введение сукцината не повлияло на активность лактатдегидрогеназы в мышечной ткани. Содержание лактата в первой группе составило 4,391 [4,106; 4,518] ммоль/л, а во второй группе 4,554 [4,216; 4,708] ммоль/л. В третьей группе - 3,079 [2,939; 3,365], в четвертой группе - 3,838 [3,704; 4,308]**. Наблюдается тенденция к повышению содержания лактата при гипоксии на фоне введения сукцината. Содержание пирувата в первой группе 0,115 [0,107; 0,126] ммоль/л, во второй группе - 0,129 [0,124; 0,134] ммоль/л. В третьей группе - 0,115 [0,107; 0,126], в четвертой группе - 0,112 [0,105; 0,117]. Изменения в содержании пирувата в мышечной ткани в исследуемых группах не наблюдается. Отношение пирувата к лактату мышц в контрольной группе 0,028 [0,023; 0,031], а у животных опытной группы составило 0,029 [0,028; 0,031]. В группе на фоне введения отношение пирувата к лактату составило 0,035 [0,033; 0,040], а при гипоксии на фоне введения сукцината - 0,027 [0,025; 0,031]*. Наблюдается статистически значимое снижение соотношения пируват/лактат в мышцах на фоне введения сукцината животным. Из результатов (1 группа - 9,539 [8,204; 10,046], 2 группа - 10,818 [10,414; 11,325]*; 3 группа - 7,013 [5,238; 8,179], 4 группа - 7,529 [7,152; 8,368]) следует, что активность супероксиддисмутазы в мышечной ткани статистически достоверно увеличивается при гипоксии. Это свидетельствует об изменении свободнорадикальных процессов в ткани. Несмотря на то, что активность ЛДГ не изменилась, но переключение мышечной ткани на работу в анаэробных условиях можно оценить по изменению соотношения пируват/лактат, на которые в нашем эксперименте повлияли только условия гипоксии, но не повлияло введение сукцината. Это также подтверждается изменением активности супероксиддисмутазы.

Список литературы.

1. Ершов А.Ю., Копаница М.А., Короткова Н.В., Кулешова Л.Ю., Фомина М.А. Антиоксидантная активность гликонаночастиц серебра на основе меркаптопропионилгидразонов моно- и дисахаридов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). -2019; (7) 2: 247-254.
2. Марсянова Ю.А., Лаксаева Е.А., Кяримов И.А., Звягина В.И. Влияние полисахаридов тыквы на показатели окислительного стресса при острой гипоксии с гиперкапнией у крыс // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии -2020; (23) 2: 31-36.
3. Correa P.R. Succinate is a paracrine signal for liver damage / P.R Correa, E.A Kruglov, M. Thomson // J. Hepatology. – 2007. – Vol. 47, N 2. – P. 262–269.
4. Popova T.N. Citrate and isocitrate in plant metabolism / T.N. Popova, M.A.A. Pinheiro de Carvalho // Biochim. et Biophys. Acta. –1998. – Vol.1364. –P.307-325.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ АЦЕТИЛХОЛИН-ХОЛИНЭСТЕРАЗА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Ланг М.Ю., Токтобеков Т.Р.

Кыргызско-Российский Славянский университет им.

Для объяснения влияния климатических факторов высокогорья, необходимо изучение физиологических механизмов адаптации, где немалая роль принадлежит биологически активным соединениям, по уровню содержания и направленности обмена которых можно в известной мере судить о состоянии адаптационных механизмов организма.

Работа выполнена на беспородных крысах-самцах весом 150-200 г. Проведены следующие серии экспериментов: 1 серия в условиях г. Бишкек (760 м) – контрольная группа; 2 серия в условиях перевала Туя-Ашуу (3200 м) – опытная группа. Определение активности системы ацетилхолин-холинэстераза проводилась на 3, 15 и 30 дни исследования. Активность ацетилхолинэстеразы определялась по методу С. Р. Зубковой, Т. В. Правдич-Неминской. Активность фермента выражали в миллиграммах ацетилхолина, расщепленного холинэстеразой эритроцитов, содержащихся в 0,2 мл крови за 60 минут инкубации при температуре 37°. Изменение уровня ацетилхолина определяли методом Хестрина в модификации Лившица и Рубина. Активность фермента ацетилхолинэстеразы в условиях г. Бишкек (760 м) равнялась $0,354 \pm 0,026$ мг/мл/ч, содержание ацетилхолина в периферической крови составляло $0,086 \pm 0,03$ мкг/мг/мл. Экспериментальные исследования проведенные в контрольной группе животных в предгорных условиях показали, что сдвиги в течение 30 дней оказались в пределах физиологических колебаний. Сдвиги со стороны ацетилхолина в крови и активность ацетилхолинэстеразы в условиях высокогорья (3200 м) носили иной характер. На 3-й день пребывания в горах уровень ацетилхолина увеличился на 35%, а активность фермента составила 142% по сравнению с контрольной группой. Максимальное повышение концентрации ацетилхолина приходится на 15 день пребывания животных в горах, а максимум активности ацетилхолинэстеразы - на 3-й день с последующим снижением.

Таким образом, в первые 3-15 дней пребывания животных в высокогорной местности, когда в организме вследствие комплексного интегрального воздействия климатических факторов высокогорья возникает приспособительное возбуждение, наблюдается резкое увеличение ацетилхолина и повышение активности фермента. Повышение уровня ацетилхолина в этих условиях, по-видимому, направлено на повышение сопротивляемости организма с неблагоприятными условиями высокогорных факторов.

Список литературы.

1. Денисенко П. П. Роль холинреактивных систем в регуляторных процессах. М., 1980, С. 296.
2. Гурин В. Н. Холинергические механизмы регуляции обменных процессов. Минск, 1975, С. 142.
3. Ситдилов Ф. Г., Аникина Т. А. Функциональное состояние симпатoadренальной и ацетилхолин-холинэстеразной систем крыс в онтогенезе. // Вестник Удмуртского университета, 1995, N3, С. 55-58.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ ВТОРОГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Лозинский А.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

На сегодняшний день в литературе имеется большое количество работ по анатомии и топографии печени и ее сосудов, в том числе по данным прижизненной визуализации. В основном данные публикации содержат сведения по взрослому населению [1-4]. Заболевания, пороки развития и травмы печени встречаются у детей сравнительно часто. Данный факт диктует необходимость разработки новых способов диагностики и лечения, которые невозможны без детального и всестороннего изучения прижизненной анатомии печени среди детского населения. Целью исследования явилось проведение прижизненной морфометрической оценки печени детей второго детского возраста.

Для достижения поставленной цели проведен анализ обезличенных компьютерных томограмм печени детей второго детского возраста (девочки 8-11 лет, мальчики 8-12 лет) без видимой патологии органов брюшной полости. Было обследовано 10 девочек и 8 мальчиков. Исследование выполнено на компьютерных томографах General Electric BrightSpeed (США) и Toshiba Aquilion (Япония) с последующим определением передне-заднего, бокового размеров и высоты правой и левой долей печени. Передне-задний и боковой размеры определялись на уровне середины тел позвонков с ThXI по LIV. Полученные данные подвергнуты вариационно-статистической обработке с помощью программ «Microsoft Excel 2013» и «Statistica 10» с определением среднего значения (М) и стандартной ошибки (m). Достоверности различий полученных значений рассчитывали по t-критерию Стьюдента. Статистически значимыми считались различия между значениями показателей при уровне $p \leq 0,05$. В результате проведенного исследования установлено, что среди обследованных максимальные значения передне-заднего и бокового размеров правой доли печени определялись на уровне ThXII и составили $11,8 \pm 0,2$ см и $9,7 \pm 0,2$ см, а минимальные на уровне LIV и составили $5,3 \pm 0,9$ см и $2,3 \pm 0,6$ см соответственно. Средние значения данных показателей по всем срезам составили $10,3 \pm 0,2$ см и $7,1 \pm 0,2$ см. Максимальный передне-задний размер правой доли печени определялся на уровне ThXII и составил $11,7 \pm 0,3$ см и $11,9 \pm 0,5$ см ($p \geq 0,05$) среди девочек и мальчиков соответственно. Минимальный передне-задний размер правой доли печени определялся на уровне LIV и составил $5,2 \pm 1,2$ см и $5,4 \pm 0,9$ см ($p \geq 0,05$) среди девочек и мальчиков соответственно. Среднее значение показателя составило среди девочек и мальчиков $10,0 \pm 0,2$ см и $10,6 \pm 0,4$ см ($p \geq 0,05$). При измерении бокового размера правой доли печени установлено, что максимальное значение данного показателя определялось на уровне ThXII среди девочек и составило $9,6 \pm 0,3$ см, и на уровне ThXI среди мальчиков и составило $10,1 \pm 0,4$ см. Минимальное значение определялось на уровне LIV и составило среди девочек и мальчиков $2,1 \pm 1,4$ см и $2,6 \pm 0,1$ см ($p \geq 0,05$) соответственно. Среднее значение бокового размера у девочек составило $6,8 \pm 0,2$ см, а у мальчиков $7,4 \pm 0,3$ см ($p \geq 0,05$). Максимальные показатели передне-заднего и бокового размеров левой доли печени определялись на уровне ThXI и составили $6,1 \pm 0,3$ см и $8,1 \pm 0,4$ см, а минимальные на уровне LI и составили $1,6 \pm 0,3$ см и $4,5 \pm 0,4$ см. Передне-задний размер левой доли печени был максимальным на уровне ThXI и составил $5,9 \pm 0,4$ см и $6,3 \pm 0,5$ см ($p \geq 0,05$), а минимальным на уровне LI и составил $1,7 \pm 0,6$ см и $2,6 \pm 0,4$ см ($p \geq 0,05$) среди девочек и мальчиков соответственно. При измерении бокового размера левой доли печени установлено, что максимальное значение данного показателя определялось на уровне ThXI и составило среди девочек и мальчиков соответственно $7,7 \pm 0,3$ см и $8,7 \pm 0,8$ см. Минимальное значение определялось на уровне LI и составило среди девочек и мальчиков $4,3 \pm 0,6$ см и $4,8 \pm 0,7$ см ($p \geq 0,05$) соответственно. Среднее значение бокового размера у девочек составило $6,6 \pm 0,3$ см, а у мальчиков $7,1 \pm 0,3$ см ($p \geq 0,05$). Высота правой

и левой доли печени в обследуемой группе составила $14,1 \pm 0,3$ см и $8,5 \pm 0,3$ см соответственно. Среди девочек и мальчиков данный показатель составил для правой доли печени $13,8 \pm 0,4$ см и $14,4 \pm 0,4$ см ($p \geq 0,05$), а для левой доли печени $8,2 \pm 0,4$ см и $8,8 \pm 0,3$ см ($p \geq 0,05$) соответственно.

Таким образом, проведенное исследование позволяет судить о том, что между девочками и мальчиками второго детского возраста статистически значимых различий в морфометрических параметрах печени по данным компьютерной томографии не выявлено. Список литературы.

1. Розенгауз Е.В. Компьютерная томография печени. Анализ двадцатилетнего опыта / Е.В. Розенгауз, Л.А. Тютин, Д.В. Нестеров // Медицинская визуализация. - 2013. - №2. - С. 20-28.

2. Favelier, S. Anatomy of liver arteries for interventional radiology / S. Favelier, T. Germain, P.Y. Genson, J.P. Cercueil, A. Denys, D. Krause, B. Guiu // Diagnostic and Interventional Imaging. - 2015. - №96(6). - P. 537-546.

3. Mathew, R.P. Liver vascular anatomy: a refresher / R.P. Mathew, S.K. Venkatesh // Abdominal radiology. - 2018. - №43(8). - P. 1886-1895.

4. Sakamoto, Y. Clinical Anatomy of the Liver: Review of the 19th Meeting of the Japanese Research Society of Clinical Anatomy / Y. Sakamoto, N. Kokudo, Y. Kawaguchi, K. Akita // Liver Cancer. - 2017. - №6(2). - P. 146-160.

ПОЛИГОСТАЛЬНОСТЬ ТРИХИНЕЛЛЫ КАК СКРЫТАЯ УГРОЗА

Макаренко Э.Н., Макаренко В.В., Гречко А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Трихинеллез – одна из серьёзнейших глистных инвазий человека. Её опасность состоит в том, что она может привести к летальному исходу. Кроме того, трихинеллез является полигостальным заболеванием, очаги которого встречаются среди диких, синантропных и домашних животных. В разных регионах России в циркуляции трихинеллы, по данным литературы, принимают участие более 100 видов плотоядных и всеядных млекопитающих не только среди диких животных, но и проживающих рядом с человеком (синантропные очаги). Несмотря на то, что за последние тридцать лет случаи регистрации этого опасного заболевания на территории РФ значительно уменьшились благодаря проводимым диагностическим, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, тем не менее, спорадические эпизоды по-прежнему отмечаются в Дальневосточном (Амурская область) и Сибирском (Иркутская область) федеральных округах, на которые приходится 60 % всех зарегистрированных случаев заболевания. За тот же период в ЮФО выявлялось всего по 2-6 случаев (0,01 – 0,04 на 100 тыс. населения) на протяжении последних пяти лет, в СКФО ни одного случая заболевания трихинеллезом не регистрировалось. Следует отметить, что трихинелла имеет значительную географическую широту распространения и высокую экологическую пластичность, в связи с чем, круг ее природных и синантропных хозяев, представляющих потенциальную опасность для человека, неуклонно расширяется.

Методы математической статистики с использованием статистического пакета Microsoft Excel на основании данных Роспотребнадзора РФ. Целью нашего исследования явилось проследить за последние десять лет динамику хозяев этого паразита среди диких, синантропных и домашних животных, прежде всего, на юге нашей страны. Оказалось, что в Краснодарском и Ставропольском краях, Ростовской области, Республике Адыгея и РСО-Алания круговорот паразита в дикой природе поддерживают 14 видов всеядных,

хищных, насекомоядных млекопитающих и грызунов, специфику трофических связей между которыми, можно определить как хищничество – каннибализм – некрофагия. Среди хозяев трихинеллы на данных территориях выступают шакал, обыкновенная лисица, дикий кабан, волк, барсук, рысь, енотовидная собака, лесные мышь и кошка, бурый медведь, куницы лесная и каменная, камышовый кот, нутрия. В других регионах РФ такими хозяевами становились дикие кабаны, лоси, тюлени, медведи, белухи и другие животные (описано более 60 видов). При наличии стойких природных очагов трихинеллеза на юге России существуют ещё и синантропные очаги за счет домашних (свиньи, кошки, собаки) и синантропных (крысы, мыши) видов с экстенсивностью инвазии от 0,7% у домашних мышей до 17,8% у домашних кошек. В отличие от природных биоценозов, в синантропных очагах, каннибализм, как форма взаимоотношений между животными, не может осуществить постоянную циркуляцию трихинелл. В этих очагах основными формами трофических связей между животными выступают некрофагия и хищничество. В существовании синантропных очагов ведущее значение до сих пор отводится домашним свиньям. Эти животные, как хозяева трихинелл, регистрируются в южных регионах РФ с 50-х годов XX века. По данным Роспотребнадзора, в последние пять лет увеличилась доля случаев заражения трихинеллезом после употребления мяса не только барсука и медведя, но и собак. Более 100 случаев инвазии трихинеллами зарегистрировано при поедании именно собачьего мяса. Несмотря на снижение заболеваемости трихинеллезом среди людей, трихинелла по-прежнему представляет серьезную угрозу в связи с большой численностью животных-хозяев в дикой природе и их экстенсивностью инвазии, последняя рассматривается как высокая (2,5% – 89%), ведь численность популяции трихинелл, ее изменения тесно коррелируют с численностью популяции хозяев. Основными хозяевами среди диких животных на юге России, как и в предыдущие годы, являются шакал (15,8%) и лисица обыкновенная (10,8%), тем не менее, зафиксирован и новый природный резервуар трихинелл – мышь лесная (3,7%).

Список литературы.

1. Эпидемиологический надзор за трихинеллёзом: Методические указания. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014. – 26 с.
2. Приказ Министерства сельского хозяйства РФ от 26 марта 2020 г. N 154 «Об утверждении Ветеринарных правил осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов трихинеллеза» – 16 с.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. – 254 с.
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю в 2018 году: Государственный доклад. – Ставрополь: Управление Роспотребнадзора по Ставропольскому краю, 2018. – 178 с.
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. – 254 с.
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Краснодарском крае в 2019 году: Государственный доклад. – Краснодар: Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю, 2020. – 274 с.
7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю в 2017 году: Государственный доклад. – Ставрополь: Управление Роспотребнадзора по Ставропольскому краю, 2017. – 180 с.

ПРОНИЦАЕМОСТЬ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА РАЗЛИЧНЫХ ЗОН КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Морозов А.И.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского им. В.И. Вернадского"

В обеспечении гомеостаза в центральной нервной системе особая роль принадлежит гематоэнцефалическому барьеру (ГЭБ). Основным компонентом ГЭБ является эндотелий мозговых сосудов, изменение которого принадлежит ведущая роль в патогенезе радиационного поражения. Исследования проводились с использованием 100 половозрелых белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г, в возрасте 2-3 месяца в Институте биологии южных морей, г. Севастополь. Группу радиационного контроля составляли животные, которые помещались в камеру для облучения, однако излучающую установку не включали. Животных второй группы помещали в специальную камеру из оргстекла и облучали γ -квантами 50 Со (1,5 МэВ) на установке "Хизотрон" (Чехия) в кранио-каудальном направлении. Объектом исследования служила пириформная зона древней коры и старая кора (поля СА1 и СА3) головного мозга. При выборе объекта исследования отдавалось предпочтение структурам головного мозга, участвующим в обеспечении механизмов памяти, внимания, ориентировочного рефлекса, временного обеспечения высшей нервной деятельности, которые непосредственно зависят от функционального состояния гиппокампа и древней коры. Выбор участков головного мозга для изучения осуществлялся при помощи цитоархитектонических карт. Кусочки мозга объединяли в комбинированные блоки, замораживали в твердой углекислоте при температуре -80°C , упакованными в алюминиевую фольгу. С целью изучения транспортной функции эндотелия сосудов проводилось исследование активности щелочной фосфомоноэстеразы (ЩФ) на криостатных срезах после стабилизации мембран при температуре $+5^{\circ}\text{C}$ в смеси равных объемов ацетона и хлороформа. Для выявления ЩФ использовали реакцию азосочетания с γ -нафтилфосфатом и прочным синим РР.

Анализируя эффект воздействия ионизирующего излучения на нейроны полей СА1 и СА3 гиппокампа и пириформной зоны древней коры, было установлено, что начальные изменения характеризуются быстрым развитием ответной реакции на острое лучевое воздействие. В раннем пострadiационном периоде (через 3 мин) в пириформной зоне древней коры наблюдается повышение активности ЩФ ($3,65 \pm 0,38$) ($p < 0,001$), сменяющееся через 1 час после облучения понижением активности ЩФ по сравнению с уровнем контроля ($2,18 \pm 0,15$) ($p < 0,001$). В то же время (через 3 мин) было отмечено усиление активного транспорта через ГЭБ (на 20,3% ($3,65 \pm 0,16$) ($p < 0,001$) по сравнению с контролем) более выраженное в поле СА1. Значения активности ЩФ через 1 час в изучаемых отделах гиппокампа убывают (до $3,12 \pm 0,17$) ($p < 0,001$) относительно предыдущего срока исследования, однако превышала на 2,5% контрольные показатели. Наблюдается диффузия продукта реакции за пределы микроциркуляторного русла. Повышенная проницаемость ГЭБ в этот период сохраняется за счет деструктивных изменений в стенках микрососудов и более выражена в поле СА1. Интегральным показателем функционирования ГЭБ является его проницаемость для различных веществ. Изменение проницаемости ГЭБ отражается на показателях внутренней среды мозга, меняется процесс формирования и фиксации временных связей. Было установлено, что уже при дозе в 60 Гр проницаемость ГЭБ значительно меняется в сторону увеличения. Протяженность окрашиваемых структур при стереометрическом исследовании капилляров достоверно увеличивалась. Увеличение длины структур, обладающих активностью ЩФ, отсутствие гистохимических признаков повреждения этого фермента и гликозаминогликанов сосудистой стенки делают более вероятным предположение, что наблюдаемое увеличение проницаемости сосудов и развитие отека мозга после облучения

обусловлено не столько повреждением механизмов транспорта через стенки сосудов, сколько представляет собой ответ организма на действие излучения.

Таким образом, в остром периоде прослеживается изменение проницаемости ГЭБ от филогенетического возраста коры головного мозга вне зависимости от природы действующего фактора. В более молодых участках коры (гиппокамп СА1 и СА3) изменения появляются ранее, более грубые и не исчезают до конца срока наблюдения, тогда как в древних зонах (пириформная зона древней коры) изменения менее выражены и стремятся к исходному уровню.

Список литературы.

1. Гайворонский И.В., Гайворонский А.И., Ничипорук Г.И., Байбаков С.Е. Функционально-клиническая анатомия головного мозга. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 57-58.

2. Крылова Н.В., Искренко И.А. Мозг и проводящие пути. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 64-66.

3. Холин А.В. Анатомия головного мозга человека в магнитно-резонансном изображении. - С. 74-75.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ АСКАРИДОЗА НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Походенко М.В., Макаренко В.В., Черников Д.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Гельминтозы всё ещё продолжает оставаться актуальной проблемой для многих регионов России, в том числе и для нашего. В настоящее время паразитарные болезни, поражающие преимущественно незащищенные слои населения, приобретают выраженное социальное значение [3]. Среди всех регистрируемых паразитарных заболеваний у населения Северо-Кавказского Федерального округа одним из наиболее распространенных является аскаридоз [1]. В связи с удобрением почвы не обезвреженными фекалиями, расширением тепличного и индивидуального овощеводства происходит рост числа больных аскаридозом. И несмотря на улучшение осведомленности населения о гельминтозах и появление современных антигельминтных препаратов, позволяющих вылечиться от многих паразитарных заболеваний, проблема аскаридоза на данный момент остается актуальной [2]. В связи с этим, целью нашего исследования является изучение динамики распространения аскаридоза на территории Северо-Кавказского Федерального округа.

Была выполнена оценка эпидемиологической ситуации и распространенность аскаридоза в СКФО за 3 года путем проведения ретроспективного анализа по данным официальной государственной статистической отчетности органов и учреждений Роспотребнадзора [4]. Исследования, проведенные с 2016 по 2018 гг. показали, что число больных аскаридозом в большинстве субъектов СКФО значительно уменьшается. Так в Кабардино-Балкарской республике данный показатель составляет в среднем 0,099% по СКФО. Именно здесь отмечаются рекордно низкие показатели, в 2016 – 3,57 на 100 т.н., в 2017 – 1,02, в 2018 – 1,53. Основной очаг аскаридоза - Республика Дагестан, где сельское хозяйство является базовой отраслью экономики. В данной отрасли задействовано до 30% населения. В 2016 аскаридозом были заражены 2970 человек, в 2017 – 2672, в 2018 – 2266. Отмечается положительная динамика, хотя число случаев заражения на 2018 год в данном субъекте федерации все еще составляет 60,8% от общего числа по СКФО. Высокая заболеваемость аскаридозом может объясняться высокой

плотностью населения и низким уровнем личной гигиены. Похожая ситуация наблюдается в Карачаево-Черкесской республике. В этом субъекте заболеваемость аскаридозом на 100 тысяч населения в 2017 году уменьшается в 2,5 раза по сравнению с предыдущим годом, а в 2018 году вновь повышается, но в 1,3 раза. Таким образом, заболеваемость населения в 2018 году ниже этого же показателя за 2016 год. В Северной Осетии-Алании заболеваемость на 100 тысяч населения в 2017 году возрастает с 38,7 до 45,8, однако к 2018 году тот же показатель уменьшается до 38,1. Это говорит о том, что вновь наблюдается спад заболеваемости аскаридозом в 2018 году по сравнению с 2016 годом. Противоположная ситуация наблюдается в республике Ингушетия, Чеченской республике, Ставропольском крае. В этих субъектах происходит увеличение заболеваемости аскаридозом в 2018 году по сравнению с 2016 годом. Причем, в республике Ингушетия и Ставропольском крае происходит ежегодное увеличение заболеваемости, а в Чеченской республике наблюдается сначала повышение, затем понижение данного показателя. Так, заболеваемость на 100 тыс. населения в данном субъекте в 2016 году составила 41,1, в 2017 году показатель резко увеличился до 51,3. И несмотря на последующий спад заболеваемости, данный показатель в 2018 году составил 45,8, что на 4,7 больше, чем в 2016 году. В результате проведенного анализа, можно сделать выводы, что заболеваемость населения аскаридозом в большинстве субъектов СКФО уменьшается. К ним относятся: республика Дагестан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская республики. Однако, в Чеченской республике, Ингушетии, Ставропольском крае тот же показатель увеличивается, что свидетельствует о росте числа больных аскаридозом в данных субъектах, а, значит, о напряженной эпидемиологической обстановке.

По результатам исследования был намечен первоочередный план мероприятий, проведение которых сможет понизить показатель заражения гельминтозом:

1. Наблюдение за динамикой заражения населения аскаридозом.
2. Проведение просветительских работ по соблюдению мер личной и общественной профилактики гельминтоза.
3. Борьба с механическими переносчиками яиц аскариды человеческой – мухами.
4. Нарастивание темпов диагностики аскаридоза с целью выявления заболеваний на ранних стадиях.

Список литературы.

1. Бутаев Т.М. Эпидемиологическая характеристика некоторых паразитарных заболеваний в республике Северная Осетия-Алания / Бутаев Т.М., Гаджиева Г.К., Отараева Н.И., Царикаева М.С. // Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период : тезисы докладов Всероссийской конференции (25-26 сентября 2013 г., Тюмень). – Тюмень, 2013. – С.31-35.

2. Киселев В.С. Распределение паразитарной заболеваемости по территории Российской Федерации // Русский медицинский сервер. - [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com>

3. О заболеваемости геогельминтозами в Российской Федерации в 2016 году: Письмо. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. - [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420382145>.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. –254 с.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Рисс М.Е., Маничева Ю.С.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, институт
медицинского образования

Теория межполушарной асимметрии в настоящее время определяет функциональные различия в работе полушарий, обусловленные некоторыми морфологическими особенностями. Межполушарная латерализация может, в свою очередь, проявляться различными типами функциональных асимметрий: моторной, сенсорной и психической. Установлено, что степень латерализации головного мозга может влиять на способ восприятия и обработки информации, скорость протекания нервных процессов, их силу и подвижность. По исследованиям ряда ученых наблюдается взаимосвязь профиля латерализации головного мозга и уровня тревожности.

Целью данной работы было изучение психофизиологических процессов с учетом функциональной асимметрии головного мозга. Всего было обследовано 80 человек (студенты института медицинского образования НовГУ и школьники 10 и 11 классов школы №36), возрастом от 15 до 24 лет. Исследования проводились в одно и то же время суток (с 12 до 15 часов). Для определения моторной латерализации применялись тесты: «поза Наполеона», переплетение пальцев, графические тесты; сенсорной латерализации – прицеливание, «подзорная труба», «часы», «телефонная трубка». Также использовалась буквенно-числовая методика оценки функциональной подвижности нервных процессов, теппинг-тест, методика Ч.Д. Спилберга-Ю.Л. Ханнина на выявление личностной и ситуативной тревожности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения Statistica 10.0, использовались статистические критерии Манна-Уитни (U-Kp) и Спирмена.

По результатам проведенных тестов на межполушарное доминирование все испытуемые были стратифицированы на следующие группы: с доминантным правым полушарием, доминантным левым полушарием, амбидекстры. Лица с доминированием правого полушария – 12 человек, что составило 15% от общего числа испытуемых; с преобладанием левого полушария – 67 человек (83,75%); равнополушарных – 1 человек (1,25%). У испытуемых с преобладанием правого полушария наблюдается умеренный уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности (СТ-39,6 ±8,1 баллов, ЛТ – 45,6 ±10,2 баллов). При доминировании правого полушария наблюдается средне-слабый тип нервной системы (преимущественно график промежуточного типа) и низкая подвижность нервных процессов (21,8 ±9,5 баллов). У лиц с доминированием левого полушария также отмечается умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности (СТ – 39,0 ±7,7 баллов, ЛТ – 42,4 ±6,9 баллов). Данной группе соответствует нервная система средней силы (преимущественно график ровного типа) и средняя подвижность нервных процессов (25,0 ±9,4 баллов). Статистически значимых различий между группами выявлено не было выявлено ни по одному из показателей U-Kp - $p \geq 0,05$. В исследовании не выявлены различия между группами с разной степенью межполушарной асимметрии по показателям свойств функциональной подвижности нервных процессов, уровня ситуативной и личностной тревожности. Отмечено превалирование нервной системы средней силы, среднего уровня функциональной лабильности нервных процессов, умеренной тревожности у лиц с доминированием левого полушария. Средне-слабый тип нервной системы, низкий уровень подвижности нервных процессов и умеренный уровень тревожности характеризуют испытуемых с доминирующим правым полушарием. Данные наблюдения выявлены на уровне тенденции. Показатель моторной латерализации не следует считать абсолютным показателем профиля межполушарной асимметрии, так как

профиль латерализации головного мозга определяется совокупностью показателей психической, моторной и сенсорной асимметрий.

Список литературы.

1. Антропова Л.К., Андронникова О.О., Куликов В.Ю., Козлова Л.А. Функциональная асимметрия мозга и индивидуальные психофизиологические особенности человека// Медицинские и фармацевтические науки, №3 – 2011.
2. Баллонов, Л.Я. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий / Баллонов Л.Я., Деглин В.Л. – Л. : Наука, 1976. – 218 с.
3. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональная асимметрия человека. 2-е издание. перераб. идоп. М., 1988.- 68с.
4. Михайлова Н.Л. Особенности электрической активности правого и левого полушарий головного мозга у лиц с разным профилем моторной асимметрии и ее связь с состоянием сердца в покое и после физической нагрузки// Ульяновский медико-биологический журнал, №2, 2011 – с. 147-155.
5. Москвин В. А. Индивидуальные профили латеральности и некоторые особенности психических процессов (в норме и патологии): дис. канд. мед. наук / Москвин В. А. - М., 1990. -212с.
6. Реброва Н. П. Межполушарная асимметрия мозга человека и психические процессы // Н. П. Реброва, М. П. Чернышева. - СПб., 2004. - 96 с.

ВЕТЕРИНАРНО-САНИТАРНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЫБЫ ИЗ ЕСТЕСТВЕННЫХ ВОДОЕМОВ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА НА ПРИМЕРЕ ОКУНЯ ОБЫКНОВЕННОГО (*PERCA FLUVIATILIS* L.)

Степаненко Е.А.

Астраханский государственный технический университет

Астраханская область является одним из ведущих регионов нашей страны по добыче и переработке рыбы и рыбной продукции. По своим пищевым качествам рыба не уступает мясу, но, к сожалению, очень часто может выступать источником распространения многих инвазионных заболеваний человека и животных. Для контроля заболеваемости среди населения необходимо проведение своевременных мониторинговых исследований потребляемой рыбы и продуктов ее переработки для определения наиболее благополучных водных объектов в паразитарном отношении, а также планирования профилактических и дегельментивных мероприятий. Объектом исследования данной работы являлся обыкновенный окунь (*Perca fluviatilis*) наиболее распространенный вид окуневых рыб в водоемах Астраханской области. Было исследовано 40 проб, выловленных из естественных водоемов региона (20 проб из реки Волга и 20 проб из водоема замкнутого типа – Ильмень Лиманский). Общая масса проб составила: первая партия (улов из реки Волга) – 3410 г; вторая партия (улов из Ильменя Лиманского) – 2483 г. Санитарно-паразитологическое исследование проводили в соответствии с МУК 3.2.988-00 «Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки», и «Методика паразитологического инспектирования морской рыбы и рыбной продукции (морская рыба-сырец, рыба охлажденная и мороженая)» и в соответствии с «Правилами ветеринарно-санитарной экспертизы пресноводной рыбы и раков». Основными методами при проведении исследований являлись: паразитологические – неполного исследования (осмотр внутренних органов) и параллельных разрезов, метод исследования мышечной ткани на просвет и компрессорный. В результате проведенных паразитологических

исследований, в уловах из реки Волга и Ильмень Лиманский были обнаружены не опасные для человека, но значительно портящие товарный вид нематоды рода *Eustrongylides*. Улов из реки Волга был наиболее поражен и всего из 20 проб было извлечено 72 эустронгилиды. Улов из Ильменя Лиманского содержал всего 2 паразита на 20 исследованных проб. Также в пробах, выловленных из реки Волга были обнаружены опасные для здоровья человека нематоды семейства *Anisakidae* (128). В пробах, выловленных из Ильменя Лиманского данный паразит обнаружен не был, это связано с тем, что нематоды семейства *Anisakidae* поражают морскую рыбу или рыб обитающих в реках, связанных с морем. Река Волга впадает в Каспийское море, соответственно поражение ее фауны данным гельминтом возможно, а Ильмень Лиманский – водоем замкнутый, соответственно наличие этого паразита исключено. Кроме того, в результате проведенных паразитологических исследований, в 1 пробе рыбы, выловленной из Ильменя Лиманского, были обнаружены – *Parascogenogonimus ovatus*. Метацицеркарии, представляющие опасность для здоровья человека. По результатам проведенных исследований можно сделать вывод, что Ильмень Лиманский – замкнутый водоем является более благополучным и безопасным водоемом в отношении пораженности гельминтами. Так как при проведении подсчетов в соответствии с требованиями МУК было установлено, что пробы из Ильменя Лиманского могут быть пригодны в пищу после зачистки, потрошения и соответствующих методов обеззараживания, а пробы из реки Волга по всем показателям значительно превышают требования и могут быть использованы после зачистки, термической обработки для изготовления кормов животным и для других не пищевых целей. Соответственно необходимо провести ряд профилактических мероприятий по работе с населением (то есть провести профилактические мероприятия по ознакомлению людей с данной проблемой, объяснить ее значимость и донести эффективные методы обеззараживания рыбы).

Список литературы.

1. Методика паразитологического инспектирования морской рыбы и рыбной продукции (морская рыба-сырец, рыба охлажденная и мороженая). – [Электронный ресурс]. – <http://www.docs.cntd.ru>
2. МУК 3.2.988-00. Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки. – [Электронный ресурс]. – <http://www.docs.cntd.ru>
3. Правила ветеринарно-санитарной экспертизы пресноводной рыбы и раков, утв. Минсельхозом СССР [Текст] : (Предназначены для ветеринарных специалистов колхозов и совхозов), – М., 1959. – 53 с.

МИКРОБЫ КАК УНИКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В БОРЬБЕ С ОЖИРЕНИЕМ

Федорова П.Ю., Фролова В.В., Аполлонова Н.В.

Тверской государственный медицинский университет Россия

Цель работы: изучить последние исследования в области микробиологии об открытии уникальных бактерий, помогающих сбросить лишний вес.

Материалы и методы: анализ научных статей вашингтонских и бельгийских медицинских центров, проводивших исследования в данной области.

Результаты: влияние кишечной микрофлоры на обменные процессы в организме человека удобно изучать на близнецах, которые отличаются комплекцией. Ученые проанализировали данные о 1539 женских близнецовых парах. У восьми женщин были взяты пробы кишечной микрофлоры и ввели через желудочный зонд безмикробным

мышам. Грызунов содержали поодиночке и кормили стандартным мышинным кормом с малым количеством жиров (4%) и высоким содержанием клетчатки. Мыши, которым ввели микроорганизмы людей с высоким жировым коэффициентом, быстрее набирали вес, причем за месяц содержание жира относительно массы тела возросло у них на 15%. Грызуны, получившие микрофлору людей стройного телосложения, сохранили постоянство массы тела и не толстели. В ходе проведенных экспериментов и исследований было выяснено, что в микрофлоре людей худой комплекции велика доля представителей семейства Bacteroidetes, а в микрофлоре людей толстой комплекции преобладают Firmicutes. На данный момент, методика снижения жировой массы при помощи пересадки микрофлоры кишечника не введена в общую медицинскую практику, исследования продолжаются. Но уже был найден конкретный микроорганизм для похудения. Его обнаружил бельгийский ученый профессор Патрис Кани (Patrice Cani из Лувенского католического университета (Catholic University of Louvain in Belgium)). В статье, опубликованной в журнале Proceedings of the National Academy of Sciences, он назвал эту уникальную бактерию - Akkermansia muciniphila. Добавляя лишь одну ее в рацион тучных крыс, экспериментаторы фиксировали значительное снижение их веса.

Выводы: 1. Кишечная микрофлора является одним из самых главных факторов, влияющих на обменные процессы человеческого организма, в том числе, играет ведущую роль в процессе формирования ожирения. 2. Учёные из ведущих мировых университетов, проведя многие эксперименты, выявили бактерии, напрямую влияющие на вес человека - Bacteroidetes, Firmicutes и Akkermansia muciniphila. 3. Даже если в обозримом будущем в аптеках появятся эффективные препараты для похудения, содержащие уникальные микробы, результаты приведут к положительному эффекту только при соблюдении потребления правильного рациона, а не только глотания капсул.

Список литературы.

1.Современные представления о взаимосвязи ожирения и кишечной микробиоты: Корниенко Е.А. - Педиатр. 2013. Т. 4. № 3. С. 3-14.

2.Science 06 Sep 2013:Gut Microbiota from Twins Discordant for Obesity Modulate Metabolism in Mice

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ЛАМЫ (LAMA GLAMA)

Крумкина К.А., Хватов В.А.

Санкт-Петербургский государственный университет ветеринарной медицины

Нижнечелюстная кость является важнейшим структурным компонентом зубочелюстной системы всех млекопитающих, характеризующийся высокой степенью генотипической и модификационной изменчивостью [1]. Проанализировав библиографические данные по семейству верблюдовых, мы не нашли достаточной информации по особенностям строения нижнечелюстной кости. Лама – одомашненное животное, из семейства верблюдовых, более распространенное в сельскохозяйственной области Южной Америки. Изучение данного вида животных для ветеринарных специалистов Северо-Западного региона Российской Федерации является интересным и актуальным из-за содержания лам в государственных зоопарках и в частных хозяйствах. Исходя из вышеперечисленного, целью нашего исследования – изучить видовые особенности в строении и морфометрии нижнечелюстной кости лам.

Материалом, положенным в основу работы, являются пять комплектов костей нижней челюсти скелетов лам (lama glama), исследуемых на базе музея кафедры анатомии

животных Санкт-Петербургского государственного университета ветеринарной медицины. Измерение линейных параметров нижней челюсти было определено с помощью электронного штангенциркуля модели «Tamo professional» с ценой деления 0,05 мм, производства США. По результатам измерений была проведена статистическая обработка полученных промеров, путем определения средней величины [3]. Все анатомические термины соответствуют международной анатомической номенклатуре под пятой редакции Н.В. Зеленовского [2]. Череп лам, как и у всех животных из семейства верблюдовых, – узкий и длинный, особенно в лицевом отделе. Как и у всех изучаемых животных, нижняя челюсть ламы представлена парными нижнечелюстными костями, длина каждой из которых составляет $31,20 \pm 0,33$ см. Рострально, в области резцовых частей они соединяются межнечелюстным суставом синостомом, и его средняя длина равняется – $7,40 \pm 0,07$ см. На нижнечелюстной кости различают горизонтально расположенное тело, средняя длина которой у лам составляет $24,62 \pm 0,25$ см, и вертикально расположенную челюстную ветвь, средняя длина которой у лам составляет $6,60 \pm 0,07$ см, а высота – $7,40 \pm 0,08$ см. На резцовой части нижнечелюстной кости располагаются четыре зубные альвеолы, переходящие в беззубый край. В первых трех альвеолах резцовой части нижнечелюстной кости у исследуемых скелетов лам располагаются резцы, представленные зацепами, средними медиальными резцами и окрайками. Через $1,30 \pm 0,01$ см располагаются хорошо развитые клыки крючковатой формы. За клыками нижнечелюстной кости у лам начинается беззубый край, который необходим ветеринарным специалистам для фиксации нижней челюсти и черепа при проведении диагностических и терапевтических манипуляций. Средняя длина беззубого края составляет $5,44 \pm 0,05$ см. На коренной части нижнечелюстной кости, длина которой составляет у ламы $8,83 \pm 0,09$ см, располагаются также четыре зубные альвеолы, одна из которых служит для премоляра, а остальные для моляров. Зубная формула нижней челюсти имеет следующий вид: I3, C1, P1, M3, в сумме 16 зубов. Рострально, в области подбородочной поверхности резцовой части тела нижнечелюстной кости ламы, расположено подбородочное отверстие. По отношению к зубам оно располагается аборально клыку. Также на щечной поверхности коренной части тела нижнечелюстной кости ламы, напротив первого моляра, располагается второе подбородочное отверстие, к которое по отношению к первому является малым. Расстояние между отверстиями у исследуемых животных – $6,25 \pm 0,07$ см. Оба подбородочных отверстия у ламы ведут в нижнечелюстной канал, средняя длина которого составляет $20,83 \pm 0,21$ см. В области крыловидной ямки ветви нижней челюсти данный канал заканчивается нижнечелюстным отверстием. Почти всю латеральную поверхность ветви нижнечелюстной кости ламы занимает жевательная ямка – высота $6,58 \pm 0,07$ см, длина – $4,57 \pm 0,05$ см. На медиальной поверхности ветви, как уже говорилось ранее, располагается крыловидная ямка – высота $5,91 \pm 0,06$ см и длина $4,06 \pm 0,04$ см. Дорсально от ветви выступает венечный отросток, высота которого – $5,94 \pm 0,06$ см, а длина – $1,80 \pm 0,02$ см. Аборально за ним располагается блоковый отросток, который также носит название мышечный. Его средняя высота у ламы составляет $1,44 \pm 0,01$ см, ширина – $2,30 \pm 0,02$ см, а длина $1,51 \pm 0,01$ см.

В результате проведенного исследования были определены видовые особенности строения нижнечелюстной кости ламы, такие как наличие второго подбородочного отверстия в области коренной части тела нижнечелюстной кости. Были установлены морфометрические показатели структур нижнечелюстной кости. Полученные результаты можно использовать, как научно-теоретическую базу в сравнительной анатомии экзотических животных, а также в практической отрасли ветеринарными терапевтами и хирургами при зоопарках и частных комплексах.

Список литературы.

1. Былинская Д.С. Анатомия верхнечелюстной кости рыси евразийской / Былинская Д.С., Щипакин М.В., Зеленовский Н.В., Васильев Д.В.// Материалы Международной

научно-практической конференции, посвященной 70-летию заслуженного работника сельского хозяйства РФ, почетного работника ВПО РФ, лауреата государственной премии УР, ректора ФГБОУ ВО Ижевская ГСХА, доктора сельскохозяйственных наук, профессора Любимова Александра Ивановича «Аграрное образование и наука - в развитии животноводства» – Ижевск, 2020 – С. 260-262.

2. Зеленовский Н. В. Международная ветеринарная анатомическая номенклатура. Пятая редакция / Зеленовский Н.В.// – Санкт-Петербург: Лань, 2013 – С. 400.

3. Зеленовский Н.В. Музей сравнительной анатомии и его роль в подготовке ветеринарно-санитарных экспертов / Зеленовский Н.В., Щипакин М.В., Прусаков А.В., Былинская Д.С., Бартенева Ю.Ю., Васильев Д.В.// Иппология и ветеринария – Санкт-Петербург, 2020 – №1(35) – С. 12-15.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ У ДЕВУШЕК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В РИСКЕ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Цатурян Л.Д., Меликбекян Е.О., Абдулаева Р.Х., Чеботарева Н.А., Орлов М.О.
Ставропольский государственный медицинский университет,

На современном этапе развития медицины актуальным остается вопрос изучения процессов физиологической адаптации организма человека к различным условиям среды. С одной стороны, эта актуальность связана с раскрытием основных особенностей функционирования систем организма в норме и патологии, а с другой – решением ряда важнейших медико-биологических задач в аспекте долгосрочного прогнозирования здоровья человека. В настоящее время ведущей причиной смертности в Российской Федерации остаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [3]. Среди факторов риска ССЗ особое место отводится дислипидемиям, включающим широкий спектр нарушений липидного обмена [4]. Манифестация нарушений липидного статуса отмечается уже в молодом возрасте, что в дальнейшем ведет к развитию различных нозологических форм сердечной-сосудистой патологии [5]. При изучении метаболических процессов и профилактики многих заболеваний необходимо учитывать этническую принадлежность человека и биогеохимические особенности среды [1,2]. Под этнической природой индивидуумов следует рассматривать генетически детерминированный метаболический статус, совокупность процессов ферментативной метаболизации поступающих в организм данной популяции веществ различного происхождения. В аспекте вышесказанного, целью исследования явилось изучение особенностей липидного статуса и его нарушений с учетом этнической принадлежности среди девушек медицинского вуза для оценки риска развития сердечно-сосудистой патологии. Нами выполнено комплексное исследование 128 практически здоровых девушек-студенток (17-20 лет) второго курса Ставропольского государственного медицинского университета. Критерием отбора служила этническая принадлежность и проживание обследуемых в разных природно-климатических условиях. В обследование вошли девушки, относящиеся к разным языковым семьям: Индо-Европейской (русские) – 57 человек, Алтайской (карачаевки) – 36 человек и Северо-Кавказской (кабардинки) – 35 человек. Для изучения основных показателей липидного обмена использовали свежевыделенные пробы сыворотки крови. Определяли содержание общего холестерина (ОбХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов высокой (ХС-ЛПВП) и низкой плотности (ХС-ЛПНП) энзиматическим колориметрическим методом на полуавтоматическом биохимическом анализаторе «STAT-FAX 1904+» (США), с использованием наборов фирмы «Vital Diagnostic» (Россия).

Нарушения липидного обмена интерпретировали согласно классификации гиперлипидемий (ГЛП) Фредриксона (1967). Анализ полученных данных проводили с использованием прикладной программы SPSS Statistics. Статистическую значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента при $p \leq 0,05$ (95%).

Изучение особенностей липидного спектра у девушек выявило наличие своеобразного липидного профиля. Значение медианы показателей липидограммы среди всех девушек находились в пределах нормальных величин, однако у части девушек отмечались отклонения от нормы. Погранично высокие значения ОБХС установлены у 18,4% девушек, ТГ – у 17,4%, ХС-ЛПНП – у 18,4 % и снижение ХС-ЛПВП у 6,7% девушек. Далее нами рассмотрен характер нарушений липидного обмена. Распространенность ГЛП отмечались в 17,3% девушек, выявленные отклонения липидного обмена соответствовали ГЛП 2а, 2b и 3 типов. В группе девушек 2а тип ГЛП встречался у 10,6%, 2b тип ГЛП обнаружен у 5,7% девушек. Наименее представленный оказался 3 тип ГЛП – всего 1%. С одной стороны, установленные особенности можно рассматривать как адаптивные механизмы в условиях высокой потребности организма в холестерине и повышенного расхода для обеспечения гомеостаза и энергетических процессов в юношеском периоде, а с другой – как проявление ранних генетически детерминированных метаболических нарушений, ведущих к развитию ССЗ. Вторым этапом нами рассмотрены внутригрупповые нарушения липидного обмена. Анализ лабораторных данных свидетельствует о том, что в популяционных группах девушек уровень ОБХС и ТГ не превышал допустимых средних референтных величин. При этом статистически значимых отличий установлено не было, тем не менее, в группе карачаевских девушек отмечался наибольший уровень ОБХС ($4,75 \pm 0,15$ ммоль/л) и ТГ ($1,46 \pm 0,07$ ммоль/л). Сравнительный анализ уровней ХС-ЛПВП среди девушек-студенток показал, что наименьшие пределы колебаний концентрации отмечались в группе карачаевских девушек ($1,19 \pm 0,03$ ммоль/л), при этом указанный показатель был статистически значимо ($p < 0,002$) ниже в сравнении с средними значениями ХС-ЛПВП у кабардинских девушек ($1,32 \pm 0,03$ ммоль/л). Наибольшие значения ХС-ЛПНП обнаружены у карачаевских и русских девушек, причем, уровень ХС-ЛПНП статистически значимо выше у карачаевских студенток в сравнении с ХС-ЛПНП в группе кабардинок ($p < 0,05$). Внутригрупповой анализ ГЛП позволил обнаружить ранние нарушения метаболизма липопротеинов во всех группах девушек. При этом в большей степени нарушения проявлялись у карачаевских девушек, у которых ГЛП 2а типа выявлялись в 22% случаев. Наименьшая встречаемость ГЛП 2а типа наблюдалась в группе кабардинок. Частота встречаемости ГЛП 2b типа оказалась примерно одинаковой во всех группах. Высокая степень поражения атеросклерозом ГЛП 3 типа отмечалась у 2,7 % карачаевских и 1,7 % русских девушек, а в группе кабардинок данный тип нарушений не регистрировался. Анализ основных показателей липидного обмена подтверждает наше мнение о наличии существования особенностей липидного статуса среди девушек разных национальностей.

Таким образом, проведенный анализ основных показателей липидного обмена иллюстрирует первичные нарушения липидного обмена у девушек-студенток медицинского вуза разных этнических групп. Установленные особенности в аспекте выраженности риска развития атеросклероза, в большей степени относятся к карачаевским девушкам, что проявляется наличием гиперлипидемий в указанной группе. Выявленные особенности позволяют отнести карачаевских девушек к группе риска развития сердечно-сосудистой патологии.

Список литературы.

1. Агаджанян Н.А. Этнический аспект адаптационной физиологии и заболеваемости населения / Агаджанян Н.А., Макарова И.И.// Экология человека. – 2016. – № 3. – С. 3-13.
2. Бродская Т.А. Вопросы оценки сердечно-сосудистого риска в зависимости от этнической принадлежности и поражения органов-мишеней / Бродская Т. А., Невзорова

В.А., Репина Н.И., Богданов Д.Ю.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – 16(4). – С. 93-99.

3. Глущенко А.В. Сердечно-сосудистая заболеваемость – одна из важнейших проблем здравоохранения / Глущенко А.В., Иркиенко И.К.// Медицина и организация здравоохранения. – 2019. – Т.4. – №1. – С. 56-63.

4. Гуманова Н. Г. Аналитический комплекс биохимических маркеров для доклинической диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Гуманова Н.Г./ Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – 18(5). – С. 117-127.

5. Машанская А.В. Метаболический синдром как комплексный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и немедикаментозные методы лечения и профилактики у детей и подростков / Машанская А.В., Киргизова О.Ю.// Сибирский медицинский журнал – 2013. – №6. – С. 16-20.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ СТРЕССА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Цатурян Л.Д., Княжецкая Л.О., Салихова К.Р., Газгиреев И.И., Анисимова В.Н

Ставропольский государственный медицинский университет

Общеизвестно, что одним из важнейших факторов, повышающих риск манифестации сердечно-сосудистой патологии, является нарушение липидного обмена различной этиологии. Липиды выполняют ряд жизненно важных функций: составляют основу центральной нервной системы, играют большую роль в энергетическом обмене и процессах пищеварения. Кроме того, следует отметить, что стресс является универсальным механизмом, позволяющим адаптироваться к эндогенным и экзогенным факторам. Активация звеньев стрессовой системы приводит к изменению тонуса вегетативной нервной системы, а также увеличению продукции стрессовых гормонов центрального и периферического происхождения. Исходя из вышесказанного, целью данной работы явилось изучение особенностей липидограммы у крыс, находящихся в состоянии экспериментальной модели хронического мягкого стресса. Работа выполнена на крысах-самцах популяции Вистар (10 животных) в возрасте 3-4 мес. Животные были разделены на две группы: I группа (n=5) – контроль, II группа (n=5) – опытная. В эксперименте в опытной группе животных использовалась модель хронического мягкого стресса (ХМС), вызываемая воздействием различных меняющихся факторов окружающей среды. Данная методика считается одной из наиболее адекватных моделей стрессогенного воздействия (Таблица 1). Эксперимент выполнен в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приказ МЗ СССР N755 от 12.08.1977) и «Правилами лабораторной практики в Российской Федерации» (Приказ Министерства здравоохранения РФ №267 от 19.06.2003). Первым этапом исследования с учетом поставленной цели нами был проведен анализ липидограмм. Он проводился на биохимическом анализаторе Stat Fax 1904+ и включал определение общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), уровня триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), а также расчет коэффициента атерогенности (КА). Результаты исследования представлены в виде $M \pm m$, где М - средняя арифметическая изучаемого параметра, m - ошибка среднего. Оценку достоверности различных величин осуществляли по t-критерию Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Проведенный анализ основных показателей липидограммы позволил выявить следующие особенности. В контрольной группе животных уровень ОХС составил

1,75±0,08 ммоль/л, в то время как в опытной группе значения аналогичного показателя были выше – 2,11±0,15 ммоль/л ($p=0,03$). Фракция антиатерогенных ЛПВП в контрольной (0,63±0,04 ммоль/л) и опытных (0,61±0,03 ммоль/л) группах отличалась несущественно ($p=0,34$). Уровень ЛПОНП (0,22±0,03 и 0,24±0,01) и ТГ (0,49±0,06 и 0,53±0,03) в опытной группе представлен более высокими значениями, чем в контрольной группе животных. Как известно, фракция ЛПНП является атерогенной, в противоположность антиатерогенным ЛПВП. В нашем исследовании существенные отличия установлены при анализе средних значений ЛПНП. В опытной группе показатели ЛПНП (1,27±0,12 ммоль/л) достоверно ($p=0,01$) превышали значение изучаемого показателя в контрольной группе (0,89±0,06 ммоль/л). С учетом того, что в группах животных было выявлено отличие среди изучаемых показателей основных фракций липопротеидов, целесообразным на наш взгляд представлялось изучение расчетного показателя КА. Значения КА в опытной (2,48±0,13 ед.) группе животных не выходили за пределы средних референтных величин, однако были достоверно выше ($p=0,01$), чем в контрольной группе (1,81±0,09 ед.).

Таким образом, резюмируя полученные данные, можно сделать следующие выводы:

1) На основании проведенного анализа основных показателей липидограммы в группе животных, находящихся в состоянии хронического мягкого стресса, изменяются метаболические процессы, связанные с липидным обменом. 2) Из основных показателей липидограммы, характеризующей липидный обмен, в группе животных, находящихся в хроническом стрессе, в первую очередь повышаются ЛПНП. Можно предположить, что подобные изменения связаны с нейроэндокринными реакциями организма при активации симпатoadреналовой системы. 3) Анализ полученных липидограмм у экспериментальных животных, находящихся в состоянии хронического стресса позволяет установить более высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии, что подтверждается более высокими значениями КА. 4) Длительное стрессовое состояние может являться пусковым моментом развития кардиоваскулярной патологии, приводящее к изменению липидного обмена, а также повышению фракций атерогенных липопротеидов и КА.

Список литературы:

1. Стамова Л.Г., Гулин А.В., Назирова А.А. Нейрофизиологические изменения при эмоциональном стрессе // Вестник российских университетов. Математика. – 2017. – №22. – с. 1-7.
2. Першина К.В. Нейрофизиологические механизмы стресса и депрессивных состояний и методы борьбы с ними // European Science. – 2019. – №1(43). – с.78-83.
3. Нестерова А. А., Загребин Валерий Леонидович, Агрыцков А. М., Демидович И. Л., Довгалева А. О., Нестерова К. И. Стресс-ассоциированные изменения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и соматотропного гормона у половозрелых белых крыс // Вестник ВолГМУ. 2012. №3 (43). – с. 84-86.
4. Долбышев А. В. Нейрофизиологические механизмы стресса // StudNet. 2020. №7. – с.163-167.
5. Плехова Н.Г., Невзорова В.А., Родионова Л.В., Репина Н.И., Богданов Д.Ю., Кулакова Н.В., Мокшина М.В., Бродская Т.А. Возможности индивидуализации оценки атерогенности липопротеинового спектра крови // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

**Цатурян Л.Д., Козырева А.В., Абдулаева Р.Х., Меликбекян Е.О., Абакарова А.Р.,
Аванесян М.Ю.**

Ставропольский государственный медицинский университет

Метаболические нарушения представляют на сегодняшний день острую медико-социальную проблему современности и рассматриваются не только как часто встречающаяся патология, но и как жизнеугрожающее состояние. По мнению экспертов ВОЗ у 300 миллионов людей в мире выявляют метаболический синдром, кроме того в ближайшие 20 лет ожидается увеличение числа больных на 50%. В аспекте вышесказанного, проблема оценки проявлений и развития метаболических нарушений всё более актуализируется. Несомненный интерес представляет выявление факторов риска развития метаболических нарушений в женском организме на основе мониторинга морфологических показателей.

Целью нашего исследования явилось изучение индивидуально-типологических конституциональных особенностей женского организма в оценке риска развития метаболических нарушений.

Исследование проводилось на базе Ставропольского государственного медицинского университета. В эксперименте приняли участие студентки (русские: $n=35$, индианки: $n=32$, узбечки: $n=14$) в возрасте от 18 до 21 года (81 человек). В ходе работы у девушек были проанализированы показатели, характеризующие морфологические особенности организма, рассмотрены более значимые – длина (ДТ) (см) и масса тела (МТ) (кг), окружность талии (ОТ) (см), обхват грудной клетки (ОГК) по сосковой линии (см). Следующим этапом оценивали морфологический профиль путем вычисления индексов Кетле (ИК), Пинье (ИП), талия/рост (ИТР). Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке, достоверным считается уровень при значении t -критерия Стьюдента $p<0,05$. Рост и масса тела являются основными показателями развития, отражают взаимодействие среды и организма, а также представляют собой признаки, имеющие дополнительное адаптивное значение. Анализ полученных данных показал, что наиболее высокорослыми ($p<0,001$) являются русские девушки ($166,1\pm0,98$), а низкорослую среднюю достоверную ($p<0,01$) величину обнаружили у индианок ($156,87\pm0,97$). Увеличение МТ выявлено у русских девушек ($58,822\pm1,469$) и выраженное снижение – у индианок ($55,559\pm2,184$). Проведенное соматотипирование среди девушек разных этнических групп, выявило однонаправленную тенденцию в преобладании нормостенического типа телосложения. По результатам исследования весоростовых соотношений ИК, который отражает состояние здоровья девушек, свидетельствует о преобладании нормального веса – 68,6%, 71,9%, 78,6. Дефицит массы тела выявлен у русских девушек – 20%, наименьшее значение – у девушек-узбечек (7,1%). Наличие избыточного веса у индианок (15,6%) свидетельствует о снижении уровня физической активности, кроме того может быть связано с психоэмоциональными нагрузками. Индекс Пинье – представляет расчетный показатель, характеризующий крепость телосложения человека. На основании полученных данных у русских и индийских девушек отмечается наибольший «разброс» величин ИП. У русских девушек преобладает (28,6%) хороший показатель крепости телосложения, связанный с высокими показателями МТ и ОГК. Средний уровень выявлен у девушек-узбечек – 50%, слабый – у индианок – 28,1%. Очень слабое и крепкое величины ИП встречаются в меньшем проценте у девушек-узбечек – 7,1%, а также индианок (очень слабое – 15,6%, крепкое – 12,5%) и русских студенток (очень слабое – 8,6%). С точки зрения донозологической диагностики, актуальным является определение прогноза развития кардиоваскулярной патологии на основе

метаболических нарушений, возникающих уже в молодом возрасте. В этом отношении можно утверждать, что состояние здоровья студентов отражает состояние здоровья молодежи в целом. Важным аспектом при изучении конституциональных и морфологических особенностей женского организма остается изучение распределения жировой ткани, поскольку, очевидно, что генетически обусловленная особенность к окислению жиров, особенности гормонального статуса, питания, а также другие причины эндо- и экзогенного характера обеспечивают индивидуально-типологический компонент, а также могут приводить к значительным изменениям и отклонениям в состоянии здоровья [1]. В нашем исследовании с учётом использованного ИТР наибольший процент обследованных девушек находится в пределах нормы, однако у 25% девушек-индианок выявлен показатель выше нормы, что свидетельствует о наличии значительного объема талии и избытка висцерального жира. Максимальный показатель «ниже нормы» встречается у русских девушек – 22,8%, что предполагает снижение риска развития метаболических нарушений.

В результате изучения индивидуально-типологических конституциональных особенностей женского организма, в оценке риска развития метаболических нарушений был получен материал, анализ которого позволил сделать следующие выводы: 1. Наиболее высокорослыми ($166,1 \pm 0,988$) и достоверно ($p < 0,001$) значимыми с максимальной массой тела ($58,822 \pm 1,469$) оказались русские девушки. Низкорослые ($156,875 \pm 0,970$) с наименьшей массой тела ($55,559 \pm 2,184$) – индийские девушки. 2. У всех обследованных девушек преобладает нормостенический тип телосложения, превышающий 50%. 3. Высокий риск развития кардиоваскулярной патологии с использованием весоростовых индексов установлен в группе индийских и узбекских девушек.

Список литературы.

1. Агаджанян Н. А. Этническая физиология: экология, адаптация, здоровье: монография / Агаджанян Н. А., Цатурян Л. Д. – Ставрополь: Изд-во СГУ: Сервисшкола, 2011. – 256 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МИКРОБИОТЫ РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПОВ ПОЛОСТИ РТА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

**Червинец В.М., Червинец Ю.В., Леонтьева А.В., Григорьянц Э.О., Стулов Н.М.,
Беляев В.С.**

Тверской государственный медицинский университет

Полость рта по составу микробиологических сообществ представляет сложную и богатую в видовом плане (примерно 700 видов) систему, изменения в которой способны оказывать влияние не только на здоровье полости рта, но и всего организма в целом. [1]. Стоматологические заболевания многими авторами рассматриваются в контексте изменения состава биоплёнок [2,3]. Состав биоплёнок влияет на развитие таких заболеваний, как пародонтит, гингивит, кариес [4]; отмечен комменсализм бактерий биоплёнок, который связан с передачей сигнальных молекул в сообществе [5, 6]. Многие авторы [2,3,4,5,6,7] связывают хронический пародонтит (ХП) с дисбиозом различных биотопов полости рта, самым важным из которых является пародонтальный карман. С развитием периодонтита могут быть связаны мутации, определяющие чувствительность тканей пародонта к колонизации специфическими микроорганизмами [7]. В результате комплексного исследования выяснено, что некоторые мутантные аллели связаны с

уменьшением *Tannerella forsythia*, *Actinomyces gerencseriae*, *Fusobacterium periodonticum*, *Prevotella nigrescens*, другие с увеличением *Porphyromonas gingivalis* - ключевого парадонтопатогена [8]. Сравнён микробиом щеки и пародон-тального кармана при различных видах периодонтитов [9]. Среди обнаруженных 195 родов, наиболее часто встречались стрептококки и неспорообразующие анаэробы [10]. В здоровой группе было исследовано 18 человек. Опытная группа - 20 больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Средний возраст исследуемых в двух группах составил 35-45 лет. Исследуемый материал, соскоб с языка, зубной налет, содержимое зубодесневого желобка и пародонтального кармана, забирали утром (8- 9 часов) до приема пищи. В работе использован классический бактериологический метод диагностики. Идентификация осуществлялась по биохимической активности с применением API систем (bioMérieux). Из содержимого зубного налёта здоровых исследуемых выделялись *Streptococcus* spp. в 94,4% случаев, *Peptostreptococcus* spp. – в 72,2%, *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Veillonella* spp. – в 22,2%, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus* spp., *Peptococcus* spp. – в 11,1%, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus pyogenes*, *Bacillus subtilis*, *Bacteroides* spp., *Micrococcus* spp. – менее 10%. Из содержимого зубодесневого налёта больных пародонтитом в 80% случаев выделялись *Streptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Streptococcus agalactiae* – в 50%, *Staphylococcus* spp., *Peptococcus* spp. – в 40%, *Veillonella* spp. – в 25%, *Bacillus* spp. – в 20%, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus aureus* – в 15%, *Stomatococcus* spp. – в 10%, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus salivarius*, *Bacillus subtilis*, *Lactobacillus* spp., *Candida albicans* – менее 10%. В соскобе с языка здоровых людей в 94,4% случаев выявлялись *Streptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. – в 66,7%, *Staphylococcus aureus* – в 55,55%, *Bacillus* spp. - 27,8%, *Staphylococcus* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Veillonella* spp. – в 22,2%, *Enterococcus* spp., *Candida albicans* – в 16,7%, *Streptobacillus*, *Micrococcus* spp., *Peptococcus* spp. – в 11,1% *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus* spp., *Streptococcus salivarius*, *Lactobacillus* spp., *Clostridium* spp. – менее 10%. В соскобе с языка больных пародонтитом выделялись *Peptostreptococcus* spp. в 95% случаев, *Streptococcus* spp. – 79%, *Streptococcus agalactiae* – в 65%, *Staphylococcus* spp. – в 30%, *Bacillus* spp., *Lactobacillus* spp. – в 20%, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp. – в 15%, *Streptobacillus*, *Bacillus subtilis*, *Stomatococcus* spp. – в 10%, менее чем в 10% - *Staphylococcus epidermidis*, *Veillonella* spp., *Micrococcus* spp. Из содержимого зубодесневого желобка здоровых людей выделялись *Streptococcus* spp. – 94,4% случаев, *Peptostreptococcus* spp. – в 77,8%, *Bacillus* spp. – в 44,4%, *Peptococcus* spp. – в 38,9%, *Enterococcus* spp. – в 22,2%, *Staphylococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus salivarius*, *Veillonella* spp. – в 11,1%, *Streptobacillus*, *Micrococcus* spp., *Clostridium* spp., *Candida albicans*, *Candida tropicalis* – менее 10%. В содержимом пародонтального кармана больных пародонтитом в 80% случаев выявлены *Streptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Streptococcus agalactiae* – в 45%, *Peptococcus* spp. – в 40%, *Bacillus* spp. – в 25%, *Veillonella* spp., *Stomatococcus* spp. – в 20%, *Bacillus subtilis* – в 15%, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Lactobacillus* spp. – в 10%, *Staphylococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Bacteroides* spp. – менее 10%. На слизистой языка у больных пародонтитом на 30% больше выявлялись представители *Peptostreptococcus* spp., на 15 % - *Lactobacillus* spp., в 65% случаев выявлены *S. agalactiae*, в 10%-*Bacillus subtilis*, на 40 % меньше *S. aureus* и на 17%- *S. epidermidis*. В зубном налёте больных пародонтитом на 18% чаще выявлялись предст. *Staphylococcus* spp., на 30% больше пептококков, в 50 % случаев выявлялся *S. agalactiae*, 10%-*Stomatococcus* spp., 5%-лактобациллы и кандиды. В пародонтальном кармане на 15% меньше выявлялись *Streptococcus* spp., в 45 % случаев выявлялись *S. agalactiae*, в 20%- *Stomatococcus* spp.

Список литературы.

1. Chen WP, Chang SH, Tang CY, Liou ML, Tsai SJ, Lin YL. Composition Analysis and Feature Selection of the Oral Microbiota Associated with Periodontal Disease. *Biomed Res Int*. 2018;2018:3130607. Published 2018 Nov 15. doi:10.1155/2018/3130607
2. Биоплёнки патогенных бактерий: биологические свойства и роль в хронизации инфекционного процесса / Харсеева Г. Г., Миронов А. Ю., Фролова Я. Н. // *Успехи современной биологии*. – 2015. – т. 135, № 4. – С. 346-354.
3. Чепуркова О. А., Чеснокова М. Г., Недосеко В. Б., Миронов А. Ю. Кандида-ассоциированный пародонтит. Диагностика. Лечение: Монография / Омск: «Вариант-Омск», 2012. 160 с.
4. Buskermolen JK, Janus MM, Roffel S, Krom BP, Gibbs S. Saliva-Derived Commensal and Pathogenic Biofilms in a Human Gingiva Model. *J Dent Res*. 2018;97(2):201-208. doi:10.1177/0022034517729998
5. Oral Biofilms: Development, Control, and Analysis / Berger D, Rakhamimova A, Pollack A, Loewy Z // *High Throughput*. 2018;7(3):24.
6. Bowen WH, Burne RA, Wu H, Koo H. Oral Biofilms: Pathogens, Matrix, and Polymicrobial Interactions in Microenvironments. *Trends Microbiol*. 2018;26(3):229-242. doi:10.1016/j.tim.2017.09.008
7. Микробиоценозы полости рта у больных генерализованным пародонтитом и их коррекции / Лебедев Д. В., Червинец В. М., Миронов А. Ю., Червинец Ю. В. // *Стоматолог*. 2011. - № 12. – С. 23-29.
8. Genetic Association with Subgingival Bacterial Colonization in Chronic Periodontitis / Cavalla F, Bigueti CC, Melchiades JL, et al. // *Genes (Basel)*. 2018;9(6):271.
9. The role of natural salivary defences in maintaining a healthy oral microbiota / Anne Marie Lynge Pedersen, Daniel Belstrøm. // *Journal of Dentistry*. 2019; 80(1): 3-12
10. Comparison of Subgingival and Buccal Mucosa Microbiome in Chronic and Aggressive Periodontitis: A Pilot Study / Wei Y, Shi M, Zhen M, et al. // *Front Cell Infect Microbiol*. 2019; 9:53.



РАЗДЕЛ 10.

Актуальные вопросы философии, биоэтики и клинической психологии

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Абакарова Э.Г., Хачатрян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

По официальной статистике ВОЗ Россия занимает 2 место в мире по числу самоубийств среди подростков, не включая самоубийств квалифицированных под несчастный случай [1]. Согласно отечественным исследованиям, более 75% российских подростков старше 13 лет ежедневно пользуются Интернетом и имеют аккаунты в социальных сетях, в которых обсуждается суицидальная тематика. Целью данного исследования является установления причин активного поиска подростками суицидальных групп в социальных сетях и возможность осуществления дальнейшей психологической помощи. В экспериментальную группу вошли 32 подростка в возрасте 13-16 лет, из случайной выборки респондентов найденных через информационную сеть «Интернет». Персональные страницы респондентов содержали хештеги и аккаунты пропагандирующие суицид, фотографии с изображением китов и соответствующие посты и фразы : "Хочу в игру", "Куратор, напиши мне", "F57", "Разбуди меня в 4:20" и др. Для достижения поставленных целей, сбора данных и осуществления дальнейшей коммуникации с подростками, была создана специальная страница в социальной сети Инстаграм. Исследовательской базой явились Центр психологической поддержки студентов СтГМУ, официальное сообщество ВКонтакте "Китобой" (https://vk.com/kitoboi_official), "Центр защиты и развития личности", "Молодежная Служба Безопасности" (<https://vk.com/helpersaver>). В ходе исследования подростки были разделены на 4 условные группы. Первую группу составили подростки, добровольно принявшие участие в поиске потенциальных игроков "Синего кита" (12,5% от общего количества подростков). План взаимодействий проходил под строгим контролем и согласованием с инициаторами исследования. Во вторую группу вошли подростки – настоящие участники игры, на момент эксперимента находящиеся в процессе выполнения заданий (9%). Так как данная группа находилась под давлением виртуальных «наставников», вступить с ними в конструктивное взаимодействие не удалось. После безуспешных попыток в просьбе выйти из игры, было принято решение направленное на информирование родителей (поиск страниц через социальные сети), вовлечение общественных сообществ и киберполиции. Третью группу составили подростки, имеющие тенденцию к аутоагрессивному поведению, в том числе, дети из социально неблагополучных семей (37,5%). Четвертая группа - подростки, принявшие решение вступить в игру "Синий кит" из любопытства (41%). Оказавшись втянутыми в игру под давлением кураторов и других игроков, подростки в состоянии нестабильного эмоционального состояния были нацелены на причинение физического вреда собственному телу. В ходе исследования удалось выяснить основные причины поиска респондентами групп смерти: проблемы в семье (алкоголь, насилие, развод, смерть близкого человека, недопонимание с родителями), неразделенная любовь, отсутствие друзей, издевательства со стороны сверстников, принадлежность к сексуальным меньшинствам. Профилактическая работа была направлена на нахождение компромиссов в решении проблем, совместной постановке целей на будущее, поиску новых увлечений, виртуальных друзей, при отсутствии и невозможности реальных, установлению доверительных отношений с родителями, а также обращению в центры психологической помощи по месту жительства или в официальное сообщество "Китобой", где профессионально и анонимно оказывается помощь детям и подросткам. Возможность общения в привычной для подростка социальной среде с правом анонимного взаимодействия, оказало благоприятный эффект в создании дружеских и доверительных отношений. Согласились принять психологическую помощь 66% подростков из общего числа вовлечённых в игру. Процент подростков отказавшихся от любых видов

психологической помощи и дальнейшего взаимодействия составил 25%. Социальные сети для подростков, являются значимым ресурсом для обмена информацией, выражения собственных проблем, поиска и получения психологической поддержки. С другой стороны, участники деструктивных тематических сообществ могут стать жертвой различных форм агрессии, манипулирования и преследования в социальных сетях. Несмотря на ужесточение законов и борьбу правоохранительных органов с запрещенными контентом, полная ликвидация «игр» из социальных сетей невозможна. Следовательно, перед психологами, медиками, волонтерами стоит глобальная задача направленная на использование социальных сетей в качестве инструмента для создания групп онлайн-поддержки, способных предоставить квалифицированную и профессиональную помощь специалистов.

Список литературы.

1. Гишинский, Я. Самоубийства в России /Я. Гишинский, Г. Румянцева // Мир России. Социология. Этнология. — 1998. — №4. — С.159-166.
2. Абакарова, Э. Г. Современные методы психологической диагностики суицидального поведения у больных /Э. Г. Абакарова, О. И. Боев, О. А. Семенова // Прикладная юридическая психология. – 2018. – № 2 (43). – С. 39–46.
3. Каршибаева, Г. А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте / Г. А. Каршибаева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2015. — № 7 (87). — С.663-665.
4. Абдрахманов, Р.Б. Раннее выявление склонности подростков к суицидальному поведению через социальные сети / Рустам Б.А., Нургазы К.К., Джантыков А.. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 10 (300). — С. 5-10.
5. Клейберг, Ю.А. Деструктивная интернет-игра «Синий кит» как девиантологический феномен: постановка проблемы / Ю.А. Клейберг.// Пензенский психологический вестник. — 2017. — №1. — С. 70-82.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Абдукудусов А.О., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы исследования суицидального поведения обусловлена отрицательными последствиями, которые негативно воздействуют на общество в целом, наносят моральный ущерб родителям [2,5,6]. Стиль семейного воспитания, семейные взаимоотношения могут оказаться важными пусковыми моментами, способствующими формированию суицидального риска у подростков[1,3,4]. обследовано 86 подростков в возрасте 15–19 лет в подростковых отделениях Городской психиатрической больницы города Ташкента с наличием в клинической картине поведенческих нарушений и суицидальных тенденций с верифицированными диагнозами по МКБ-10: Несоциализированное расстройство поведения (F91.1.) - 34 пациентов, Социализированное расстройство поведения (F91.2.) - 52 пациента. «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска»(Posner K., Brent D., Lucas C., 2009) применялась для выявления степени суицидального риска у обследуемых подростков. Шкала оценки депрессии Цунга использована для самооценки уровня депрессивной патологии. Также применили опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных характеристик подростков тест А.Е. Личко.

Определены стили неправильного воспитания у обследуемых подростков. Наиболее часто встречаемый стиль неправильного воспитания- гипопротекция (46% случаев), когда

ребенку не уделяется должное воспитание и он растёт в условиях безнадзорности и вседозволенности. Стилль воспитания с доминирующей гиперпротекцией (22% случаев) характеризовался чрезмерной опекой, постоянным контролем и надзором за подростком, которые способствовали развитию робости, застенчивости, неуверенности, мнительности и тревожности. Стилль воспитания по типу «кумира семьи» установлен был в 28% случаев наблюдения, характеризовался чрезмерной любовью к ребёнку, восхвалением несуществующих талантов и способностей у подростка, исполнением всех желаний и капризов, избалованностью, которые формировали в дальнейшем стремление к перфекционизму и эгоцентризму. Воспитание по типу «ежовых рукавиц» сопровождалось психологическим насилием и жестоким обращением с подростком, встречалось в 4% случаев наблюдения. В результате неправильных семейных взаимоотношений, которые провоцировали развитие акцентуированных личностных черт характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Данные тестирования по шкале Цунга определили наличие превалирования симптомов умеренной депрессии у 47 обследуемых подростков (56,6% случаев). Депрессия легкой степени тяжести выявлена у 22 подростков (25,5% случаев), а депрессия тяжелой степени чаще констатировалась 17 пациентов (17,9% случаев). Уровень тревожности подростков измеряли при помощи теста-опросника Спилбергера-Ханина. Установлено, что тревога средней степени выраженности встречается у 47 подростков (56,6% случаев), у 25 подростков (29% случаев) – констатировалась выраженная тревога и у 14 подростков (16,2% случаев) установлена – клинически не выраженная тревога. Сравнительный анализ распределения пациентов по интенсивности суицидальных идей согласно Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) определил, что у подростков выявляются актуальные суицидные мысли с конкретным планом и намерением (45% случаев), преобладание актуальных суицидных мыслей при отсутствии конкретного плана наблюдаются в 55% случаев.

Таким образом, проведенное исследование установило, что в формировании риска развития суицидальной активности у подростков ведущими пусковыми факторами являются внутрисемейные межличностные взаимоотношения, неправильные стили воспитания, склонность к депрессивным и тревожным состояниям и наличие акцентуированных черт характера.

Список литературы.

1. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
2. Григорьева Д.П., Егорова В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Журнал «Казанская наука». 2016. № 12. С. 151-154.
3. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2017. № 4 (17). С. 27-33.
4. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.
5. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ацакзай Х.Н., Королёва Л.Ю.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева

Эмоциональное выгорание стало предметом обсуждения у исследователей в середине прошлого столетия, когда участились случаи выявления психовегетативных нарушений у сотрудников психиатрических больниц. Эти нарушения были объединены в симптомокомплекс, который включал в себя усталость, тревогу, разочарование в профессиональной сфере жизни. Вскоре, схожие проявления были выявлены среди работников других профессий, предполагающих контакт с людьми: преподаватели, медработники, психологи. Во второй половине 20 века известный американский психиатр Фрейденберг пришел к выводу, что данные симптомы встречаются у представителей коммуникативных профессий, и ввел в оборот новое понятие «burnout», что в переводе означает «сгорание». Термин описывал симптомы психических расстройств у данной категории профессий. Повышенный интерес к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) позволил вывести его из плоскости дискуссий и предположений в отдельную нозологическую единицу. На данный момент СЭВ внесен в качестве самостоятельного диагноза в рубрику МКБ-10 Z73 — «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни» [1]. СЭВ – это реакция организма, реализующаяся в ответ на длительное воздействие профессиональных стрессов средней интенсивности. Развитие синдрома проходит в три стадии: напряжение, резистенция и истощение. По мере их развития проявляются сначала психические, а затем и психосоматические нарушения. Симптомы синдрома можно сгруппировать следующим образом: психофизические (истощение, апатия, усталость); поведенческие (лень, оправдание вредных привычек); социально-психологические симптомы (отстраненность, низкая социальная активность) [2]. Ранее считалось, что подверженность выгоранию повышается соответственно увеличению стажа работы, однако современные ученые сходятся во мнении, что выгорание среди опытных специалистов наблюдается реже, чем среди молодых. В этой связи, мы посчитали необходимым изучить склонность студентов-медиков к развитию СЭВ на стадии их обучения, с применением психологических опросников и статистической обработки данных [3]. В исследовании приняли участие студенты медицинского института ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева». На платформе популярной соцсети был проведен анонимный тест-опрос для оценки предрасположенности студентов-медиков к СЭВ. Для анализа нами был выбран метод диагностики уровня СЭВ В.В. Бойко, дополненный колонкой, в которой анкетированный мог связать свое эмоциональное состояние с определенной проблемой. Статистическая обработка материала проводилась методом частотного анализа. В интернет-опросе участвовало 186 студентов: 2 курс – 83 студента (44%), 4 курс – 44 студента (23%), 6 курс – 59 студентов (33%). По итогу анкетирования нами были получены следующие результаты. Стадия «напряжение» развилась у 4% второкурсников, 21% четверокурсников и 12% будущих выпускников, стадия начинает формироваться у 31%, 20% и 80% соответственно и не отмечается у 65% второкурсников, 59% четверокурсников и 8% старшекурсников. Стадия «резистенция» не выработалась у 49% второкурсников, 35% студентов 4 курса и 5% студентов 6 курса, стадия формируется у 38% студентов 2 курса, 29% студентов 4 курса и 41% обучающихся 6 курса и стадия оформилась у 13%, 36% и 54% студентов 2, 4 и 6 курсов соответственно. Стадия «Истощение» не развилась у 76% студентов 2 курса, 54% студентов 4 курса и 23% студентов 6 курса, в состоянии становления у 19%, 30% и 60% соответственно и сформировалась у 5% студентов 2 курса, 16% студентов 4 курса и 17% будущих выпускников. В результаты опроса гендерный признак значительных изменений не внес. По мнению самих студентов, факторами нестабильного эмоционального состояния

являются: у второкурсников – непривычно тяжелая учеба; у обучающихся четвертого курса – переживание за собственное состояние и здоровье родных и близких, порывы сменить направление обучения; у шестикурсников – боязнь надвигающейся практической деятельности и грядущее поступление в ординатуру. Также результаты показывают, что более чем у половины будущих выпускников явно проявляются симптомы «резистенции» СЭВ такие как личностная дезориентация, избирательное эмоциональное реагирование, а у третьей части старшекурсников сформировалось «Истощение», проявляющееся социально-психологическими нарушениями. По мнению психологов западного научного сообщества, выгорание у студентов-медиков регистрируется чаще, чем у студентов других вузов. Вероятность возникновения СЭВ повышается прямо пропорционально году обучения, что объясняется усложнением образовательной программы, плотным учебным графиком, проблемами профориентации по окончании института. Следствием всех вышеперечисленных обстоятельств становится формирование деперсонализации, которая в свою очередь указывает на развитие эмоционального выгорания [3]. Подводя итоги исследования, мы пришли к выводу, что студенты медвуза подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания, особенно уязвимой группой являются студенты выпускных курсов. На наш взгляд, минимизировать выгорание среди студентов-медиков поможет реализация программ психологического консультирования, поддержка преподавателей и развитие тьюторства. Стоит подчеркнуть, что заблаговременные превентивные мероприятия и корректирование диагностированных случаев выгорания помогут сформировать здоровых специалистов охраны здоровья готовых оказывать качественную медицинскую помощь, что является фундаментальным требованием для будущего врача.

Список литературы.

1. Петри А.Н. Особенности эмоционального выгорания медицинских работников // Акмеология. 2017. №1 (61). С. 16-19.
2. Третьякова В.С. Исследование синдрома эмоционального выгорания в педагогической среде // Профессиональное образование и рынок труда. 2019. С. 47-53.
3. Удовик С. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности / С. Удовик, А. Молокозедов, И. Слободчиков. - М: «Левъ», 2018.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И ИДЕНТИФИКАЦИИ ПО ПОЛУ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баженова А.А., Жалыбина С.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1

На протяжении многих столетий не ослабевает интерес к изучению психических заболеваний, особенно причин их возникновения и проявлений на ранних стадиях. В наше время напряженность этого интереса так же остается острой, в связи с тем, что психопатология становится более полиморфной, часто сопровождается отклонениями в сексуальной сфере. Проблема психосексуальных расстройств у лиц, страдающих психическими заболеваниями актуальна ещё и потому, что наблюдается высокая распространённость этой группы нарушений. 1.Рисуночный тест: «Нарисовать мужчину, женщину, себя» - для выявления половой идентификации, интерпретация по Карен Махвер. 2.Шкала сексуального дизонтогенеза включает в себя этапы психосоматического развития, то есть возраст проявления вторичных половых признаков и психосексуального развития, то есть возраст формирования платонического, эротического, сексуального либидо. 3.ЦТО (тест цветовых отношений Филимоненко), где определяющим

моментом было семантическое пересечение понятия «секс» с другими жизненными ценностями. Пациенткам предлагался набор различных слов, к которым надо было подобрать ассоциированный цвет. 4.СФЖ (сексуальная формула женская по Васильченко), отражающая норму или патологию женского сексуального функционирования. 5.Анализ историй болезни пациенток. Мы провели обследование 20 женщин с октября 2019 г. по март 2020 г. на базе ГБУЗ СК «СККСПБ»№1 и 10 женщин, которые являлись добровольцами. Испытуемых было 3 группы (по 10 человек в каждой): «А» – страдающие эндогенными расстройствами; «Б» - страдающие органическими расстройствами и «В» (контрольная группа) – условно здоровые. В своем исследовании мы поставили задачу: как половое созревание и половая идентификация влияют на дальнейшее сексуальное функционирование людей с психическими расстройствами и условно психически здоровых. В интерпретацию результатов входила совокупность значений, полученных при выполнении каждой методики. Помимо результатов, целью которых было наше исследование, отмечалось следующее: - в группе «А» встречались амбивалентные ответы, что свидетельствует об искажении мыслительных процессов при эндогенных расстройствах. Наблюдалось амбивалентное отношение к сексу и сексуальной принадлежности, амбивалентное отношение к образу женщины, четкое отрицание своей половой принадлежности. Причем, подавляющее число пациенток по СФЖ демонстрировали отсутствие сексуальных затруднений, хотя в беседе подчеркивали, что подобного рода отношения с мужьями и вообще с мужчинами у них вызывают, по крайней мере, отвращение, либо неизбежную обязанность. - При выполнении тестов пациентками группы «Б» отмечались характерные особенности, присущие «органическому симптомокомплексу» и мышлению: многослойная прорисовка, детализация, рисунок «в профиль». - Группа «В»: у всех женщин этой группы психосексуальное и соматосексуальное развитие в норме, сексуальная дисфункция отсутствует, половая идентификация соответствует биологическому полу (продемонстрировать 2-3 типичных рисунка).

В конечном итоге мы получили следующие результаты исследований: 1. В группе «здоровых» патология отсутствовала. 2. В группе «Б» мы получили: - 70% - нормальное психосексуальное развитие, 20% - протекало с задержкой, у 10% наблюдалось дисгармоничное развитие. - Сомато-сексуальное развитие – в норме у 90% пациенток, у 10% наблюдалась задержка. - Половая идентификация у 90% соответствовала биологическому полу, у 10% - отмечено нарушение. 3. Группа «А» показала, как мы и предполагали, такие результаты: - психосексуальное развитие в норме только у 30% пациенток, с задержкой протекало у 30% и в дисгармонической форме у 40%. - Соматосексуальное развитие – в норме и с задержкой соответственно по 50%. - Половая идентификация грубо нарушена у 70% испытуемых и только у 30% наблюдалась норма.

Подводя итог нашим исследованиям, можно с уверенностью сказать, что в формировании нарушений половой идентификации большую роль играет психосексуальное развитие. Так, при нормальном типе протекания психосексуального развития у 70% пациенток с экзогенными заболеваниями, только у 10% выявлены нарушения идентификации, тогда как при нормальном типе психосексуального развития у пациенток с эндогенными расстройствами – только 30% нормы и 70% грубого нарушения половой идентификации.

Список литературы.

1. Васильченко, Г.С. Частная сексопатология: руководство для врачей / Г.С. Васильченко. – Т. 2. – М. : Медицина, 1983. – 352 С.
2. Зейгарник, Б. В. Основы патопсихологии : учебник для среднего профессионального образования / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 367 с.

3. Кулиш, С.Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями психотического спектра / С.Б. Кулиш // Российский психиатрический журнал. – 2015. – №4. – С. 52-58.
4. Матевосян, С.Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 400 с.
5. Матевосян, С.Н. Расстройства половой идентификации и аффективные расстройства / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – №1. – С. 77-80.
6. Милтон, Д. Пол и гендер это не одно и то же (перевод с английского Алены Кудриной) / Д. Милтон // Развитие личности. – 2013. – №1. – С. 174-188.
7. Cole, C.M. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses / C.M. Cole, M. O'Boyle, L.E. Emory, W.J. Meyer // Arch. Sexual Behavior. – 2017. – №1. – P. 13-26.
8. Zucker, K. Gender Dysphoria in Adults / K. Zucker, A. Lawrence, B. Kreukels // Ann. Rev. Clin. Psychology, 2016. – P. 1-20.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ COVID-19 НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Боечко Д.И.

Тюменский государственный медицинский университет

Новая коронавирусная инфекция привнесла глобальные изменения в жизнь мирового сообщества. Ситуация связанная с пандемией (в том числе и глобальный экономический кризис, обязательная самоизоляция) осложнена такими проблемами 21 века как резистентность к антибиотикам, изменение климата и глобализация [1]. В то время как медицинские сообщества всего мира сосредоточены на вопросах лечения и профилактики коронавируса, а также оказания интенсивной помощи пациентам, из-за карантина значительно возросло количество тревожных заболеваний у людей [2, 3].

Проведен анализ 240 анонимных тестов основанных на госпитальной шкале тревоги и депрессии, пройденными жителями 12 стран (Россия, Турция, Литва, Словакия, Финляндия, Франция, Словакия, Индия, Кувейт, Вьетнам, Аргентина, Бельгия), в равном количестве (n=20) в период с марта по апрель 2020 года. Полученные данные были разделены на 3 группы. Большую часть (группа 1) составляли люди, результаты тестов, которых не выявили патологии (отсутствие панических атак, депрессии и тревожных расстройств) - 160 человек (52%); средний возраст данной группы был $32 \pm 1,5$ лет, без особенностей в группах по странам; при разделении по половой принадлежности — 110 женщин и 50 мужчин. Вторая группа представлена людьми, имеющие исключительно тревожные расстройства (субклинически и клинически выраженные), 60 человек (19,5%), со средним возрастом $28,3 \pm 2$ лет. Данную группу мы разделили на две подгруппы: 1 подгруппа (22 человека, 36%) - люди, имеющие клинически выраженную тревогу, со средним возрастом $21,5 \pm 0,5$ лет, причем большинство из этой подгруппы - составляли мужчины, гражданами России, Финляндии. 2 подгруппа (38 человек, 64%) люди, с субклинически выраженным тревожным расстройством, из них 34 (89,5%) человек - женщины, 4 (10,5%) человека - мужчины. Третья группа - это люди, у которых в результате анкетирования была выявлена депрессия (субклиническая и клиническая) - 20 человек (5,2%). Средний возраст составил $25,5 \pm 1,5$ лет, без значительных изменений в подгруппах. В группе были люди из Азербайджана, Турции и Кувейта. Разделение по полу в этой группе 14 женщин (87,5%) и 6 мужчин (12,5%). В этой группе 16 человек (75%) имели

субклиническую депрессию и 4 человека (25%) клиническое течение депрессии. 1. Во время пандемии, молодые мужчины $21,5 \pm 0,5$ лет склонны к клинически выраженным тревожным расстройствам, преимущественно - жители Северной Европы. 2. Молодые женщины имеют тенденцию к депрессивным реакциям, ($25,5 \pm 1,5$ лет), большая доля из них жители восточных стран. 3. В самой большой группе - были люди, представители различных стран, без особенностей в преобладании стран. По половой принадлежности - 68,7% были женщины, 31,3% - мужчины, среднего возраста.

Список литературы.

1. E. Flanagan, R. Chadwick, J. Goodrich, C. Ford, R. Wickens Reflection for all healthcare staff: a national evaluation of Schwartz rounds // J. Interprof. Care. 2020. №34. С. 140-142
2. Betty Pfefferbaum, Carol S. North, Mental Health and the Covid-19 Pandemic // The new England journal of medicine. 2020.
3. Pfefferbaum B, Schonfeld D, Flynn BW The H1N1 crisis: a case study of the integration of mental and behavioral health in public health crises. // Disaster Med Public Health Prep. 2012. №6. С. 67-71

ОБЩЕНИЕ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ КОММУНИКАЦИИ

Болдырев В.А., Чурсина П.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Общение – это процесс взаимодействия между людьми, в ходе которого возникают, проявляются и формируются межличностные отношения на основе речевого процесса, обогащая участников этого процесса потребностью в информации, знаниях.

Целью данной работы является определение роли общения в развитии личности. Предмет данного исследования обусловлен ролью общения в формировании личности. Объектом исследования по данной теме становится личность в процессе общения. Методами научного познания, с помощью которых стало возможно проведение исследования по выбранной научной теме определились: анализ, синтез, наблюдение, измерение, эксперимент, сравнение, описание, систематизация, дедукция, индукция, абстракция.

Любое общение наполнено индивидуальностью человеческого ресурса, пытающегося с помощью речевого взаимодействия достичь поставленной цели, мотивированной интересами участников общения. Следовательно, этот процесс отличается особенностями характеристик, проявляющихся в формировании психики, сознания и мировоззрения человека, в характерных признаках субъектов общения, главным вектором которого становится взаимодействие участников общения ради цели, которая определяет структуру в формирующихся социальных группах, стремящихся удовлетворить свои потребности ради достижения желаемого результата. Профессиональная социализированность предполагает наличие сформировавшихся компетенций на основе определенного житейского и профессионального опыта, определенную чувственную открытость, информационную достоверность, наличие целевых устремлений.

Общение является тем непререкаемым условием, при котором в личности проявляются его способности, черты характера, склонности, интересы и привычки. С точки зрения Антуана де Сент-Экзюпери: «Нет большей роскоши, чем роскошь человеческого общения».

В процессе социализации человек, как субъект сознательной деятельности, постепенно приобретает все черты личности на основе присущих ему совокупности

социально значимых черт, свойств и качеств, реализуемых в активной общественной жизни. Личность человека способна изменяться в процессе индивидуального развития при воздействии на неё внутренних и внешних факторов внешней среды. Таким важным фактором является общение в жизнедеятельности личности, представляемое как одно из существенных условий, обогащающих интеллект личности на основе когнитивного сознания новыми умениями, знаниями и мотивированными поступками. Общение является социальным инструментом становления человека как личности. Ограничения ребёнка в возможности общения с другими людьми сказывается на задержке его психического и психологического развития, а при серьезных ограничениях могут произойти необратимые изменения в системе формирования мировоззрения, в субъективном восприятии реальности, окружающую личность с момента его рождения и в процессе взросления. Примером могут стать случаи попадания детей в дикую среду и выживающими благодаря взаимодействия с животным миром. Эти дети, возвращённые впоследствии к людям, были развиты биологически, но совершенно не социализированы и эту ситуацию, практически, невозможно исправить. Для нормального развития любого ребёнка необходим постоянный контакт со взрослыми людьми, и особенно с матерью. Ограничение таких социальных связей и межличностных отношений неизбежно ведёт к пониженному уровню развития познавательных способностей. Длительное пребывание человека в изоляции чревато проявлением нарушений в области перцепции, мышления, памяти, эмоциональных процессов и др. Таким образом, свойства личности – это психические процессы, явления и состояния, которые оказывают определённое влияние на деятельность человека и характеризуют его с социально-психологической стороны. Другими словами, это то, как проявляет себя человек в деятельности и во взаимоотношениях с окружающими его людьми. Посредством способностей, являющихся индивидуальными физиологическими и психологическими особенностями человека и развитием их в определенной системе упражнений возможно успешное выполнение различных деятельных заданий. Понимая влияние типа темперамента на интенсивность и скорость возникновения психических процессов, темп и ритм деятельной направленности можно эффективно применять эти знания и управлять ими в процессе общения в повседневной жизни. К примеру, зная свой основной тип темперамента и типы темперамента других людей, человек способен избрать определенный стиль своего поведения для достижения поставленных целей, своего партнёра (в дружбе, бизнесе, отдыхе, личной жизни); как в межличностной беседе легче найти общий язык, какие ситуации в общении следует избегать, а какие взаимоотношения необходимо выстроить, с кем общение будет более приятным и конструктивным и можно поделиться своими переживаниями или секретом, кому можно доверить важное поручение или сложную работу. Характер личности в формировании отношений способен обусловить типичное для данного человека поведение. Зная характер человека, можно в какой-то степени предвидеть его поступки. Становление характера происходит в процессе жизни путём усиления одних и ослабления других врождённых свойств и черт, влияния условий постоянно изменяющейся социальной, а также ситуативности в профессиональной среде. Выбранная человеком роль в процессе общения, его волевое поведение, созревающий интерес к иной личности, социальной группе или коллективу, ярко проявляемый в мотивации и выраженный допустимо эмоционально, на основе богатого словарного запаса способны оказывать влияние на структуру и содержание жизни человека или определенного сообщества. Во время коммуникации каждый его участник пополняет свой словарный запас из арсенала собеседника. Так происходит грамматическое взаимодействие между личностями. Недостаточность словарного запаса не только мешает человеку адекватно выражать свои мысли, чувства и желания, но и затрудняет понимание обращённой к нему речи. Роль личности в общении, как и интенсивность общения в современном обществе, постоянно возрастают. С переходом от индустриального общества к информационному увеличивается объём информации, процесс обмена этой информацией,

что непосредственно влечет за собой необходимость в кооперации и взаимодействии людей в ходе достижения значимых для них целей. Качество общения влияет на достижение поставленных целей, что в свою очередь формирует в человеке волевые качества, его уровень интересов и мотивации. В межличностном общении происходит влияние собеседников друг на друга, определяя такие роли, как:

1) Инициатор влияния – это человек, который первым предпринял попытку влияния любым из известных способов.

2) Адресат влияния – это человек, к которому была обращена первая попытка влияния.

В дальнейшем инициатива может переходить от одного партнёра к другому в попытках взаимного влияния. Психологическое влияние представляет собой воздействие на психическое состояние, а также чувства, мысли и поступки других людей с помощью психологических средств, которые могут быть вербальными, паралингвистическими или невербальными:

Наибольшее влияние оказывают невербальные и паралингвистические средства воздействия. Поэтому личности, стремящейся повлиять на чьё-либо решение или чьи-то отношения определенным образом необходимо продумать свои действия и сам процесс предполагаемого процесса общения.

Заключение

Таким образом, общение подтверждает свою особенность, неповторимость, значимость, а именно феноменальность как важного фактора, оказывающего существенное воздействие на развитие личности. В процессе коммуникации происходит не только обмен информацией, мыслями, чувствами и переживаниями, но и усвоение личностью моральных и нравственных ценностей общества и каждой личности, изучение различных культур, познание мира и что особенно актуально - самого себя.

Без общения человек никогда не смог бы стать полноценной личностью, а привычный нам мир полностью изменился бы, так как именно общение определило появление и непрекращающееся становление современного человека.

Список литературы.

1. Психология: Учебник / В. М. Аллахвердов, С. И. Богданова П86 и др.; Отв. ред. А. А. Крылов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004. – 752 с.

2. Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. – М.: «Смысл», ИЦ «Академия», 2002. – 416 с.

3. Маралов В.Г., Студент как субъект саморазвития и отношения к учебно-профессиональной деятельности / В.Г. Маралов, О.А. Воронина, Е.П. Киселева, Т.П. Маралова, Н.А. Низовских, Е.Н. Останкина, С.А. Парыгина, У.С. Родыгина, Е.В. Сараева, под ред. В.Г. Маралова. - М.: Академический Проект, 2020. - 190 с.

4. Коссов Б.Б., Психология личности (теория, диагностика и развитие) : Учебное пособие для высших учебных заведений / Коссов Б.Б. - 2-е изд., доп. и испр. - М.: Академический Проект, 2020. - 304 с.

5. Старовойтенко Е.Б., Психология личности в парадигме жизненных отношений : Учебное пособие для студентов выс. учебных заведений / Старовойтенко Е.Б. - М.: Академический Проект, 2020. - 256 с.

6. Морозов А.В., Социальная психология : Учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений / Морозов А.В. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Академический Проект, 2020. - 335 с.

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО

Бочкарева П.А., Аветян Н.Д.

Кемеровский государственный медицинский университет

Проблемная ситуация: в наше время наука и медицина шагнула далеко вперед и возможность суррогатного материнства не сюжет фантастической книги, а действительность нашего времени и реальная возможность обрести семейное счастье и реализовать в себе родительский инстинкт. До сих пор существует очень много споров в плане этики и правового отношения по теме суррогатного материнства. Многие считают это аморальным и противоестественным, многие считают, что суррогатное материнство – это единственная возможность выносить собственного ребенка, женщине, которая не в состоянии это сделать. В своей работе мы попытаемся разобраться в этой проблеме. Цель исследования: Исследовать отношение общества к теме суррогатного материнства.

При изучении данной проблемы и проведении научного исследования были использованы следующие методы: социологический опрос с участием респондентов, анализ научной литературы, нормативно-правовых актов, публицистических статей.

Прежде чем исследовать проблемы суррогатного материнства нужно все-таки разобраться в первостепенном значении слова «суррогат». По Толковому словарю Ожегова «суррогат - это [от лат. *surrogatus* поставленный вместо другого]¹. Заменитель натурального, обладающий лишь некоторыми свойствами заменяемого. То есть одна женщина заменяет другую, не способную к репродуктивной функции. Конечно, определения только одного слова суррогат мало, что бы понять суть суррогатного материнства. Есть множество определений разных авторов и есть определения прописанные законом, мы постараемся разобраться и выяснить, что такое суррогатное материнство. Итак, с правовой стороны существует Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с пунктом 9 статьи 55, который определяет Суррогатное материнство - как одну из возможностей репродуктивных технологий, при которой оплодотворенная яйцеклетка пересаживается в организм генетически неродственной женщины, чтобы родить ребенка бездетной семейной паре. Этот метод используется в тех случаях, когда женщина не может выносить и родить ребенка из-за проблем со здоровьем (например, отсутствия матки), на основании договора между суррогатной матерью и будущими родителями. С точки зрения медицины, суррогатное материнство - это «особый метод вспомогательных репродуктивных технологий, в основе которого лежит перенос (имплантация) эмбриона, созданного искусственно из генетического материала его биологических родителей, либо с использованием генетического материала его биологических родителей, в тело суррогатной матери (ее полость матки), а также последующее вынашивание и рождение ею ребенка для дальнейшей передачи его биологическим родителям. " С целью выяснить, как люди понимают тему суррогатного материнства и ее проблемы была разработана анкета, включающая 15 вопросов. Опрошено 210 человек: из них: женщин оказалось 175, молодых людей-34. Возрастной состав респондентов следующий: от 15 до 18 лет-18 человек, от 18-30 лет -159 человек, от 30 и старше-31 человек. Из общего числа опрошенных образование, связанное с медициной оказалось у 63,7%. Анализ анкет показал, что большинство людей понимают, что такое суррогатное материнство и могут дать определение. Среди них наиболее правильные были: вынашивание ребёнка женщиной, не являющейся биологической матерью с целью рождения его и передачи биологическим родителям, вынашивание и рождение ребёнка женщиной для семьи, которая будет считаться родителями для рожденного ребёнка. Интересно, что на вопрос может ли суррогатная мать быть донором яйцеклетки оппоненты ответили весьма противоречиво, основываясь на предыдущем вопросе. Отрицательно ответили только 37,5 ,а 62,5% опрошенных ответили положительно. Это значит, что

большинство респондентов не понимают суть суррогатного материнства. Ссылаясь на Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020) суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки. Из всего числа респондентов положительно к суррогатному материнству относятся отрицательно 4,7%,положительно 30%,нейтрально 65,2%.Большинство опрошенных относится к суррогатному материнству нейтрально, это связано с тем ,что многие редко сталкиваются или вообще не сталкиваются с темой суррогатного материнства, особенно большая часть респондентов ,которые являются студентами. На вопрос «для решения, каких проблем направленно суррогатное материнство?» большинство ответили, что это проблема бесплодия, это составило 98,1% опрошенных. Были также и интересные ответы, которые содержали следующие: решение финансовых проблем суррогатной матери и проблемы бесплодия заказчиков, также 1,4% опрошенных считают, что суррогатное материнство решает проблемы демография и полноценности семьи. Согласно статистике, примерно 15% населения планеты не могут зачать детей без помощи врача. Это является одной из главных причин роста популярности вспомогательных репродуктивных технологий. Разнообразные программы по преодолению бесплодия часто остаются единственным шансом супружеской пары создать полноценную семью. Есть множество причин прибегания к суррогатному материнству. 1)Мужское бесплодие (проблемы с семенем, перенесенные инфекции, врожденные патологии репродуктивных органов и др.); 2)Потеря матки, как органа (аварии, трагические случаи, операции, септические процессы); 3) Патологии женских репродуктивных органов (пороки развития яичников, маточных труб и др.); 4) Патология матки и шейки матки (дефекты эндометрия, аборт, выскабливания, конизация и другие хирургические вмешательства); 5) Онкологические заболевания; 6) Эндокринные нарушения (стрессы, инфекции, врожденные патологии); 7) Патологии, при которых возможен летальный исход (пороки сердца, сердечно-сосудистые заболевания и др.); 8) Многочисленные безрезультатные попытки ЭКО (более 4 раз); 9) Иммунологическая несовместимость (когда женский иммунитет реагирует на семя мужчины, как на врага, и уничтожает его); 10) Возраст (когда женщина не способна к вынашиванию и рождению в силу возраста); 11) Социально-психологические условия или девиации мужчины или женщины, делающие невозможным продолжение рода; 12) Нежелание портить фигуру вынашиванием и родами (модели, актрисы, публичные люди и др.); За отказ о запрете суррогатного материнства положительно ответили 96,6% респондентов, тогда как 2,8% хотели бы запрета суррогатного материнства законом. Суррогатное материнство разрешено в нашей стране законом, хотя были попытки членов нашего правительства запретить этот метод вспомогательной репродуктивной технологии на основании того, что юридическая часть не отвечает на все обязательства и права, как со стороны родителей (заказчиков), так и со стороны суррогатной матери. Но в нашей стране суррогатное материнство развивается и мы думаем, что в будущем будут решены все правовые проблемы данной темы. На вопрос имеет ли право суррогатная мать не отдавать ребенка отрицательно ответили 131 человек (62,4%) , положительно – 45 человек (21,4 %) Конечно, в процессе вынашивания суррогатной матерью ребенка, между ними может возникнуть эмоциональная связь, но нужно понять и биологических родителей ребенка. По правилам все условия между родителями и суррогатной матерью должны обязательно прописываться в договоре, но в случае, когда суррогатная мать не отдаёт ребёнка, биологические родители не защищены законом. 10 % опрошенных не могут дать однозначно ответа, ответив, что данный вопрос регулируется юридически. В вопросе «чем является суррогатное материнство: помощью в бесплодии или бизнесом?» 177 опрошенных ответили, что суррогатное материнство является помощью в бесплодии, 10 человек – бизнесом, 17 человек – сомневаются в точном ответе, а 6 человек ответили, что суррогатное материнство – это и помощь в бесплодии, и бизнес. Бывают случаи, когда ребенок рождается неизлечимо больным. Что же делать в

таком случае? При заключении договора стоит обсудить и в письменном виде прописать все возможные последствия рождения ребенка, одним из которых является данный случай. В нашем опросе 185 опрошенных (88%) ответили, что в таком случае нужно взять ребенка, так как ответственны за него. 4 человека (2%) считают, что стоит вернуть неизлечимого ребенка суррогатной матери, еще 4 человека (2%) ответили «отдать ребенка на воспитание в детский дом», но есть и немалое число опрошенных (17 человек (8%)), ответивших, что в данном случае нужно заранее проговорить возможные последствия. Одним из таких ответов был данный: «Следует тщательно обследовать потенциальную суррогатную мать и тщательно наблюдать за течением беременности. Если такое происходит, нужно предусмотреть это и прописать в договоре действия при возможной ситуации». Точно можно распределить ответы на вопрос должно ли суррогатное материнство развиваться на безвозмездной основе. 158 опрошенных (75%) ответили, что суррогатное материнство не должно развиваться на безвозмездной основе, противоположно ответили 50 человек (24% опрошенных), 2 опрошенных затрудняются в ответе (1%). Договор может быть как возмездным, так и безвозмездным. При возмездном договоре суррогатная мать получает вознаграждение независимо от того, родила она ребенка или нет, и его здоровья. Кроме того, суррогатной матери могут быть возмещены расходы, связанные с потерей заработной платы, или выплачена компенсация за физические страдания, что должно быть предусмотрено договором. В Российской Федерации суррогатное материнство появилось относительно недавно и многие не владеют точной и достоверной информацией. В вопросе стоит ли больше информировать людей о суррогатном материнстве 155 человек, что составляет 74% опрошенных, ответили положительно: «да, очень мало достоверной информации», 55 человек – 26% ответили, что информации достаточно. Суррогатное материнство поднимает несколько этических проблем: разрушение понятий, обозначающих кровнородственные связи; сохранение тайны происхождения ребёнка; негативное влияние на психику потенциальных родителей; коммерциализация материнства; купля-продажа детей. В опросе был поставлен свободный ответ на вопрос и респонденты могли отвечать «своими словами». Некоторые из них представлены следующими ответами: «Раздвоение понятий матери ни суррогатную и биологическую» «Торговля детьми» «Я думаю, что у многих женщин в процессе вынашивания так или иначе присутствует материнский инстинкт, некая привязанность к малышу, и возможно его будет непросто отдать другим людям. К тому же, не всякий человек адекватно может воспринять новость, что его родила одна женщина, а воспитывают другие люди. Многие родственники могут скептически или даже предвзято относиться к ребёнку, т.к. могут не понимать в полной мере, что такое суррогатное материнство и считать ребёнка в какой-то мере "приемным" «Цена жизни» «организм суррогатной матери - просто "инкубатор" «Конфиденциальность» «Некоторые люди считают, что ребёнок от суррогатной матери воспринимается как "рыночный товар". Это одна из проблем. Другая проблема заключается в разрыве связи между настоящей матерью и её ребёнком, это травмирует с психической точки зрения их обоих». Также большая часть опрошенных (52%) не знают, какие этические проблемы, поднимает тема «суррогатное материнство». Проблема суррогатного материнства до сих пор остается темой многочисленных споров как правовых, так и этических. В своей работе мы постарались разобраться, как общество относится к суррогатному материнству. Можно с утверждением сказать, что не все понимают, что такое суррогатное материнство с медицинской точки зрения, но общая суть метода понятна большинству опрошенных. Многие положительно относятся к суррогатному материнству и считают, что это помощь в решении проблем бесплодия, когда женщина не в состоянии по медицинским показаниям выносить и родить ребенка. Мы считаем, что суррогатное материнство это не форма эксплуатации женщин, многие из них действительно хотят помочь бездетным парам обрести «родного ребенка». Конечно, эта процедура связана с очень большими рисками как для суррогатной мамы, так и для биологических родителей

ребенка. Мы считаем, что хоть и существуют законы о суррогатном материнстве и заключаются договоры, но существующей правовой основы недостаточно. Также малая информированность общества о теме суррогатного материнства порождает отрицательные этические мнения, хоть и среди опрошенных большинство считают суррогатное материнство помогает подарить счастье стать родителями.

Список литературы.

1. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с пунктом 9 Статья 55. Применение вспомогательных репродуктивных технологий [Электронный ресурс] – URL:<http://www.consultant.ru> (дата обращения 07.11.20).

2. Расчупко С.В. К вопросу о проблемах суррогатного материнства и принятии специального закона о суррогатном материнстве в Российской Федерации [Электронный ресурс] Аллея науки. 2017. т. 2. № 15. с. 474-477.-URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32299988>.(дата обращения :07.11.20)

3. Сечина И. Суррогатное материнство: за деньги, но под сердцем/ Нескучный сад, №4(75), апрель 2012, С.53. 4. См.: Афанасьева И.В. Правовое регулирование суррогатного материнства // Медицинское право. 2007. № 2.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЖЕНЩИН НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПО ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Видякина Т.А.

Национальный исследовательский Томский государственный университет

Начиная с 1970 г. проблема бесплодия является актуальной в обществе, одной из ключевых медико-социальных проблем [1]. По определению ВОЗ, бесплодие – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года [6]. Статистика бесплодия в мире представлена следующими показателями: в США – 8-15%, в Европе около 10%, в Канаде – около 17%, в Австралии – около 15,4%, в России – около 17,5% супружеских пар сталкиваются с данной проблемой. По данным ВОЗ, распространенность бесплодия 15% и более – демографически опасная и серьезная проблема для здравоохранения [2]. Наиболее перспективным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Согласно статистическим данным ESHRE, процент наступления беременности с помощью ЭКО в среднем составляет 29,1% [5]. Зарубежными исследователями подчеркивается факт того, что эффективность лечения бесплодия зависит и от психических состояний женщины, от отношения к лечению, где процесс прохождения лечения является сильным стресс-фактором [4]. Так, психическое состояние женщины может являться причиной возникновения стрессовой ситуации в связи с переживанием бесплодия, может лежать в основе психогенных форм бесплодия, может определять успешность попытки лечения, родов [3]. Таким образом, цель данного исследования состояла в выявлении психических состояний женщин в процессе лечения бесплодия по программе ЭКО. В исследовании приняли участие женщины, проходящие лечение бесплодия в медицинских центрах СФО. Исследование предполагало изучение текущего психического состояния на этапе вхождения в программу лечения (177 женщин), на этапе подсадки эмбриона (107 женщин) и на этапе предоставления результатов подсадки эмбриона (12 женщин с отрицательным исходом лечения), где использовалась методика «Основные параметры психического состояния» А.А. Карманова. Предполагалось разделение респондентов на

подгруппы: женщины с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО с целью выявления специфичных психических состояний. Методы обработки данных: описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Краскала-Уоллиса).

При проведении сравнительного анализа статистически значимых различий на этапе вхождения в программу лечения бесплодия и на этапе подсадки эмбриона между группами женщин (с положительным и отрицательным исходом лечения бесплодия) не обнаружено по всем параметрам: «Настроенность-Фрустрированность», «Спонтанность-Полезависимость», «Ригидность-Транс», где $p \geq 0,05$. На этапе вхождения в программу лечения и на этапе подсадки эмбриона был выявлен часто встречающийся у женщин вариант сочетания параметров психических состояний (вне зависимости от результата лечения): расплывчатость цели, полезависимость в выборе средств, повышенная эмоциональность к результату деятельности (на этапе вхождения в программу лечения: у 6% женщин с положительным исходом лечения бесплодия, у 4,5% – с отрицательным исходом лечения бесплодия, на этапе подсадки эмбриона: у 8,1% и у 6,9% соответственно). В группе женщин с отрицательным исходом лечения бесплодия по программе ЭКО были выявлены специфичные варианты сочетания параметров психических состояний: На этапе вхождения в программу: - расплывчатость цели, свобода в выборе средств достижения цели и готовность прислушиваться к мнению окружающих, самостоятельность в выборе стратегий поведения, трезвая оценка результатов деятельности (5,4%); - неустойчивость и необоснованность цели, гибкость в выборе средств и стратегий поведения, излишняя эмоциональность при оценке результата (4,5%); - четкое осознание цели, свобода в выборе средств достижения цели и готовность прислушиваться к мнению окружающих, самостоятельность в выборе стратегий поведения, излишняя эмоциональность при оценке результата (4,5%). На этапе подсадки эмбриона: - расплывчатость цели, гибкость в выборе средств и стратегий поведения, соответствующих изменениям ситуации, излишняя эмоциональность при оценке результата (5,17%); - четкое осознание цели, свобода в выборе средств, поведение настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация, трезвая оценка результатов деятельности (12,06%). Доминирующее большинство профилей психических состояний на этапе уведомления об отрицательном результате лечения бесплодия свидетельствуют о сильном эмоциональном потрясении. Для большинства женщин характерно снижение настроенности на цель, излишне эмоциональное реагирование и склонность к переоценке результатов (были выявлены статистически значимые различия по параметрам «Настроенность-Фрустрированность» ($p=0,013$) и «Ригидность-Транс» ($p=0,06$), где $p \leq 0,05$). Полученные результаты имеют значение для эффективности лечения бесплодия, позволяют индивидуализировать определение задач, методов дифференцированной коррекции и профилактики негативных психических состояний женщин, получающих лечение бесплодия методом ЭКО.

Список литературы.

1. Кулаков, В. И. Здоровье матери и новорожденного / В. И. Кулаков / Акушерство и гинекология. — 1994. — №1. — С. 3–6.
2. Сухих, Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Г. Т. Сухих. — Москва, 2010. — 784 с.
3. Татарчук, Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщин / Т. Ф. Татарчук // Международный эндокринологический журнал. — 2006. — №3. — С. 2–9.
4. Deka, P. K. Psychological aspects of infertility / P. K. Deka, S. S. Sarma // British Journal of Medical Practitioners. — 2010. — №3. — P. 336–338.
5. Kupka, M.S. Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE / M. S. Kupka, T. D'Hooghe, A. P. Ferraretti, J. de Mouzon, K. Erb, J. A. Castilla, C. Calhaz-Jorge, Ch. De Geyter, V. Goossens // Human reproduction. — 2016. — №31. — P. 233–248.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЭНДОГЕННОГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПСИХОЗА

Гревцева Ю.П.

Курский государственный медицинский университет

Своевременная диагностика послеродовых психотических состояний имеет большое практическое значение. Несмотря на то, что данное заболевание известно давно и существует многочисленное описание в литературе клинических симптомов, врачи других специальностей часто расценивают проявление психоза как бытовую конфликтность. Да, частота послеродовых психозов составляет лишь 2-9% среди психических заболеваний женщин, но в большинстве случаев требуется психическое освидетельствование пациентки и госпитализация в стационар, с целью предотвращения угрожающих жизни состояний и проведение курса медикаментозного лечения, поэтому очень важно как можно раньше заметить проявления заболевания. [2] Под послеродовыми психозами понимают все психические заболевания в течение 6 недель после родов. Сами по себе процессы беременности и родов у здоровой женщины не могут являться причиной психозов, обычно к данному заболеванию приводит совокупность факторов: тяжелые роды (длительность, разрывы, инструментальные манипуляции), анемия, хронические инфекции, психотравмы. Что касается эндогенных психозов, то решающее значение имеет предрасположенность. [1] Относительно этиологии, клинических проявлений, динамики и прогноза в настоящее время нет единой точки зрения. Согласно имеющимся описаниям для типичного послеродового психоза характерны три основных группы синдромов: аментивные, депрессивные и кататонические. [1] Продромальные явления аменции выражаются головной болью, бессонницей, раздражительностью. Быстрая перестройка в стволе мозга в момент возникновения послеродового психоза считается благоприятным условием для возникновения кататонии. Однако в последнее время клиника отличается полиморфизмом и на смену аментивно-делириозных и кататонических состояний пришли астено-депрессивные, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-бредовые синдромы. Специфика послеродовых материнских психотических переживаний заключается в искаженной оценке состояния новорожденного, в том числе о физиологических потребностях ребенка. Многие исследователи отмечают, что чаще всего случаи послеродового психоза возникают у молодых первородящих женщин. [2] Цель исследования: выделить причины возникновения заболевания, клинические проявления и изучить терапию данных состояний. Материалы и методы: на базе «ОБУЗ Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» были изучены истории болезни пациенток с эндогенным послеродовым психозом. Клинический случай. Исследована история болезни, амбулаторная карта больной Т, 22 года, которая находилась на стационарном лечении с диагнозом: F20.01 Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентный тип течения. Из анамнеза известно: образование высшее – Курский педагогический университет, художественно-графический факультет. Замужем с 19 лет. Отношения в семье напряженные частые конфликты. Объективных данных о наследственности нет. Беременность протекала без особенностей, роды срочные. В родах выполнялась эпизиотомия. Из роддома выписана на 7-е сутки. Психическое состояние изменилось на пятые сутки после выписки. Нарушился сон, снизилось настроение. Появилась раздражительность, тревога. Поняла, «что по телевизору и по радио говорят про меня»,

«мысли транслируют, действуют на сон». Перестала ухаживать за ребенком, металась по квартире, не реагировала на уговоры. Была госпитализирована бригадой СП в психиатрическую больницу. Психический статус при поступлении: ориентирована, в контакт вступает неохотно, нецензурно бранится, раздражительна. В дальнейшем, в беседе несколько успокаивается. Рассказывает, что «мысли украли», наверное «это связано с мужем», в отделении необщительна, аппетит снижен, спит поверхностно. Во время пребывания в стационаре была проведена терапия: аминазин, галоперидол в/м, амитриптилин в/м в течении 5 суток, в дальнейшем переведена на солиан 20 м дважды в сутки. На фоне медикаментозной терапии была быстрая редукция психотических симптомов, восстановление критики. Выписана на поддерживающей терапии солианом.

В представленном клиническом случае пример типичного послеродового психоза на фоне стрессовых факторов: раннее материнство и конфликты в семье. Предполагаю, что данные факторы стали триггером для развития психотического состояния, так как у пациентки имелась эндогенная предрасположенность. Лечение послеродовых психозов зависит от ведущего психопатологического синдрома, но правильно подобранная терапия, даже в тяжелых случаях, показывает высокую эффективность. Таким образом, очень важно своевременно диагностировать заболевания и пройти курс лечения, чтобы не навредить здоровью матери и ребенка.

Список литературы.

1. Жук, Т.П. Особенности клинических проявлений и лечения послеродовых психозов / Т.П. Жук, Л.В. Дудаль // Медицина и экология. - 2014. - № 2. – С.19-21.

2. Клейменова, С.А. Клинический случай послеродового психоза на фоне туберкулезной интоксикации / С.А. Клейменова, О.Н. Ситникова // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. – Воронеж, 2014. – С.72-77.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НИХ

Гурьянова Н.И., Гурьянов Г.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время повысился уровень аутоагрессивного поведения не только в России, но и в ряде других цивилизованных стран мира. Как показывают данные ВОЗ, количество суицидальных попыток у девушек и юношей 15-24 лет в Российской Федерации стало возрастать в 2,5-3 раза. [3] Суицид – акт самоубийства, совершаемый в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания. Это осознанный акт самоустранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых их собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл. [4] В отличие от взрослых у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения. [5] Мотивы самоубийств можно условно разделить на 2 группы: социальные (безработица, бедность, войны, дискриминации по этническим и иным причинам) и индивидуальные (тяжелые болезни, негативные взаимоотношения в семье, психические расстройства, утрата близких людей). [1] Аутоагрессия — вид деструктивного поведения, при котором агрессия по каким-либо причинам (преимущественно социальным - когда вызвавший агрессию объект значим) не может быть обращена на раздражающий объект и направляется человеком на самого себя. [2] Целью данного исследования является выявление особенностей суицидального и

аутоагрессивного поведения у подростков и факторов, влияющих на них. Сбор, первичный анализ, обработка и изложение данных проводились с помощью клинико-описательного метода. Так же была проведена статистическая обработка полученного материала по соответствующим вопросам и анализ научной литературы по проблеме исследования. В ходе работы было исследовано 30 пациенток в возрасте от 12 до 18 лет. Для оценки суицидальных идеаций был взят опросник Бека (Шкала безнадежности (Hopelessness scale, Beck et al. 1974)), шкала оценки риска суицида (ШОРС, The sad persons scale, Patterson et al. 1983), шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce suicide intent scale, Pierce, D.W., 1977). Группу из 30 девушек условно разделили на 3 подгруппы, где 40% из них имеют в анамнезе суицидальные действия (парасуициды), 20% всерьез думали о суициде, имели избранный метод (ходили на крышу здания, с которого хотели спрыгнуть, читали о различных препаратах и т.д.), и 40% имели мысли о самоубийстве (хотели испариться/исчезнуть и т.п.). При анализе причин, побудивших девочек, так или иначе, закончить жизнь в молодом возрасте, выяснилось, что группы причин можно, в целом, разделить на пять: лидер списка – утрата интереса к жизни/душевная боль (50%), на втором месте дисморфофобия (20%), далее по списку несчастная любовь (13%), семейные ссоры/семейные проблемы (13%) и подстрекательство на «слабо» (4%). При опросе 100% пациенток отмечали недостаток социальной поддержки и внимания даже в полных семьях, говорили о том, что не находят понимания среди родителей и близких, при этом полную семью имели 40%, неполную 60%. У девушек имевших полную семью, а в анамнезе парасуицид чаще встречаются поведенческие расстройства, тогда как у девочек из неполных семей и парасуицидом в анамнезе чаще встречалась дисморфофобия. У девушек из группы мысли о суициде (идея испариться из жизни, «просто умереть») в 100% случаев наблюдаются депрессивные эпизоды различной степени тяжести без эндогенных расстройств. Корреляции диагноза пациенток с их наследственностью не установлено. У пациенток с неотягощенным анамнезом клинический диагноз варьируется от эмоционально неустойчивого расстройства личности до параноидной шизофрении. У пациенток с отягощенным анамнезом можно наблюдать ту же самую корреляцию семейного анамнеза и установленного заболевания. Принадлежность к сектам, либо каким-либо организациям и пр. не была выявлена ни у одной из испытуемых. Анкетирование по шкале безнадежности дало следующие результаты: у большинства девушек, а это 60%, присутствует умеренная безнадежность, по ШОРС и шкале Пирса, почти 60% девушек имеют высокий риск суицида, что говорит о том, что у этих пациенток сохраняется желание в будущем совершить или повторить аутоагрессивный акт. Таким образом, всем пациенткам, имеющим в анамнезе суициды и парасуициды, показано динамическое наблюдение у психиатра и курсы длительной психотерапии, направленные на снижение уровня суицидальных интенций.

Список литературы.

1. Диривянкина О. В., Савина А. В. Психолого-педагогические аспекты появления аутоагрессивного поведения у подростков в школе // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 29. – С. 126–131.
2. Долгополова В.С. Аутоагрессия как защитный механизм в процессе становления личности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-4. – С. 665-667
3. Дворникова И. Н., Куренкова Е. В. Особенности аутоагрессивного поведения подростков в современном обществе // Молодой ученый. — 2014. — №21.1. — С. 86-88.
4. Грачева А.В., Бажинова А.А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Журнал «Территория науки». – 2016г. - №4. – С. 8-12.
5. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.

"ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА" - ВСЕГДА ЛИ "ВРАЧЕБНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ"?

Дмитриева Ю.Р., Симонян Р.З.

Курский Государственный Медицинский Университет

По данным следственного комитета Российской Федерации в 2016 г. по результатам проверок жалоб пациентов, было возбуждено 352 уголовных дел, 2017 г. было возбуждено 1791 уголовное дело, в 2018 г. было возбуждено более 2200 уголовных дел против врачей [1]. Наглядно видно, что с каждым годом цифры увеличиваются, из этого следует, что очень важно всем медицинским работникам действовать строго по всем клиническим рекомендациям, которые даны на сегодняшний день Министерством Здравоохранения, для того чтобы избежать ошибок в лечении и диагностики, и не стать объектом уголовного преступления. Цель данного исследования: изучение понятия «врачебное преступление» и «врачебная ошибка», анализ связи между ними, и ответ на вопрос – «Равны ли эти понятия, а если нет, то каковы критерии их разграничения?». Материалы и методы, которые были использованы в данном исследовании: анализ статей Уголовного кодекса Российской Федерации. Доктор юридических наук, В.А. Глушков даёт следующее определение понятию «врачебное преступление» – это умышленное или неосторожное противоправное, общественно опасное деяние, которое совершается медицинским работником и которое причиняет или может причинить существенный вред интересам государства в сфере охраны здоровья населения, общественным отношениям в области медицинского обслуживания населения а также здоровью отдельных граждан [2]. Испокон веков все врачи дают клятву Гиппократу, во главе которой есть первая заповедь – «Не навреди». К сожалению, в настоящее время ввиду алчности многих людей, желание подзаработать на проведение каких-либо процедур приводит к тому, что медицинский работник осознает, что выбранный им способ медицинской услуги не соответствует требованиям безопасности для жизни и здоровья пациента, и желает оказать медицинскую услугу именно таким способом. Примером может служить ситуация, когда врач акушер-гинеколог проводит за денежное вознаграждение операции искусственного прерывания беременности без оформления медицинских документов и сдачи обязательных нужных анализов [1]. Т.е. врач осознано понимает, что нарушает некоторые клинические рекомендации и что велик риск осложнений для пациентки, но всё равно решает провести данную процедуру – это и есть умышленное деяние. На наш взгляд это прямое нарушение медицинских прав, за которое врач действительно должен быть наказан. Второй случай, когда врач может осуществить «медицинское преступление» – это неосторожное деяние. Что значит неосторожно? Это когда, врач опрометчиво «подходит к делу», пренебрегает правилами и нормами проведения той или иной манипуляции. Как исход – причинение вреда здоровью и жизни пациента. Всё это тоже является грубым нарушением и является наказуемым. Что касается врачебных ошибок можно обратиться к сформулированному определению в 1946 году выдающимся патологоанатомом Ипполитом Васильевичем Давыдовским: «Врачебная ошибка» – поступок вследствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Тема ошибок всегда спорная, на самом деле. Большинство врачей совершают их ввиду своей а) неопытности – т.е выпускники, молодые врачи, у которых за плечами нет опыта; б) поспешности выводов – т.е постановка диагноза без дополнительных инструментально-диагностических методов. Да, ни первое, ни второе не должно оправдывать врачей, но зачастую врачебная ошибка для доктора не меньшая беда, чем для тех, чьих родственников он не смог спасти. Мы считаем, что ошибки может совершить каждый, в том числе и врач, и если всё-таки такое случилось, значит в чем-то врач оказался некомпетентен и он должен ответить за это. Это можно назвать «косвенной виной» [3]. Анализируя два понятия «врачебная ошибка» и «врачебное преступление» можно найти как сходства, так и различия. Различия заключаются в том, что «ошибка» полностью исключает умышленные действия со стороны медицинского персонала, чего

нельзя сказать о «преступлениях». Из этого вытекает второе различие – то, что при совершении «преступления» имеет место быть прямая вина врача, а при совершении «ошибки» вина врача есть, но она носит опосредованный характер. Третье различие, что преступление может быть совершено по халатности врача, тогда как «врачебная ошибка» в большинстве случаев происходит из-за неопытности медика или поспешности постановки диагноза. Есть и некоторые сходства данных понятий. Первое сходство это конечный исход для пациентов, он негативный и в одном случае, и в другом случае. Второе, и «врачебное преступление» и «врачебная ошибка» влекут за собой уголовную ответственность по ст. 109 (ч. 2), 118 (ч. 2) [4]. Третье сходство, что оба понятия нарушают главный принцип заповеди Гиппократы – «Не навреди». Таким образом, между «врачебной ошибкой» и «врачебным преступлением» можно провести параллель. Поставить знак равенства между двумя этими понятиями нельзя, потому что имеются три главных различия. Но и сказать, что это совершенно «разные вещи» тоже будет неправильным. Более грамотным будет вариант полагать, что это смежные понятия, находящиеся рядом. Но в защиту добросовестных врачей, хотелось бы отметить, что все мы люди и у каждого может что-то не получаться на своей работе. Лечить больных – это работа врача. Безусловно, весь медицинский персонал должен оказывать качественную медицинскую помощь, но результативность не всегда зависит только от профессионализма медицинского персонала.

Список литературы.

1. Янина И.Ю. Неосторожное причинение при оказании медицинских услуг // Медицинское право. – 2019. – № 3 (85). – С. 51-53.
2. Флоря В.Н. Уголовная ответственность за врачебные преступления (некоторые итоги исследования) // Медицинское право. – 2019. – № 2 (84). – С. 48.
3. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Евразийское Научное Объединение. – 2018. – Т. 2. – № 10. (44). – С. 157-160.
4. Симонян Р.З. О юридических аспектах врачебных дел // Евразийское Научное Объединение. – 2019. – Т. 3. – № 1 (47). – С. 160-162.

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА НЕРЕЛИГИОЗНОГО МИСТИЦИЗМА В СРЕДЕ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНЧЕСТВА НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМУ

Дубинина М. С., Немеров Е. Н.

Курский государственный медицинский университет

Молодежь до сих пор интегрирует идеи мистицизма во все сферы окружающей ее жизни, в первую очередь – в среду студенчества[1,4]. Это связано со специфическими особенностями студенческой жизни и процесса обучения в высших и профессиональных учебных заведениях [3]. К таким особенностям относятся высокое родство всех участников сообщества – студентов между собой; повышенный уровень стрессовых ситуаций во время сессий и в учебное время, возникающий как по объективным причинам (незнание учебного материала и др.), так и по субъективным причинам (случайный билет на экзамене и др.)[2]. Цель исследования – изучение портрета студента, склонного к использованию (осознанному или неосознанному) практик мистицизма в студенческой жизни.

Исследование основано на изучении феномена мистицизма в среде студенчества, в частности, студентов лечебного факультета методом анкетирования. Респондентами исследования были студенты исключительно лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, вне зависимости от курса обучения. По данным от 1 сентября 2019 году на лечебном факультете КГМУ обучается 2352 студентов.

Для обеспечения репрезентативности выборки числа респондентов по отношению к генеральной совокупности с доверительной вероятностью 90% и доверительным интервалом 10% необходимо привлечь к исследованию не менее 66 студентов. По итогам времени, отведенного на анкетирование, в опросе приняли участие 86 студентов лечебного факультета КГМУ, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки. Для проведения социологического опроса была разработана анкета, состоящая из 2 блоков: портрет студента, содержащий общую информацию о поле, возрасте, курсе обучения, образовании и социальной категории респондента; ситуационные задачи, содержащие вопросы, составленные исходя из распространенных в студенческой жизни ритуалов, традиций. Опрос проводился онлайн в сети интернет. Для распространения респондентам высылались ссылка для заполнения формы: <https://forms.gle/qdmVcYnZis849Ra68>. Для создания анкеты использовался облачный сервер GoogleForms. Обработка результатов исследования первого блока анкеты необходима для составления портрета респондента. Так, преимущественно девушки проходили данное анкетирование. Исходя из результатов, 83,7% респондентов – женщины, 16,3% – мужчины. Такое соотношение полов вполне коррелируется с отношением общего числа студенток и студентов на лечебном факультете. В исследовании приняли участие студенты 17 лет (5,8%), 18 лет (44,2%), 19 лет (33,7%), 20 лет (4,7%), 21 год (4,7%), 22 года (1,2%), 23 года (1,2%). Исходя из результатов, можно сказать, что более половины (83,7%) опрошенных младше 20 лет. Респонденты, принявшие участие в исследовании, являются студентами 1 курса (25,6%), 2 курса (39,5%), 3 курса (26,7%), 8,2% приходится на студентов 4 и 5 курсов. Таким образом, можно сказать, что больше половины респондентов (91,8%) являются студентами, преимущественно изучающими фундаментальные дисциплины (первые 3 года обучения), нежели клинические. 91,3% респондентов на момент опроса получают высшее образование, имея образование в 11 классов; 7% опрошенных уже имеют среднее профессиональное образование и в настоящее время получают высшее образование. Для 1,7% респондентов медицинское образование является вторым высшим образованием. Большинство респондентов (76,7%) не относятся к льготным категориям. Среди студентов с социальной поддержкой больше всего детей из многодетной семьи (10,5%), 3,5% респондентов имеют инвалидность, также 3,5% опрошенных являются детьми без попечительства родителей. 8,1% респондентов относят себя к иной льготной категории. Второй раздел посвящен анализу предложенных респондентам ситуационных задач. На вопрос: «Что Вы думаете о том, когда студент кричит в окно "халява приди", не бреется перед экзаменом, не моет голову перед экзаменом» 48,8% респондентов признаются, что для них это не больше, чем традиция. 19,8% верят в то, что таким образом студент желает таким образом привлечь удачу, а для 11,6% это всего лишь шутка. 8,1% не смогли однозначно ответить на данный вопрос. Для 66,3% респондентов значимость такого фактора, как уровень подготовки к экзамену, является максимальной. Чуть менее значимым он (на 4 по пятибалльной шкале) является для 25,6% опрошенных. Никто не оценивает уровень подготовки как незначимый фактор для сдачи экзамена. Для 8,1% респондентов значимость этого фактора ниже 4. Очень значимым для 32,6% респондентов фактором является сдача экзамена определенному преподавателю. На 4 балла из 5 значимость этого фактора оценивают 43% студентов. Менее значимым он (на 3 по пятибалльной шкале) является для 18,6% опрошенных. Ниже 3 значимость этого фактора оценивают 5,9% респондентов. Очень значимым для 26,7% респондентов фактором является процесс вытягивания билета и легкость руки. На 4 балла из 5 значимость этого фактора оценивают 30,2% студентов. Менее значимым он (на 3 по пятибалльной шкале) является для 22,1% опрошенных. Ниже 3 значимость этого фактора оценивают 20,9% респондентов. Для 45,3% респондентов значимость такого фактора, как удачливость, является максимальной. Чуть менее значимым он (на 4 по пятибалльной шкале) является для 30,2% опрошенных. 1,2% студентов оценивает удачливость как незначимый фактор для сдачи экзамена. Для 23,3%

респондентов значимость этого фактора ниже 4. Для 43% респондентов значимость такого фактора, как рейтинг практических занятий и пув, является максимальной. Чуть менее значимым он (на 4 по пятибалльной шкале) является для 30,2% опрошенных. 1,2% студентов оценивает рейтинг практических занятий и пув как незначимый фактор для сдачи экзамена. Для 25,6% респондентов значимость этого фактора ниже 4. Для 30,2% респондентов значимость такого фактора, как использование определенной атрибутики (удачливый халат, удачливый костюм), является минимальной. Чуть более значимым он (на 2 по пятибалльной шкале) является для 22,1% опрошенных. 10,5% студентов оценивает использование определенной атрибутики как очень значимый фактор для сдачи экзамена. Для 30,2% респондентов значимость этого фактора приближена к средней. Для 36% респондентов значимость такого фактора, как загадывание желания на успешную сдачу экзамена, является минимальной. Чуть более значимым он (на 2 по пятибалльной шкале) является для 19,8% опрошенных. 8,1% студентов оценивает использование определенной атрибутики как очень значимый фактор для сдачи экзамена. Для 22,1% респондентов значимость этого фактора приближена к средней. На вопрос: «Если Вы увидите, как кто – то совершает какой – то странный ритуал перед экзаменационной аудиторией, то Вы...» 54,7% респондентов признались, что сделают вид, что не заметили, мало ли, что у этого человека на уме. Поинтересуется, чем занимается этот человек 16,3 % опрошенных. 12,8% студентов затрудняются ответить на этот вопрос. Посоветуют этому человеку повторять учебный материал 10,5% студентов. Остальные респонденты (4,5%) признаются, что сами что-то подобное недавно делали. Один студент (1,2%) в графе «Другое» указал, что посмеется. Полученные результаты наиболее репрезентативны для студента, портрет которого отвечает следующим характеристикам: студент женского пола, 2-3 курсов обучения, в возрасте до 20 лет, получающий высшее образование после 11 классов школьного образования и не относящийся к льготным категориям. Не более чем 15% студентов, обладающих такими характеристиками, склонны к использованию (осознанному или неосознанному) практик мистицизма в студенческой жизни.

Список литературы.

1. Волков, С. Н. Мистицизм в современной молодежной среде: автореферат дис. ... канд. фил.наук / С. Н. Волков. – М., 2010. – 58 с.
2. Кайгородов, А. П. Некоторые аспекты современного мистицизма / А. П. Кайгородов // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета, социально – экономические науки. – 2012. – №17. – С. 27-35.
3. Романова, Е. Г. Мистицизм интернета и социализация и социализация молодежи / Е. Г. Романова // Педагогика. – 2013. – №5. – С. 79-88.
4. Степанчук, Ю. А. Основные понятия мистицизма: опыт философского исследования: автореферат дис.... канд. фил.наук / Ю. А. Степанчук. – М., 2011. – 71 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Ерошенко С.Ю., Колесников Д.А., Кондуфор О.В.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Лица с эндогенными психическими расстройствами являются достаточно уязвимыми за счет вызванной болезнью высокой социальной дезадаптацией [1]. Пациенты с параноидной шизофренией особенно остро испытывают данную проблему вследствие уже имеющейся в силу болезни дефицитарной симптоматики [2]. В связи с этим такие лица могут совершать противоправные действия. Помимо этого, в формировании

делинквентного поведения у пациентов с шизофренией так же играют роль преморбидные личностные особенности.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 25 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях № 1 и № 5, а также в отделении первого психотического эпизода и судебно-психиатрической экспертизы № 11 ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР. Среди них: 19 мужчин и 6 женщин (средний возраст $38,5 \pm 5,4$ лет). Было выделено 2 исследуемые группы: 1-я – пациенты, не совершавшие правонарушения, 2-я – пациенты, совершившие правонарушения, повлекшие за собой административную или уголовную ответственность. С пациентами проводилось клиническое интервью, изучались данные анамнеза. Из психометрических методик применялся пятифакторный личностный опросник (5PFQ) и шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS). Статистическая обработка проводилась в программе STATISTICAV 12.5. Для оценки достоверности применялся U-критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Нам удалось установить статистически достоверно более высокий балл у пациентов 1-й группы по шкалам «Экстраверсия-Интраверсия» (на 14,7 баллов больше, $p < 0,05$), «Привязанность-Отдаленность» (на 21,4 балла больше, $p < 0,05$). Пациенты 2-й группы показали выше балл по шкале «Эмоциональность-Эмоциональная сдержанность» (на 10,6 баллов больше, $p < 0,05$). Также пациенты 2-й группы имели большую выраженность негативных симптомов по шкале PANSS (на 9,5 баллов больше, $p < 0,05$). По результатам корреляционного анализа выявлена высокая прямая взаимосвязь между баллами шкал «Экстраверсия-Интраверсия» и «Привязанность-Отдаленность» ($r = 0,855$, $p < 0,05$). Субшкала негативных симптомов PANSS показала высокую обратную корреляцию со шкалами «Экстраверсия-Интраверсия» ($r = -0,861$, $p < 0,05$) и «Привязанность-Отдаленность» ($r = -0,816$, $p < 0,05$).

Выводы. Среди личностных особенностей пациентов с шизофренией, совершивших правонарушения, повлекшие за собой административную или уголовную ответственность, выделяются интраверсия, отдаленность и эмоциональность, что на наш взгляд может иметь определенное влияние на формирование делинквентного поведения.

Список литературы

1. Hofmann S.G. Social-emotional aspects of mental disorders. / S.G. Hofmann, S.N. Doan // The social foundations of emotion: Developmental, cultural, and clinical dimensions. – 2018 – P. 149–169.
2. Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning / K. Kaneko // Yonago Acta Medica. – 2018. – V. 61 (2). – 091–102.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕСБАЛАНСИРОВАННОСТИ РАБОТЫ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ И ПРЕФРОНТАЛЬНОЙ КОРЫ НА ПОДРОСТКОВУЮ АГРЕССИЮ

Иваненко Л.В.

Иркутский государственный медицинский университет

В 1999 году в штате Колорадо (Америка) в школе «Колумбайн» произошло одно из самых массовых убийств, спланированное и устроенное двумя подростками. Это событие получило широкую известность и имеет много последователей по всему миру. На сегодняшний день эта тема является малоизученной. Не существует четких методик и руководств к действию по выявлению и предотвращению таких преступлений. Нет

слаженной работы между учителями, родителями, школьными психологами и надзорными органами, поэтому такие преступления являются неожиданностью для всех. И, как правило, сопровождаются большим количеством жертв. Что двигает убийцей? Почему подросток пошел на такой отчаянный шаг? Можно ли было это предотвратить? Кто виноват: школа или родители? Объектом исследования являются массовые убийства в школах, произошедшие за последние 40 лет и совершенные подростками. А предметом – особенности формирования нейронных связей в подростковом возрасте и их влияние на проявление агрессии и различия формирования нейронных связей у мальчиков и девочек.

Методы: 1) анализ научной литературы, учебников и пособий по психиатрии, психодиагностике, курса лекций по нейробиологии Т.В. Черниговской. 2) сбор и систематизация информации о массовых убийствах, совершенных в учебных заведениях за последние 40 лет. Выявление закономерностей, составление диаграмм и графиков. 3) проведение эмпирического исследования с помощью опросника уровня агрессивности Басса-Дарки и теста – опросника по методу Сакса-Сиднея. Интерпретация и анализ результатов. Был проведен анализ массовых убийств и составлена хронологическая таблица. На основе этих данных были получены выводы и закономерности, присущие всем событиям: время года, время совершения нападения, пол убийц, возраст, межличностные отношения в классе с учителями, увлечения. После анализа составлен портрет среднестатистического предполагаемого стрелка: - подросток мужского пола; - средний возраст 16,7 лет; - подвергающийся буллингу; - находящийся в социальной изоляции; - тихий и замкнутый. Далее было рассмотрено подростковое поведение с точки зрения нейробиологии и сделан вывод, что оно не зависит от каких-либо нарушений в мозге. Такое поведение напрямую зависит от несбалансированного формирования нейронных связей и развития префронтальной коры головного мозга. Также было проведено тестирование среди лицеистов в возрасте от 16 до 18 лет. Задача теста №1 – выявление подростков с повышенной агрессивностью. Задача теста №2 – оценить уровень психологического комфорта в классе. По результатам исследования мальчики показали самый высокий уровень агрессии. В заключение все полученные данные из теоретической и практической части были сопоставлены и проанализированы. Таким образом были выявлены наиболее важные причины, почему подросток пошел на такое преступление.

В ходе исследования было выявлено, что характер агрессивного поведения во многом зависит от возрастных особенностей, в частности от созревания и перестройки мозга. Но не стоит забывать о социальном аспекте. Стреляют не машины, а подростки, доведенные до такого состояния. Поэтому результаты исследования могли бы также помочь школьным психологам и учителям взглянуть на проблемы подростковой агрессивности с другой стороны. Ведь зная, как устроен мозг, какие бурные процессы происходят в нем, можно скорректировать поведение подростка и предотвратить трагедию.

Список литературы.

1. Воронков Б.В./ Психиатрия детей и подростков / Издательство «Наука и техника», Санкт-Петербург, 2017 – 288 с.
2. Кин Сэм/ Дуэль нейрохирургов: как открывали тайны мозга и почему смерть одного короля смогла перевернуть науку/ Издательство «Э», Москва, 2018г. – 576 с.
3. Марш Генри/ Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии/ Издательство «Э», Москва, 2017г. – 320 с.
4. Марш Генри/ Призвание. О выборе, долге и нейрохирургии/ Издательство «Э», Москва, 2017г. – 320 с.
5. Сакс Оливер/ Галлюцинации/ Издательство АСТ, Москва, 2017г. – 416 с.
6. Сакс Оливер/ Человек, который принял жену за шляпу/Издательство АСТ, Москва, 2017г. - 352 с.
7. Стенвик Бор/ Все мы врем. Как ложь, жульничество и самообман делают нас людьми/ Издательство «Альпина Паблишер», Москва, 2016г. – 503 с.

Интернет-ресурсы.

1. <https://vk.com/chernigovskaiaaatv>
2. <http://mir-znaniy.com/osobennosti-mozga-podrostka/>
3. http://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое_убийство_в_школе_Джонсборо
4. <https://sci-hub.tw/>
5. <http://spkurdyumov.ru/uploads/2015/08/divnyj-yunyj-mozg.pdf>
6. <https://www.youtube.com/watch?v=YMg5r95MS7M>

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ, СКЛОННЫХ К КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ

Кайдалова Д.А., Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет

В условиях самоизоляции подростки и люди юношеского возраста большую часть своего времени проводили за компьютером. Учебная, досуговая и иная деятельность осуществлялась дистанционно посредством сети Интернет. Помимо организации взаимодействия с друзьями через социальные сети, «сёрфинга» на веб-страницах или популярных фото- и видеосервисах, во время самоизоляции был отмечен выраженный рост количества людей, начавших играть в компьютерные игры. На выбор вида времяпрепровождения существенное влияние оказывали личностные особенности. Кроме того, виртуальный мир, выступая в качестве замещения социальных условий, в свою очередь тоже может формировать определенные личностные качества. Целью нашего исследования стало изучение личностных особенностей людей, склонных к компьютерной зависимости, с помощью технологии окулографии. Исследование проводилось с использованием специально разработанного стимульного материала для окулографа. Он содержал нейтральные изображения-стимулы, а также стимулы, связанные игровой деятельностью. Кроме того, были разработаны стимулы, для выявления личностных особенностей испытуемых, на основе работ А.С. Огнева [2]. Стимулы были сформированы в группы по исследуемому качеству: 3 изображения-стимула были направлены на исследование самооценки испытуемых, 3 – исследовали отношение в диаде «ребёнок – родитель», 2 – оценивали склонность к риску и волевой контроль респондентов, 2 изображения стимула оценивали такие параметры как креативность, общительность, умение работать в команде, 16 изображений имели непосредственное отношение к игровой деятельности. Качественному и количественному анализу были подвержены крупные глазодвигательные паттерны: макросаккады, фиксации, динамика раскрытия зрачка, суммарное время рассматривания каждой из областей интереса, количество фиксаций в каждой из областей, порядок рассматривания. В исследовании приняли участие студенты факультета клинической психологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. Характеристика личностных особенностей проводилась через выделение областей фиксации взгляда, оценку суммарного времени сосредоточения внимания и общего числа возвратов взгляда к значимым объектам-стимулам [1]. Среднее время фиксации на значимых изображениях стимулах составило $5,47 \pm 0,26$. Мы можем отметить повышенную склонность к риску, активность и предприимчивость, креативность и способность принимать решения. Для большинства студентов компьютерная игра является важной частью его жизни, они стремятся постоянно добиваться все более высоких результатов, при этом, успевающие студенты способны лучше контролировать время игрового сеанса. Эти качества они переносят из виртуального мира в реальный, что

проявляется и в их успеваемости. Хотя студенты не склонны к зависимости от компьютерных игр более откровенны и просты в общении, им свойственна низкая дисциплинированность. При этом для всех респондентов, склонных к зависимости от компьютерных игр, характерно раздражение при необходимости остановить игру, так как игрой они могут компенсировать такие неудовлетворенные потребности в общении, родительской заботе и т.п. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что компьютерные игры могут влиять на подрастающее поколение не только отрицательно, но и положительно. Важно отметить особую роль, которую играют уже сформированные к началу игровой деятельности черты. Несмотря на повышенную склонность к риску у игроков, мы можем отметить у этой группы также повышенную активность, предприимчивость, креативность. Хотя студенты, не имеющие большого опыта игровой деятельности, более откровенны и просты в общении, им свойственна низкая дисциплинированность. Можем предположить также положительное влияние игр на развитие высших психических функций, таких как память и внимание, формирование навыков командной работы и развитие реакции. При этом важно помнить о необходимости определения позиции в континууме «норма-патология», разделении, что является спортом или хобби, а что – зависимостью. Для объективизации представленных предположений необходимо детальное изучение психологических особенностей в динамике включенности в компьютерную игровую деятельность с использованием аппаратных методов.

Список литературы.

Кузнецова А.А., Кайдалова Д.А. Технология окулографии в ранней диагностике склонности к зависимому поведению/ А.А. Кузнецова, Д.А. Кайдалова //Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 180-189.

2. Огнев А.С. Окулометрические проявления психологических установок респондентов в отношении восприятия визуального контента / А.С. Огнев, В.А. Петровский, Э.В. Лихачева // Серия «Человек в современном мире». Психологические науки. – 2018. – С.41–48.

ФИЛОСОФИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Коледаева А.К., Жукова Е.Д.

Кировский государственный медицинский университет

В современном мире существует около 55 тысяч различных заболеваний и ни одного человека, не имеющего хотя бы одного из этого множества. Одним из самых древних медицинских писаний, дошедших до нашего времени, является «Папирус Эберса», датированный 1550 г. до н. э. Это египетское собрание знаний включает более 700 видов средств от разнообразных недугов [1]. Медицина, зародившаяся в Древней Египте, считается основой врачебной мудрости, и спустя тысячелетие в Древней Греции она находит связь с зарождающейся философией [1]. Древнегреческого врача Гиппократ называют «отцом медицины» [2]. Основываясь на опыте и профессии своих родителей, он преобразовал медицину из ремесла в науку. Гиппократ и его последователи учили, что распознавание болезней и лечение больных должны быть основаны не на умозрительных представлениях, а на строгом наблюдении и изучении больных, на обобщении и накоплении практического опыта. Отсюда «гиппократики» выдвигали основной принцип: лечить не болезнь, а больного. Все назначения врача, касающиеся лечения, режима больных, должны были быть строго индивидуализированы. «Любовь к нашей науке нераздельна с любовью к человечеству», - сказал Гиппократ в своё время. И с того часа и

до сих пор выдающимся памятником гуманизма стала клятва Гиппократы – отправная точка в развитии профессиональной врачебной этики [2]. Гиппократ писал: "Врач-философ равен Богу". Скорее всего, его умозаключение основывалось на тесной связи медицины и философии. Ведь оба понятия целиком и полностью относятся к «человеческому организму». Медицина призвана сохранять тело человека в здоровом состоянии. А здоровье не что иное, как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Так, за «духовное благополучие» и отвечает философия – наука, возвышающая сущность человеческого бытия, делающая жизнь людей нравственно осмысленной. В связи с неотъемлемой связью медицины и философии становится актуальной проблема недостатка философского осмысления жизни и болезни пациента со стороны врача. В современном обществе в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой огромное значение приобретает сохранение здоровья нации. Всё большее количество специалистов необходимы для диагностики, лечения и профилактики новых заболеваний, смертельных для общества. Население стремится пройти должное обследование у различного рода специалистов. Опрошены три группы населения в количестве 75 человек (по 25 человек каждая): 1 и 2 группы - студенты стоматологического факультета медицинского вуза до и после изучения курса «Философия» и 3 - практикующие врачи-стоматологи. С помощью проведенного анкетирования узнали мнения людей из медицинской сферы о важности философских учений в деятельности врачей-стоматологов. Статистическая обработка включает методы описательной и аналитической статистики. В качестве критического уровня статистической значимости различий (p) было выбрано значение $p < 0,05$. В результате обработки полученных ответов студентов-стоматологов до изучения философии можно сделать вывод о том, что 50% опрошенных считают философию неважным предметом, а знания философских учений находят ненужными для их профессиональной деятельности. Остальные 20% обучающихся не представляют, что такое философия и как она может пригодиться в будущем. Такое мнение, скорее всего, связано с неопытностью и начальным уровнем медицинского образования. И 30% студентов отмечают важность философии для повышения общей эрудиции, а также понимания пациента в процессе общения. В случае студентов, которые были опрошены после изучения дисциплины «Философия» мнения разделились практически также. Только 25% студентов будут использовать полученные знания в будущем, они также отметили, что предмет необходим для расширения кругозора и правильной подачи медицинских данных пациентам. Остальные 75% не считают философию полезной для врача-стоматолога. Схожие у двух групп данные говорят, вероятнее всего, об отсутствии опыта врачебной практики и общения с пациентами. 80% опрошенных врачей-стоматологов, вне зависимости от стажа, считают, что философия во врачебной практике не нужна. Они отметили, что это время могло быть направлено на изучение медицины. 20% врачей (также вне зависимости от стажа) считают, что философия, как гуманитарный предмет развивает врача в качестве грамотного специалиста, так как чтобы подобрать верные слова при туманном прогнозе – нужно знать не только психологию, но и философию. В целом полагают, что философия нужна для развития личности в целом, но в работе стоматолога это в частности помогает редко. Таким образом, подавляющее большинство студентов и врачей считают, что философия не важна для практикующего врача - стоматолога, однако такое мнение, скорее всего, связано с неверной трактовкой философии как науки и недостатком наглядного материала. Так как в университетах учат исключительно её теоретической части, но не показывают, как применять философию на практике (например, на приёме пациента). Опрошенные также считают, что философия необходима в частности для повышения уровня интеллекта человека, а, как известно, мудрость – неотъемлемая часть медицины. Поэтому философский вопрос – «быть или не быть врачу философом» - остаётся открытым. Однако стоит

стремиться к пониманию и глубокому осмыслению медицины как науки и осознанию, что болезнь тесно связана с жизнью человека, его судьбой и отношением к миру.

Список литературы.

1. Хрусталеv Ю.М. Философия: учебник для вузов/ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 640 с.
2. [historymed.ru/encyclopedia/doctors](https://www.historymed.ru/encyclopedia/doctors) [интернет]. История медицины [доступ от 01.11.2020]. Доступ по ссылке https://www.historymed.ru/encyclopedia/doctors/?ELEMENT_ID=4823

ГРАФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ БУКВЫ «Р» В ПОЧЕРКЕ ВРАЧА – РУКОВОДИТЕЛЯ

Кравцунова Е.С., Чуприкова А.С., Богданова А.А., Абакарова Э.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Графологический анализ – это метод исследования индивидуально-психологической вариативности почерка с целью исследования психических состояний, отраженных в рукописном тексте. Метод основан на теории о том, что почерк является объективным отражением личности, так как он формируется мозгом и определяется подсознательными процессами. Целью данного исследования является изучение с помощью графологического анализа особенностей написания буквы «Р» в рукописных текстах врачей руководящих должностей. В графологическом исследовании образцов почерка приняли участие 30 респондентов, в числе которых 15 врачей руководящих должностей и 15 штатных врачей-специалистов. Средний возраст врачей-руководителей составил $37,9 \pm 6,88$ лет, врачей-специалистов - $35,8 \pm 12,6$ лет. Образцы почерков были собраны на клинических базах: ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1 г.Будённовска», ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр». Для получения образцов почерка был разработан специальный бланк, в основе которого лежит связный текст, состоящий из 52 слов и содержащий 16 букв «Р». Графологический анализ был проведен по авторской методике В.Тараненко [5].

Методологической базой исследования стали работы известных графологов - И.Гольдберг [1], Д.М.Зуева-Инсарова [2], И.Ф. Моргенштерна [3], В.Тараненко [5], И.Щеголева [6]. Нами была выдвинута гипотеза, основанная на том, что почерк врачей руководящих должностей несет в себе определенный профессиональный отпечаток, отличный от таковых у штатных врачей-специалистов. Согласно авторской методике В.Тараненко, буква «Р», отражает степень агрессии, доминантности, внутренней силы, целеустремленности и воли исследуемого [5]. Данные качества определяют характер личностей-руководителей, и были взяты за основу [4]. Буква «Р» по написанию делится на 4 типа [5]. Два типа относятся к высокому уровню агрессии (импульсивная, аккумулятивная), один – к среднему (эмотивный) и последний – к низкому (провокативная). Импульсивный тип характерен для людей агрессивных, резких, неуправляемых; им сложно подчиняться другим и находить компромисс. Аккумулятивный тип соответствует целеустремленным агрессивным личностям, способным накапливать агрессию и направлять ее в нужное русло. Эмотивный тип встречается у людей со средним уровнем агрессии, но склонных к эмпатии, состраданию и внутренним переживаниям – они способны на агрессию во имя справедливости. Провокативный тип – часто встречающийся вариант, «школьный», «стандартный», «корпоративный», соответствует низкому уровню агрессии личности; преобладает у людей, способных только на провокацию соперника. Графологический анализ почерка 15 врачей-руководителей показал: импульсивный тип преобладает в 4-х образцах почерка (26,6%), аккумулятивный - в 8-ми образцах (53,33%),

эмотивный - в 1-м образце(6,67%) провокативный - в 2-х образцах(13,33%). Графологический анализ почерка 15 штатных врачей-специалистов показал: провокативный тип «Р» преобладает в 12 образцах почерка (80%), эмотивный в – 2-х образцах (13,33%), аккумулятивный - в 1-м образце(6,67%), импульсивный тип не выявлен ни в одном образце. Сравнительный анализ исследуемых групп респондентов показал, что в почерке врачей руководящих должностей преобладает тип написания буквы «Р» с высоким уровнем агрессии, а в почерке штатных врачей-специалистов - с низким уровнем агрессии. Выявленная зависимость отражает характер личности врача-руководителя, подтверждает выдвинутую авторами гипотезу и позволяет сделать вывод о том, что графологический анализ буквы «Р» действительно информативен и может быть использован для оценки степени агрессивности личности.

Проведенный графологический анализ письма позволил обобщить обширный опыт ранее проведенных исследований и проанализировать полученные результаты. Удалось доказать взаимосвязь между написанием типов буквы «Р» с высоким уровнем агрессии и руководящей должностью врача. Полученные показатели могут быть обусловлены соответствующими должностными полномочиями, либо индивидуальными особенностями поведения личности в стрессовой ситуации (необходимость быстрого принятия решений). Безусловно, данная тема представляет для нас научный интерес, открывает новые возможности в распознавании личности и требует дополнительного, углублённого изучения.

Список литературы.

1. Гольдберг И. Графология шаг за шагом: Как расшифровать почерк / И. Гольдберг. — Екатеринбург: У-Фактория; М.: АСТ МОСКВА : ХРАНИТЕЛЬ, 2008. — 224 с.
2. Зуев-Инсаров Д.М. Почерк и личность. Графология или способ определения характера человека по почерку / Д.М. Зуев-Инсаров. — Амрита, 2017. — 160 с.
3. Моргенштерн, И.Ф. Психографология : Наука об определении внутр. мира человека по его почерку / И. Ф. Моргенштерн. - М. : Изд-во ассоц. духов. единения "Золотой век", 1994. - 381 с.
4. Моисеева Е.А. Психологическая характеристика руководителя // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. №3 (10). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-harakteristika-rukovoditelya> (дата обращения: 08.10.2020).
5. Тараненко В. Почерк, портрет, характер Скрытая психодиагностика в практическом изложении / В. Тараненко. — Киев: Ника-Центр, 2003. — 136 с. 6. Щеголев И. Графология XXI века / И. Щеголев, Ю. Чернов. — Москва: Питер, 2008. — 255 с.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Леонова Т.И.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Муковисцидоз – это хронически протекающее заболевание, связанное с нарушением функционирования эндокринных желез, приводящее к поражению жизненно важных систем организма, в частности дыхательной и пищеварительной [2]. Тяжелое течение и высокая смертность пациентов определяют важность проведения научных исследований, направленных на дальнейшее изучение этого заболевания. Однако в научной литературе практически не уделяется внимание изучению психологических особенностей данной группы пациентов, которые ежедневно сталкиваются с постоянными медицинскими процедурами, ограничениями в выборе деятельности и угрозой смерти [1]. Важнейшими

ресурсами для продолжения жизни в условии наличия неизлечимого заболевания могут являться ценностные ориентации и направленность личности в целом, что обуславливает важность их изучения.

Нами было проведено эмпирическое исследование ценностных ориентаций 20 пациентов с муковисцидозом при помощи методики «Ценностные ориентации» О.И. Моткова и Т.А. Огневой (вариант 2). Данная методика подразумевает выделение внешних (хорошее материальное благополучие, известность, популярность, физическая привлекательность, внешность, высокое социальное положение и роскошная жизнь) и внутренних ценностей (саморазвитие личности, уважение и помощь людям, отзывчивость, теплые, заботливые отношения с людьми, творчество, любовь к природе и бережное отношение к ней), а также оценку уровня их значимости, реализации и конфликта между значимостью и реализацией [4]. В ходе исследования нами были получены данные о том, что у пациентов с муковисцидозом уровень значимости и реализации внутренних ценностей преобладал над внешними. При этом внешние ценности обнаружили большее значение конфликта между значимостью и реализацией. Это может свидетельствовать о некоторой противоречивости ценностной сферы личности данных пациентов, при высокой оценке важности социально одобряемых внутренних ценностей внешние, возможно, являлись для них более актуальными, насущными и обладали наибольшим мотивационным потенциалом. Это соотносится с имеющимися в научной литературе данными о том, что умеренный конфликт между значимостью и осуществлением ценностей может становиться эффективным мотивационным фактором [3]. Рассматривая подробнее значимость отдельных ценностей для пациентов с муковисцидозом, можно отметить, что наиболее важными и реализуемыми для них оказались такие ценности, как теплые, заботливые отношения с людьми, уважение и помощь людям, отзывчивость, любовь к природе и бережное отношение к ней. Вероятно, это связано с тем, что в ситуации тяжелого хронического заболевания искренние взаимоотношения с окружающими людьми и взаимодействие с природой становятся для данных пациентов одним из важнейших ресурсов для преодоления имеющихся сложностей. Среди наименее значимых и реализуемых ценностей оказались высокое социальное положение, роскошная жизнь, а также известность и популярность. Можно предположить, что данные ценности мало способствуют преодолению заболевания, поэтому были оценены респондентами так низко. Интересным представляется то, что наибольший конфликт между значимостью и реализацией имели ценности хорошего материального благополучия, роскошной жизни и саморазвития личности. Мы предположили, что т.к. эти ценности обладают большим разрывом между желаемым уровнем осуществления и действительным, а также значительным мотивационным потенциалом, они могут во многом определять жизнедеятельность пациентов с муковисцидозом, являясь по-настоящему важными для них. Актуальность внешних ценностей достатка и роскоши, вероятно, обусловлена наличием ограничений в трудовой деятельности и постоянной необходимостью приобретения дорогостоящих лекарственных средств. В силу физических ограничений фрустрированной оказывается и потребность в саморазвитии и реализации своего потенциала у данных пациентов. Таким образом, можно говорить о некоторой противоречивости ценностной сферы личности пациентов с муковисцидозом. На рефлексивном уровне они отмечают внутренние ценности как наиболее важные. Однако истинную значимость несут в себе, напротив, внешние ценности, о которых пациенты не говорят напрямую.

Список литературы.

1. Абросимов, И. Н. Угроза жизни как предиктор выбора копинг-стратегий, уровня приверженности лечению и качества жизни у взрослых пациентов с муковисцидозом // Российский психологический журнал. 2015. №1.

2. Аветисян Л.Р., Амелина Е.Л., Андреевская С.Н., Богомолова Т.С., Борзова Ю.В., Васильева Н.В., Вечорко В.И., Воронкова А.Ю., Жилина С.В., Иванчик Н.В., Каширская

Н.Ю., Климко Н.Н., Козлов Р.С., Кондратенко О.В., Кондратьева Е.И., Кочетов А.Г., Красовский С.А., Ларионова Е.Е., Лямин А.В., Никонова В.С., Поликарпова С.В., Смирнова Т.Г., Сухорукова М.В., Черноусова Л.Н., Чернуха М.Ю., Шагинян И.А., Шерман В.Д. Клинические рекомендации «Кистозный фиброз (муковисцидоз): микробиологическая диагностика хронической респираторной инфекции». Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины».

3. Лесин А.М., Фомина Н.А. Характеристика конфликта между значимыми и реализованными ценностями студентов // Педагогика и психология как ресурс развития современного общества: проблемы сетевого взаимодействия в инклюзивном образовании. Материалы VII Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию РГУ имени С.А. Есенина. отв. ред. Л.А. Байкова, Н.А. Фомина, А.Н. Сухов ; Ряз. гос. ун-т имени С.А. Есенина. 2015. С. 255-257.

4. Мотков, О.И. Методика изучения внешних и внутренних ценностей личности [Электронный ресурс] // Сайт Психологос. Энциклопедия практической психологии. – 2014.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХИМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АДДИКЦИИ Миронова М.В.

Московский Государственный Медицинский Университет им. Сеченова
ГКУ ЦСА им. Е.П. Глинки

В настоящее время крайне губительная тенденция для современного общества — это употребление психоактивных веществ. И с каждым годом заинтересованность в данных веществах значительно увеличивается, а возраст первичного употребления уменьшается. Если еще несколько лет назад в ряде отечественных и зарубежных руководств можно было прочесть, что средний возраст употребления наркотических препаратов составляет 17-18 лет (Пятницкая. 1994; Фридман и др., 1998) Теперь уже этот возраст снизился до 14 лет, так же перестали быть казуистическими случаи начала употребления психоактивных веществ в 12-10- летнем возрасте и еще более молодом возрасте (Шабанов, Штакельберг, 2000). Подростковый возраст (пубертатный период) с давних пор считается фактором, способствующим развитию алкоголизма и токсикомании (цитата по Личко, Битенский, 1991). Известно, что если аддиктивное поведение начинается с подросткового возраста, то риск формирования химической зависимости оказывается высоким. Так до 75 % алкоголиков и наркоманов начинают употреблять психоактивные вещества будучи подростками. Современные условия, социоэкономические и культурные реалии делают подростка наиболее уязвимым в ситуации фрустрации и предъявляют повышенные требования к адаптационному потенциалу личности. Так как достаточно не изучено о степени выраженности детей подросткового возраста, страдающих химической аддикцией. Нуждаются в уточнении клинико-психологические феномены, сопровождающие указанное расстройство. Целью настоящей работы является выявить клинико-психологические характеристики подростков с химической аддикцией. Для достижения поставленной цели необходимо было решить определенные задачи: Определить степень выраженности химической аддикции у детей подросткового возраста; выявить особенности психопатологических нарушений, сопровождающих химической аддикцией у детей подросткового возраста. В исследовании приняли участие 40 детей подросткового возраста с химической формой аддикции (20 мальчиков и 20 девочек) Методами исследования стали: 1) MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) 2) MAS (

Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора) 3) ПДО (Патохарактерологический диагностический опросник) Метод статистической обработки- t-Критерия Стьюдента.

По результатам статистической обработки по 1-ой методике ММРІ стало известно, что $t_{Эмп} = 3.9$. Следовательно у девочек такие шкалы как ипохондрии, депрессии, истерии психопатии, паранойи и социальной интроверсии значительно выражены, чем у мальчиков. По результатам статистической обработки по 2-ой методике MAS стало известно, что $t_{Эмп} = 0$. Следовательно показатели равны и шкала тревоги выражена как у мальчиков с химической формой аддикции так и у девочек с химической зависимостью. По результатам статистической обработки по 3-ей методике ПДО стало известно, что $t_{Эмп} = 0$, а зона значимости у мальчиков на 2,1 показатель выше чем у девочек. А именно выражены такие показатели как: циклоидный тип личности, астено-невротический, психоастенический и неустойчивый.

В ходе исследовательской работы стало выявлено, что у подростков- девочек с химической формой аддикцией часто подвержены смены настроения и эмоциональных реакций. В результате частая смена настроения приводит к депрессии, истерии и паранойи.

Список литературы.

1. Змановская, Е.В. Девиантология: (пособие отклоняющего поведения)/ Е.В. Змановская-М., 2003.-с.134.
2. Шабанов, П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю, Штакельберг. СПб: Изд-во «Лань», 2000. 368 с.
3. Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании / К.С. Лисецкий, С.В. Березин.- Москва- Самара, 2000-с. 340.
4. Личко, А.Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский. М., 1991. 5) Братусь, Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров. М., 1984.-с. 234.

РИСК РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ АДДИКЦИЕЙ

Одилов Х.К., Абдукудусов А.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В условиях самоизоляции и длительного нахождения на карантине, внедрения в широкую практику дистанционного обучения школ, лицеев и колледжей способствует длительному пребыванию обучающейся молодёжи в кибернетической среде виртуального пространства Интернета [1]. Компьютерные ролевые игры, которые провоцируют вспышки агрессии и разрушительных действий, являются пусковым механизмом развития деструктивных тенденций [2]. Погруженность в виртуальный мир кибернетического пространства проявляется повышенной раздражительностью и агрессивностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием близких людей и окружающего мира[4]. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния виртуального пространства кибернетической сети Интернета на незрелых в личностном плане кибергеймеров [3,5]. Цель исследования: изучить социально-психологические факторы, вызывающие риск развития суицидального поведения у подростков с интернет-аддикцией для улучшения ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения. объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической

Психиатрической больницы с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психоэмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник Е.А. Личко.

При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную наследственность по психическим заболеваниям. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипопротекции»); семьи, в которых сложились конфликтные взаимоотношения в виду их дисфункциональной структуры. Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного и деструктивного стиля воспитания в семьях. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование Интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. Психологическое тестирование подростков с помощью шкалы Госпитальной тревоги и депрессии (HADS) установило наличие субклинически выраженной тревоги и депрессии у 50% исследуемых подростков. Значительные изменения в психоэмоциональном статусе отмечались у 10% подростков с проявлениями выраженной тревоги и депрессии. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. По результатам теста Е.А. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10%), психастенический тип личности выявлен у 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет - пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения.

Таким образом, проведённое исследование установило, что на формирование риска развития суицидальной активности у подростков влияют стили родительского руководства и виды семейных взаимоотношений, наличие акцентуированных черт характера в виде

эмоционально лабильной и психастенической видов, а также воспитание в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Тревожно-депрессивные расстройства являются коморбидной составляющей развития интернет-аддикции, нарастают по мере формирования клинической картины, способствуют появлению выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности, являются пусковым фактором в потенцировании суицидального поведения.

Список литературы.

1. Гриффитс М. Избыточное применение Интернета: онлайновое аддиктивное поведение. Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития», 2009.
2. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор). Аддиктология, №1. 2005.
3. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин и др. – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.
4. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019
5. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18

СТРАТЕГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ С КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Попова К.А., Носкова М.В.

Уральский государственный медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена тем, что пандемия коронавируса резко изменила жизнь каждого из нас. Строгие меры, такие как карантин, самоизоляция, резкое ограничение социальных контактов, сама болезнь, оказались тяжёлым испытанием для психики многих людей. Их страшит неизведанность и неясность, так как они не знают, какие активные действия стоит предпринять. Это усиливает тревогу, которая может спровоцировать депрессию, суицид, патологические зависимости и др. Сегодня заметна тенденция увеличения пациентов с коронавирусной инфекцией с разной степенью тяжести болезни. Конечно, такие больные нуждаются не только в медицинской помощи, но и психологической поддержке. Поскольку сегодня одной из проблем в медицине является взаимоотношения между врачом и пациентом, который столкнулся с опасной болезнью, вопрос выстраивания стратегий взаимодействия в диаде «врач-пациент», а иногда и с родственниками становится особенно актуальным.

Цель нашего исследования - изучение стратегий взаимодействия врача с пациентом в условиях пандемии. В исследовании применялись следующие методы: теоретические методы (изучение и анализ научной литературы по данной проблематике, синтез, абстрагирование, обобщение) и эмпирические методы (наблюдение). Наблюдение проводилось на базе лечебно-профилактического учреждения, которое было перепрофилировано под больных с коронавирусной инфекцией.

Теоретический анализ показал, что у пациентов, болеющих COVID-19, зарегистрирован широкий спектр когнитивных расстройств, а также расстройства психики. Например, изменения настроения (депрессия), тревожное расстройство (60% всех психических расстройств), суицидальные мысли, подавленность, панические атаки, отрицание угрозы, обсессивное и компульсивное поведение, пространственно-временная дезориентация, гипоманиакальное расстройство и др. [1]. Эти пациенты могут проявлять агрессию по отношению к врачам, отказываться от лечения, не соблюдать требования изоляции и т.п. В условиях стационара лечебно-профилактического учреждения пациентов можно условно поделить на три группы: пациенты без аппарата искусственной вентиляции легких (далее ИВЛ), пациенты с ИВЛ и пациенты, получающие реабилитационную помощь. Если рассматривать больных первого этапа без ИВЛ, то они относительно легкие пациенты, которые не нуждаются в поддержании функции дыхания, не терявшие способность к перемещению, самообслуживанию и речи. Для этой группы пациентов более характерны следующие проявления: страх смерти, тревожность, непринятие события заболевания, не приверженность терапии, реакция избегания, непонимание необходимости ограничений режима, отказ от сотрудничества, агрессия. Врачам, работающими с этой группой пациентов, необходимо учесть то, что большая часть пациентов, примерно до двух недель госпитализации, находится в острой стадии стресса. В связи с этим, при взаимодействии врача с такой группой пациентов, ему необходимо выработать эффективные стратегии совладающего поведения, снизить уровень стресса и дезадаптации у пациентов, сформировать адекватное отношение к внутренней картине болезни. Важно отметить, для таких пациентов рекомендованы комплексная поддержка, включающая в себя индивидуальную психологическую помощь, консультации, психологическую коррекцию, фармакотерапия, адекватное информирование. Пациенты первого этапа с ИВЛ - это пациенты с дыхательной недостаточностью, находящиеся на аппарате в палатах реанимации и интенсивной терапии. Для данной группы характерны следующие проявления: страх смерти, страх удушья, депрессивные расстройства, нарушения сна, аутоагрессия, негативизм, ощущение отверженности, недостаток коммуникации, отказ от участия в реабилитации и др. Здесь эффективно для пациентов будет совместная работа медицинского (клинического) психолога и терапевта. Еще можно выделить одну группу пациентов - это пациенты, получающие реабилитационную помощь (ОНМК, эндопротезирование), заболевшие коронавирусной инфекцией. Характерными особенностями для больных этой группы являются тревожность, депрессивность, недостаток коммуникации, информации, страх неизвестности. При оказании помощи пациентам с COVID-19, врачу необходимо учитывать психологический статус больного. При таких заболеваниях, как шизофрения, аутизм, алкогольная или наркотическая зависимость, депрессия, мания, пациенты должны продолжать лечение и реабилитацию, которые получали ранее без перерывов. Это, в свою очередь, поможет, обеспечить безопасность врачу и самим пациентам. При общении с такими пациентами, необходимо проявлять уверенность, спокойствие, информация об осведомленности состояния здоровья больного должны быть минимальной, но доступной и понятной для него. Как показывает практика, в условиях пандемии возникают определенные сложности в работе врачей, психологов, психиатров и др. Требования к индивидуальной защите специалистов существенно затрудняют установление доверительного контакта с пациентом. Без такого контакта оказание психологической поддержки не эффективно, так как больной не может до конца понять эмоциональный посыл врача и его намерения. Врачам в защитной медицинской маске, обращающихся к пациентам, необходимо говорить медленней, сильнее интонировать речь, вербально обозначить начало беседы, представиться, пауз должно быть больше и при переключении от врача к пациенту продолжительнее по времени. Тогда коммуникация будет эффективной, что положительно отразится на поведении пациента и принятии им помощи. Следует помнить, что уверенность и дружелюбный тон врача

способны решить многие проблемы общения с пациентами в этот сложный период.

На основании вышеизложенного материала, мы можем сказать, что борьба с коронавирусом - это совместный тяжелый труд врача и пациента. В этой ситуации врачу особенно необходимо внимательно относиться к пациентам, учитывать их эмоциональный фон, поведенческий статус и правильно выбирать стратегии взаимодействия с ними. Подводя итоги проведенного исследования, мы представили наше аргументированное мнение о стратегиях взаимодействия врач-пациент. Но эта работа может иметь и свое продолжение в рамках вопроса о психологической помощи и поддержке врачам, находящиеся на передовой в пандемию коронавирусом.

Список литературы.

1. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Помощь пациентам, имеющим поведенческие и психологические проблемы, получающим лечение от коронавирусной инфекции (COVID 2019) в условиях пандемии / М.Н. Мальцева, А.А. Шмонин, Е.В. Мельникова // Вестник восстановительной медицины. — 2020. — № 3 (97) — С. 105-109.

СПИД И МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Пяткова В.О., Суворова А.П.

Кемеровский государственный медицинский университет

ВИЧ-инфекция с момента ее появления породила в обществе немало проблем этического и правового характера, что связано с низкой информированностью населения о ВИЧ. Феномен «спидофобии» поставил вопрос о социальной защите ВИЧ-инфицированных и недопустимости дискриминации таких больных, что нередко встречается и среди практикующих врачей. Несомненно, ведущая роль в борьбе с самой болезнью и ликвидации общественного невежества к инфицированным людям принадлежит медицинским работникам. Именно они должны стать образцом гуманистической позиции по оказанию поддержки и помощи, по защите прав и свобод ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом граждан.

Цель исследования. Выявить уровень информированности населения (в том числе медицинских работников) о ВИЧ-инфекции и его отношение к ВИЧ-положительным людям с помощью анкетирования.

Методы. В целях данного исследования нами был проведён социологический опрос по теме «СПИД и морально-этические проблемы». Сбор данных осуществлялся с помощью анкеты, содержащей как закрытые, так и открытые вопросы. Опрос проводился среди студентов медицинского ВУЗа, медицинских работников и людей, не имеющих отношения к медицине. Общее количество опрошенных составило 52 человека. Статистическая обработка материала производилась с использованием программы Google документы.

Результаты. В анкетировании приняли участие следующие возрастные группы: 1) до 18 лет(7,7%) 2)от 18 до 25 лет(44,2%) 3)от 25 до 45(38,5%) 4)45 и старше(9,6%). На вопрос об основных путях передачи ВИЧ-инфекции большинство респондентов указали половой путь(75%) и заражение при повторном использовании одноразовых шприцев(19,2%). Ответы отражали и неправильные представления о возможности заражения ВИЧ-инфекцией. Так 28,8% опрошенных считают, что ВИЧ передаётся через укус комара, 7,7% отмечают воздушно-капельный путь передачи вируса, отрицают ложные пути передачи лишь 55,8%. На возможность заражения ВИЧ-инфекцией при совместном приёме пищи/пользовании одной посудой указывают 15,4%. Половина респондентов считают возможным заражение ВИЧ-инфекцией через такие биологические жидкости как слюна и моча. Инфицирование человека вирусом происходит при попадании биологических жидкостей, содержащих ВИЧ в максимальной концентрации(кровь, сперма, влагалищный

секрет, грудное молоко, спинномозговая жидкость), в кровотоки или на слизистую оболочку. Заблуждения о путях передачи встречались как среди студентов и работников сферы медицины, так и среди людей, не относящихся к данному виду деятельности. Возможно, эти ответы основаны на страхе, обусловленном большим количеством мифов вокруг ВИЧ-инфекции и, порождающих феномен «спидофобии». В ходе анкетирования были выявлены эмоционально-перцептивные аспекты отношения к ВИЧ-инфицированным. Так на вопрос об изменении отношения к ВИЧ-инфицированному человеку из своего окружения 32,7% отмечают неприязнь; 13,5 % постараются меньше общаться и 53,9% указывают на неизменное поведение и оказание помощи. По поводу отношения к ВИЧ-положительным людям 17,3% указывают страх; 32,7% сочувствие. Данный результат свидетельствует о том, что большинство испытывает страх перед СПИДом или же имеют неприязнь к ВИЧ-инфицированным. Дискриминационное убеждение, что ВИЧ-инфицированных необходимо ограничить в праве работать с людьми было выявлено у 51,9%, это указывает на боязнь и стигматизацию ВИЧ-положительных людей. Следующим этапом анкетирования были открытые вопросы. На вопрос о возникновении ассоциаций со словом ВИЧ/СПИД большинство респондентов указывают смерть, неизлечимое заболевание, разрушенная жизнь, тяжелая терапия и дорогостоящее лечение (34,6%). Эти ассоциации порождают в обществе страх(ужас), который стал ответом 19,2%. Часть опрошенных ассоциируют ВИЧ с наркозависимыми и людьми с беспорядочными половыми связями 8%. Какие же люди заражаются ВИЧ-инфекцией? Среди наиболее популярных ответов встречались: наркозависимые (34,6%); люди с беспорядочными половыми связями(17,3%); люди, ведущие аморальный образ жизни(15,3%); безответственные(17,3%). Ответ медицинские работники дали 4%. Прозвучало мнение, что каждый человек может заразиться, если не знать меры предосторожности (6%). Мы решили выявить, что люди знают о профилактике заражения ВИЧ-инфекцией. Большинство респондентов указывает в качестве меры предосторожности защищённый половой акт и отказ от беспорядочных половых связей (59,6%). Стерилизацию инструментария и отказ от повторного использования одноразовых шприцев указали 21,2%. Так как большинство опрошенных считают, что наиболее часто ВИЧ-инфекцией заражаются наркозависимые, то в качестве меры предосторожности прозвучал отказ от наркотиков (9,6%). Такой обобщенный ответ как бдительность наблюдался в 15,4% случаев. Среди ошибочных мнений прозвучало: следить за гигиеной (мыть руки)-11,5%, что свидетельствует о ложном представлении передачи ВИЧ-инфекции контактно-бытовым путём. Воздержались от ответа 23%, что указывает на низкий уровень информированности населения о ВИЧ-инфекции.

Закключение. В ходе исследования был выявлен низкий уровень информированности населения(в том числе медицинских работников) о ВИЧ-инфекции, порождающий ложные представления о путях и источниках заражения ВИЧ. Мифологизация болезни является причиной негативного отношения населения к ВИЧ-положительным людям и возникновения феномена «спидофобии», что ведёт к дискриминации ВИЧ-инфицированных людей.

Список литературы.

1. Деонтология социально - педагогического сопровождения людей, живущих с ВИЧ Мардахаев Л.В./Уровень жизни населения регионов России. 2011. № 1 (155). С. 55-58.
2. СПИД - морально-этические проблемы общества и медработников. Королева А.П./Actualscience. 2016. Т. 2. № 2. С. 19-20.
3. СПИД, стигма, дети и биоэтика. Иванюшкин А.Я./Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Философские науки. 2012. № 1 (5). С. 72-82.
4. Этический анализ стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Орлова С.Н./Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020. № 1-1 (40). С. 51-53.

ТИП ЛИЧНОСТИ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАЗЛИЧНЫМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Радченко В.А., Попова А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Особенности темперамента участвуют косвенно в возникновении психосоматических заболеваний в связи с большей или меньшей устойчивостью к стрессу [1]. У представителя каждого типа темперамента вырабатывается различный, только ему присущий тип реагирования в стрессовых ситуациях, это и приводит к возникновению специфичных для данного типа темперамента соматических заболеваний. Помимо учения о четырех темпераментах, К. Г. Юнгом предложена система типологии личности, основанная на понятии психологической установки.[2] Юнг считал, что всякий человек стремится либо к восприятию объектов внешнего мира, либо стремится от них абстрагироваться. Это различие он назвал общим типом установки и поделил на экстравертную (направленную на восприятие внешнего мира) и интровертную (направленную преимущественно «внутрь себя»). Полагая, что не существует ни чистых экстравертов, ни чистых интровертов, он считал, что каждый индивидуум более склонен к одной из этих установок и действует преимущественно в её рамках.[3] Целью исследования состоит в выявлении предрасположенности людей с различными типами личности к развитию определенных соматических заболеваний, посредством использования опросника К. Юнга «Тип личности». Было обследовано 143 человека, проживающих в г. Ставрополе, в возрасте от 26 лет до 82 лет, из них мужчин было 74 человека, женщин – 69 чел. Для выявления типологических особенностей личности использовали опросник К. Юнга «Тип личности», состоящий из 20 вопросов. На каждый вопрос имеется два варианта ответа, обследуемым необходимо было выбрать ответ, который подходил им больше, и поставить букву, обозначающую этот ответ. Затем у обследуемых выясняли наличие хронических соматических заболеваний в анамнезе. Для анализа полученных результатов все обследованные были разделены на 3 группы: 1 группа - молодые от 26 лет до 44 лет, средний возраст $37 \pm 4,9$. Из них мужчин было 23 чел. (31,8%), средний возраст 37 ± 5 , женщин - 24 чел. (34,8%), средний возраст $38 \pm 4,9$. 2 группа - средний возраст от 46 лет до 59 лет (средний возраст $51 \pm 4,8$). Из них мужчин было 25 чел. (33,78%), средний возраст $51 \pm 4,7$, женщин - 21 чел (30,4%), средний возраст $51 \pm 5,2$. 3 группа – пожилой и старческий возраст от 61 до 90 лет (средний возраст $69 \pm 5,9$). Из них мужчин было 26 чел. (35,14%), средний возраст $67 \pm 5,8$, женщин - 24 чел. (34,8%), средний возраст $70 \pm 5,8$. Методы статистического анализа данных проводили с помощью программы Microsoft Excel - 5.0 В результате опроса выделили 3 типа личности: Экстраверты (мужчин 19 чел., женщин 18 чел.), интроверты (мужчин 29 чел., женщин 19 чел.), амбиверты (мужчин 26 чел., женщин 32 чел.) Нами выявлено, что в 1-ой возрастной группе среди мужчин практически в равном процентном соотношении встречались экстраверты, интроверты и амбиверты, среди женщин в 2 раза больше было амбивертов, чем экстравертов и интровертов. Во 2-ой возрастной группе – среди мужчин доминировали амбиверты, среди женщин – интроверты. В 3-й возрастной группе – среди мужчин доминировали интроверты, среди женщин – амбиверты. При анализе количества заболеваний, встречавшихся в различных возрастных группах у представителей различных типов личности, выявлено, что с возрастом количество соматических заболеваний увеличивалось у всех типов, как у мужчин, так и у женщин, но в большей степени этот рост был характерен для мужчин. У экстравертов обоего пола наиболее уязвимы желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и эндокринная система. У женщин экстравертов в молодом возрасте уязвима еще и дыхательная система (ДС). С возрастом, начиная со среднего у мужчин, возрастает доля сердечно-сосудистой патологии, в то время как у женщин она начинает страдать в пожилом и старческом возрасте. У интровертов мужчин в молодом возрасте доминирует патология

ЖКТ, начиная со среднего возраста у них наиболее уязвимы сердечно-сосудистая, опорно-двигательная и нервная системы. В то же время у женщин в молодом возрасте, как и у мужчин доминирует патология ЖКТ, начиная со среднего возраста у них более уязвимы дыхательная, сердечно-сосудистая, половая и нервная системы. У амбивертов мужчин молодого возраста наиболее уязвимы ЖКТ и сердечно-сосудистая система. У женщин амбивертов в молодом возрасте уязвима ДС, ЖКТ и мочевиная система. С возрастом, начиная со среднего у мужчин, возрастает доля сердечно-сосудистой патологии и поражение нервной системы, а в пожилом и старческом возрасте – еще становится уязвимой и дыхательная система. У женщин амбивертов среднего возраста становятся наиболее уязвимы мочеполовая и эндокринная системы, лишь в пожилом и старческом возрасте дает о себе знать сердечно-сосудистая система.

1. Тип личности не выполняет роль патогенетического фактора, а скорее выступает в качестве фактора риска и в качестве патоморфоза заболевания, поскольку в возникновении того или иного заболевания играет роль не только и не столько тип темперамента, сколько отношение человека к событиям происходящим в его жизни, умение перерабатывать негативный опыт в позитивный, собственная организация рационального труда, который приносит удовлетворение и полноценного отдыха, который доставляет удовольствие. 2. В проблемах диагностики, и в проблемах выбора терапии, и, особенно, психотерапевтического контакта с больным врач должен учитывать характерные особенности типа личности больного, предполагая различные формы клинического течения болезни.

Список литературы.

1. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений/ В.В.Соложенкин. – М., 2003, С.201-210

2. Юнг, К.Г. Психологические типы/ К.Г. Юнг. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2008. – 761 с. 3. Юнг, К.Г. Психологические типы/ К.Г. Юнг. – М. : Поматур, 1997. – 171 с.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Рачок В.В.

Курский государственный медицинский университет

Проблема зависимости от алкоголя является одной из центральных уже не одно десятилетие. Ею интересуются специалисты различных сфер научной и практической деятельности, проблема носит междисциплинарный характер. Любая химическая зависимость, в том числе и алкогольная, способствует изменению способов восприятия и познания окружающей действительности, провоцирует формирование специфических механизмов взаимодействия с окружающими людьми (переход от субъект-субъектных к субъект-объектным) [4]. Возможность социального познания и взаимодействие в социуме во многом обусловлены социальным интеллектом, как способности правильно понимать и оценивать поведение людей. Социальный интеллект – это интегративная способность воспринимать, понимать и прогнозировать поведение участников коммуникативного процесса, распознавать их намерения, чувства и эмоциональные состояния, обеспечивать эффективность межличностного взаимодействия в обществе и в профессиональной деятельности [2]. В его состав входят когнитивный, эмоциональный и коммуникативно-поведенческий компоненты [1]. При алкогольной зависимости зачастую происходит трансформация этих компонентов, однако развитие социального интеллекта возможно при целенаправленном воздействии на все три компонента в составе социального интеллекта:

когнитивного, эмоционального и коммуникативно-поведенческого [3]. Что будет способствовать успешной социальной адаптации и ресоциализации данной категории больных. Целью исследования является изучение особенностей социального интеллекта при алкогольной зависимости с помощью методики «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда. Исследование проводилось на базе Курского реабилитационного центра «Вектор». Общий объем выборки составит 20 мужчин, 10 из которых страдают алкогольной зависимостью в возрасте от 26 до 45 лет. И 10- условно здоровых, в возрасте от 24 до 41 года. Исследование проводилось с помощью методики «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда. Результаты по субтесту 1 «Истории с завершением»: средний показатель в группе условно здоровых испытуемых составил $4 \pm 0,6$, что говорит о хорошей способности предвосхищать поступки окружающих и свои собственные, об умении строить стратегии своего поведения в контексте различных ситуаций для достижения цели. Подобный результат является показателем способности к познанию выше среднего. В группе алкозависимых средний показатель $2,6 \pm 0,5$, и является ниже среднестатистической нормы, что может выражаться в плохом понимании связи между поведением и его последствиями, а также о низкой способности оценивать и адаптироваться к общественным нормам и правилам поведения. Результаты по субтесту 2 «Группы экспрессии»: средний показатель в группе условно здоровых испытуемых составил $3,3 \pm 0,4$ и в группе алкозависимых $3 \pm 0,6$, что является среднестатистической нормой, что свидетельствует о том, что обе группы имеют способность оценивать как вербальные, так и невербальные характеристики процесса коммуникации. Результаты по субтесту 3 ««Вербальная экспрессия»»: средний показатель в группе условно здоровых испытуемых составил $3,6 \pm 0,5$ и в группе алкозависимых $3 \pm 0,6$, что является среднестатистической нормой, это говорит о том, что как алкозависимые, так и здоровые способны в той или иной мере понимать оттенки речевого высказывания в зависимости от контекста и от ситуации общения. Результаты по субтесту 4 «Истории с дополнением»: средний показатель в группе условно здоровых испытуемых составил $3,6 \pm 0,5$, что свидетельствует об обычной способности анализировать ситуации межличностного взаимодействия. В группе алкозависимых средний показатель $2,3 \pm 0,6$, что является ниже среднестатистической нормы. Данная группа людей плохо анализируют характер взаимоотношений между людьми, а также имеет низкую социальную осведомленность. Общий интеллект: средний показатель в группе условно здоровых испытуемых составил $3,6 \pm 0,5$ и является среднестатистической нормой. В группе алкозависимых средний показатель общего социального интеллекта $2,6 \pm 0,5$, который можно оценить как ниже среднего. В целом, можно сказать, что алкозависимые имеют средние значение социального интеллекта, показатели его компонентов значительно ниже, чем у условно здоровых людей. Это говорит о том, что при алкогольной зависимости имеются трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет взаимоотношения и снижает возможности социальной адаптации, плохо понимаются связи между поведением и его последствиями. Алкозависимые плохо анализируют характер взаимоотношений между людьми, а также имеют низкую социальную осведомленность, склонны в большей степени ориентироваться на вербальное содержание коммуникации.

Список литературы.

1. Кудаква М.А., Иванова В.В., Психологические особенности взаимосвязи уровня развития эмоционального интеллекта и типа отношения к опасности у подростков / М. А. Кудаква, В.В. Иванова // сб. научн. тр / Череповецкие научные чтения. — Череповец, 2017. — С. 71-72.
2. Люсин, Д. В. Овсянникова В.В. Связь эмоционального интеллекта и личностных черт с настроением / Д. В. Люсин. В.В. Овсянникова // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2015. — №3. — С. 154-164.

3.Матвеева, Л. Г., Тарасова Е. В. Диагностика эмоционального интеллекта на основе ассессмент-центра / Л. Г. Матвеева., Е. В. Тарасова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2010. — №4. — С. 63-70.

4.Сирота Н.А., Зенцова Н.И. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 18.10.2020)

СТАТУС ЭМБРИОНА

Симанов Р.А., Тарасова К.В.

Кемеровский государственный медицинский университет

На сегодняшний день возрастает интерес к проблемам, связанным с большим прогрессом репродуктивных технологий. Их появление вызвало неожиданные, в том числе и негативные последствия. Одним из главных вопросов современного общества является вопрос о правовом статусе эмбриона человека, под которым понимается организм с момента оплодотворения до рождения. К сожалению, юридическому положению эмбриона не дается единой оценки ни учеными, ни нормативными документами права. В частности, не определен этап развития, на котором человеческий эмбрион наделяется правом на жизнь и находится под защитой закона. Метод анкетирования

Проблема: В нашей работе мы рассмотрим морально-этические проблемы судьбы «лишних» эмбрионов. Цель исследования: Исследовать современное состояние статуса эмбриона. Нами было проведено исследование. В опросе участвовали 100 человек. Респонденты распределились по гендерному признаку: из них 46 мужчин и 54 женщины. Среди опрошенных, 82 человека- студенты медицинского университета, 10 - учащиеся, 4 - работники без специальной классификации, 4 - квалифицированные специалисты. Большинство респондентов, а именно 91% , знают, что такое эмбрион, 9 % затрудняются в ответе на этот вопрос. Например, в законе «О временном запрете на клонирование человека» дается такая формулировка: «Эмбрион человека – это зародыш человека на стадии развития до восьми недель». Далее мы затронули вопрос об актуальности статуса эмбриона для российского общества. 85% считают его актуальным, 15 % не согласны с этим. Также 85 опрошенных предполагают, что эмбрион имеет право на жизнь, 10 считают, что нет, 5 - затрудняются ответить. При проведении анкетного опроса было выявлено, что 72% допускают исследования на эмбрионах, 25% - нет, 3%- затрудняются ответить. При ответе на вопрос: «как бы вы распорядились судьбой неиспользованных эмбрионов», 66 человек решили передать другим бесплодным женщинам, 16 выбрали проводить лабораторные эксперименты, 13 захотели уничтожить, 5 решили продать. Из 100 опрошенных, 70 человек считают, что государство должно осуществлять защиту эмбриона, 30 человек против этого. Кроме того, 61 % считает, что эмбрион является объектом собственности, 39 %- нет. При ответе на вопрос: «как вы считаете можно ли дарить человеческие зародыши?», 52 человека согласились с этим, 48 человек – против этого. Среди опрошенных, 71 человек думают, что эмбрион генетически отличен от матери, а 29 человек полагают, что – нет. Согласно данным биологии и эмбриологии , эмбрион генетически он отличен от матери. 70% считают, что ранний эмбрион является человеком, 29 человек – нет, 1 человек затрудняется ответить. Однако, 70% считают, что нужно уничтожать неиспользованных для оплодотворения эмбрионов, а 26%- против, 4%- затрудняются ответить. Некоторые страны ограничивают проведение исследований на человеческих эмбрионах , с этим запретом согласны 75% опрошенных , 25% – против. При ответе на вопрос: «опасно ли присвоение

эмбриону статуса и прав личности с момента зачатия?», 85 человек назвали- да, 11 человек выбрали - нет, 4 человека- затрудняются ответить. Выделяют три точки зрения в отношении момента начала охраны человеческой жизни в законодательном порядке: 1. Абсолютистская позиция основывается на абсолютной ценности человеческого эмбриона на всех этапах развития. (5) 2. Либералы предполагают, что эмбрион имеет незначительную ценность или вообще ее лишен. (5) 3. Приверженцы умеренной позиции связывают возникновение у эмбриона права на жизнь с определенным уровнем развития или достижением жизнеспособности. (5) 88% опрошенных решили, что генетические родители могут решать судьбу эмбриона, 15% ответили, что не могут, 1% - затрудняется ответить. В анкете использовались провокационные вопросы. Они проявляют пример логической уловки. Так, например, 85 респондентов согласны с тем, что эмбрион имеет право на жизнь, но отвечая на другой вопрос, 72 человека считают допустимым исследование на эмбрионах. В исследованиях эмбрион не может дать согласие на эксперимент, следовательно, проведение опытов на эмбрионах нарушает человеческое достоинство и лишает его права на жизнь. В Конституции РФ упоминается о том, что человеческий эмбрион не обладает правом на жизнь, так как в ч. 2 ст. 17 провозглашено: «Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения». 70 человек считают, что государство должно осуществлять защиту эмбриона, но с другой стороны эти же 70 опрошенных выбрали, что нужно уничтожать неиспользованных для оплодотворения эмбрионов, стало быть, эмбрионы не находятся под защитой. Некоторые страны ограничивают проведение исследований на человеческих эмбрионах, с этим запретом согласны 75%, однако, при проведении анкетного опроса было выявлено, что 72% считают допустимым исследование на эмбрионах, а ведь как тогда проводить исследования, если они находятся под запретом.

Анализ данного исследования дает основания сделать вывод о том, что вопрос о статусе эмбриона вызывает дискуссию не только среди ученых, но и среди простых людей. Мы считаем, что неоднозначность позиций и разнообразие мнений опрошенных связано с недостаточной изученностью понятия статуса эмбриона, а также с непониманием последствий прогресса репродуктивных технологий.

Список литературы.

1. Бабаджанов И.Х. Правовое регулирование статуса эмбриона человека: светский и религиозный аспекты // История и современность 2012, №8, С14-26.
2. Белобрагина Н.А Правовой статус эмбриона// Экономические и юридические науки 2013, №1-2, С34-38.
3. Журавлева Е.М. Насцитурус с точки зрения правового статуса эмбриона (плода)// Законность и правопорядок в современном обществе 2012, №10, 24-30.
4. Кирякова Е.С. Правовой статус эмбриона// Вестник научной ассоциации студентов и аспирантов исторического факультета пермского государственного гуманитарно-педагогического университета 2010, №1(6), 129-133.
5. Пурге А.Р. Правовая характеристика статуса эмбриона человека в современном законодательстве// Право и государство: теория и практика 2013, №11(107), С134-137.
6. Титлянова Е.В. правовой статус донора гамет и эмбрионов// Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук 2012, №7, С170-174.
7. Филимонов С.В., Микиртичан Г.Л. Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона// Журнал акушерства и женских болезней 2004, №3, С47-51.
8. Юдин Б.Г. Статус эмбрионов человека: многообразие позиций и аргументов//Человек 2004, №2, С103-107.

КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Столяренко М.К.

Кемеровский государственный медицинский университет

Современная наука развивается очень быстро и все чаще встают вопросы о допустимости применения новых технологий. Такие спорные моменты требуют однозначного решения и контроля его соблюдения. Один из наиболее спорных вопросов - возможность клонирования человека. Возможность клонирования человека общественным мнением воспринимается неоднозначно. В этом вопросе столкнулись разные взгляды духовенства и научных кругов. Однако, примечательно, что большинство научных деятелей осторожно относятся к клонированию. Выделяют два вида клонирования: репродуктивное и терапевтическое. Результатом первого становится рождение живого существа (ребёнка), чей статус на данный момент весьма сомнителен, развитие эмбриона во втором случае останавливается на стадии бластоцисты, а эмбрион применяют для получения стволовых клеток. Чтоб разобраться в тонкостях проблемы необходимо: проанализировать существующую этико-правовую базу клонирования человека в Российской Федерации исторические аспекты развития технологии и научную литературу.

Цалиев А. М. и Сланов О. Б. в своей работе говорят о том, что в настоящий момент научного развития у человечества появилась возможность подняться на новый уровень осмысления нравственных, правовых и религиозных проблем, связанных с клонированием человека. Как способ они предлагают «социологическую теорию соматических прав», гласящую что, «каждый человек имеет право распоряжаться своим телом по своему усмотрению – независимо от чьей-либо воли, если осуществление этого права не нарушает более важных прав и законных интересов других лиц».[1] В настоящее время полный запрет клонирования содержат международные документы: 1. Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека 1997 г.; 2. Декларация ООН о клонировании человека 2005 г.; 3. Дополнительный протокол к Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины 1997 г. 4. Российская Федерация в 2002 году приняла Федеральный закон №54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека», который устанавливал мораторий сроком на пять лет. И только спустя три года в 2010 году был принят Федеральный закон № 30-ФЗ, который не устанавливал какой-либо срок на действие моратория, и закреплял его дальнейшее соблюдение. Кроме того, при рассмотрении проблемы клонирования человека возникает ряд спорных вопросов. Допускается ли считать клон субъектом права или он принадлежит «творцу»? Возможно ли будет клонирование в промышленных масштабах для использования в опасных отраслях? К слову, даже тема правосубъектности человека долгое время не была в центре обсуждений. Считалось что человек и так является субъектом права. Г. Б. Романовский в своей статье «правосубъектность граждан в условиях развития современных биотехнологий» [6], рассматривает вопрос о признании за человеком свойства правосубъективности. Анализируя правовые документы автор утверждает, что в Российской конституции также не сказано о том, что человек может быть субъектом гражданского правоотношения и признаваться таковым. Он только объявляется высшей ценностью и используется форма «каждый имеет право». Но с развитием науки все больше проявляется потребность в уточнении понятия. Так же в другой своей статье «Международное право и клонирование» Романовский говорит, что «Как и в большинстве биомедицинских технологий, основная проблема клонирования заключается в определении статуса. Биологизация человеческой жизни приведет в последующем к ее коммерциализации.».[2] Человек рискует стать предметом коммерческих сделок и, вполне возможно, что в будущем это может подтолкнуть человечество к переоценке этических норм. Так же вызывает беспокойство вопрос о том, кто станет решать кого, как и в каком количестве будут клонировать? Будет то решать государство или честная копания? Кто получит с этого пользу? В. Н. Некрасов в

своей статье «К вопросу о криминализации клонирования человека как разновидности общественно опасной инновации» говорит о том, что клонирование человека вызывает серьезные опасения и является серьезной угрозой человечеству как в плане сложных этических, религиозных и правовых проблем, так и в плане возможных последствиях для развития человечества, как вида. Автор считает, что за клонирование человека следует ввести уголовную ответственность и она, «... должна располагаться в разделе уголовного кодекса, посвященном преступлениям в области вредоносной инновационной деятельности».[7] Кроме того, разумно было бы предусмотреть статью, относящую к преступлениям средней тяжести ввоз на территорию РФ и вывоз из страны клонированных эмбрионов. В статье «Запрет на репродуктивное клонирование человека в зеркале философии Жана Бодрийара»[5] Заякина Р. А., анализируя философию Жана Бодрийара говорит, что «При клонировании же, в конечном счете, происходит утрата человеческой целостности, и любая часть тела, любой его фрагмент несет о нем полную информацию, которая теперь доступна к тиражированию». По мнению философа клонирование является, трагическим и противоестественным действием, так как реализуется самая грубая и непристойная форма кровосмешения с самим собой. Христианский этик Т. Шлиппко убеждает, что «именно благодаря рождению от родителей, женщины и мужчины, индивид попадает в сеть социальных отношений и находит в них свое место, что дает ему возможность развиваться соответственно собственной природе во всех аспектах индивидуальной и общественной жизни».[3] Что касается отношения религии к вопросам клонирования, то она не приемлет вмешательства в процессы репродукции не только человека, но и животного. Как показывает история религиозные деятели всегда противятся новым грандиозным научным открытиям. Тем более в вопросе клонирования, ведь с развитие этой технологии человечество сможет «программировать» людей по желательным характеристикам. Создание клона человека приведет к отказу веры в Бога и религию, а, следовательно, изменению культуры, этических и религиозных норм. Так же, я попыталась выяснить отношение студентов к проблеме клонирования. Для этого провела анкетирование студентов КемГМУ стоматологического факультета. Результат свидетельствует о том, что преобладает негативное отношение к клонированию (54%) из них: • 28% аргументировали недопустимость клонирования тем, что это нарушает достоинство человека и его право на уникальность; • 20% считают, что последствия слишком не предсказуемы; • 6% сослались на свои религиозные взгляды. Но вот 34% опрошенных считают клонирование допустимым из них: • 22% допускают применение только терапевтического клонирования; • Но вот 12% опрошенных считают допустимым использовать и терапевтическое, и репродуктивное клонирование. 12% затруднились ответить. Что касается последнего вопроса, 96% опрошенных уверены, что массовое клонирование может привести к сокращению генетического разнообразия людей. Быстрое развитие биомедицинских технологий в мире в скором времени поставит перед человечеством вопрос о легализации терапевтического и репродуктивного клонирования. Следовательно, необходимо развитие правовой базы этой технологии, а именно: – уточнение терминологии и юридическое закрепление понятий терапевтического и репродуктивного клонирования; – развитие направления «соматические права человека»; – законодательное закрепление прав человеческого клона. – закрепление в законодательстве уголовной ответственности за незаконное клонирование человека

Список литературы.

1. Цалиев А. М., Нравственные проблемы клонирования человека в аспекте социологической концепции соматических прав и свобод личности / Цалиев А. М., Сланов О. Б., // Философия права – 2009 - №1 – С.91-95
2. Романовский Г. Б., Международное право и клонирование / Наука, общество, государство – 2014 - №1 – С. 55-70

3. Калининченко П., Запрет клонирования человека в европейском праве / Конституционное право: восточноевропейское обозрение – 2002 - №4(41) – С. 45-48
4. Кожевникова М., Клонирование людей и проблема статуса клона / Этнографическое обозрение – 2013 - №3 – С. 95-101
5. Заякина Р. А., Запрет на репродуктивное клонирование человека в зеркале философии Жана Бодрийара / Философский текст в современной текстовой культуре Новосибирск 2018 / Материалы всероссийской конференции под редакцией О.В. Зарапина, Новосибирский государственный технический университет 2018 – С. 213-216
6. Романовский Г. Б. Правосубъектность граждан в условиях развития современных биотехнологий / Гражданин и право – 2012 - №9 – С. 18-25
7. Некрасов В. Н. К вопросу о криминализации клонирования человека как разновидности общественно опасной инновации / *Ius publicum et privatum* – 2019 – №2(4) – С. 37- 39.

ОБРАЗ ТЕЛА В ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ: АССОЦИАЦИЯ С ПЕРСОНАЖЕМ В VR-СРЕДЕ И ИСКАЖЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ РАЗМЕРОВ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Чуканов Д.В., Кириллова Д.Н., Котельникова Е.К., Варламов А.В.
Рязанский государственный медицинский университет им. Павлова

Современная научная психология имеет множество нерешенных проблем, одной из ключевых является проблема взаимодействия человека и компьютерных технологий. Посредством разработок в области виртуальной реальности представляется возможным практически убрать грань между генерируемыми трехмерными цифровыми моделями и реальностью. К сожалению, пока что наукой мало изучены процессы и изменения, которые происходят в момент погружения в VR-среды в человеческой психике (Зинченко, 2010). В данном случае, образ тела (Schilder, 1999) представляется в контексте такого взаимодействия интересным предметом исследования, как психологическое образование, чувствительное к средовым факторам, воздействующим на человека. Цель данного исследования – изучение психологических особенностей погружения человека в компьютерную виртуальную реальность на примере искажений восприятия им размеров собственного тела. Гипотеза: свободное перемещение в интерактивной VR-среде в облике антропоморфного персонажа, размеры и пропорции которого определены сеттингом среды, приводит к искажениям в восприятии испытуемым размеров собственного тела. В исследовании приняли участие 35 человек: физически и психически здоровые юноши и девушки 16-24 лет. Испытуемые были подобраны на добровольной основе и дали согласие на участие в исследовании. В эксперименте использовалась трехмерная среда приложения «Baby Hands VR» для гарнитуры HTC Vive. В роли младенца (антропоморфного персонажа, пропорционально отличающегося от их реального тела) испытуемым предлагалось осваивать виртуальную квартиру, наполненную игрушками и другими предметами интереса. Они могли свободно перемещаться по комнатам и взаимодействовать с объектами в течение 15 минут. Для получения психометрических показателей восприятия размеров своего тела взята методика «Промеры по М. Фельденкрайзу» (Соловьева, 2017). Измерения проводились дважды: до и после воздействия. По итогам статистической обработки результатов установлено, что после 15-минутного пребывания испытуемых в VR-среде в роли младенца восприятие следующих частей тела претерпевает статистически значимые искажения: длина плеча (от основания шеи до плечевого сустава) ($T = -2,457$, $p < 0,05$), ширина головы ($T = -2,474$, $p < 0,05$), длина плечевой кости ($T = -2,038$, $p < 0,05$), длина

предплечья ($T = -2,650$, $p < 0,05$). Кроме того, эмпирическое значение критерия Т-Стьюдента находится на границе критического значения для показателя, отражающего восприятие ширины груди ($T = -2,011$, $p = 0,052$). Искажение восприятия испытуемыми размеров головы в исследовании специфично. Статистически выраженным оказалось искажение восприятия ширины головы, но не ее высоты. Оценивая значение Т-критерия, соответствующее этому параметру, мы установили, что после погружения в VR в роли младенца большинство испытуемых склонны преувеличивать данный показатель относительно его базового восприятия ($T < 0$). Это отражает потенциальные «детские» пропорции головы виртуального младенца, интериоризируемые (Гальперин, 1966) испытуемыми при погружении. Следует обратить внимание на искажения восприятия основных показателей, относящихся к верхним конечностям и плечевому поясу. Испытуемые склонны преувеличивать длину плеча и предплечья, а также расстояния от основания шеи до плечевого сустава. Вероятнее всего, эта особенность связана со спецификой перемещения внутри среды. Как и реальный младенец, испытуемый, взявший под управление цифрового персонажа, вынужден передвигаться «ползком», отталкиваясь виртуальными руками от виртуального пола. В такой ситуации «удлиненные» руки становятся важным адаптационным ресурсом для принятия условностей виртуальной реальности. Дополнительным искажающим восприятие размеров рук фактором может быть и особенность видимой проекции персонажа в среде. Компьютер воспринимает перемещение в пространстве только самого шлема и манипуляторов. «Руки» цифрового младенца, являющиеся проекцией манипуляторов, а не кистей испытуемого, находятся на несколько большем отдалении от глаз персонажа, чем реальные кисти от глаз испытуемого, что и способствует возникновению искажений восприятия размеров реальных рук. Стоит учесть и особенности восприятия окружающего пространства с позиции виртуального персонажа. Будучи «маленьким» относительно окружающих его предметов, он не может осознать себя как маленького, вместо этого воспринимая окружение как большое. Этот же тезис можно отнести и к испытуемому в роли ребенка – с его позиции не он уменьшается, а все вокруг увеличивается. Соответственно, не создается предпосылок рассматривать тело виртуального младенца меньше собственного. Это приводит к тому, что за счет искажения восприятия определенных частей тела в сторону их увеличения, образ собственного тела испытуемого пропорционально «приближается» к образу тела персонажа. На основании данных, подтверждающих гипотезу исследования о влиянии особенностей виртуального тела персонажа, под управлением человека, погруженного в VR-среду, на восприятие своего тела, мы делаем выводы: 1) Технологии VR создают ситуации, погружение в которые здорового человека, приводит к искажениям в восприятии им размеров собственного тела; 2) Причина искажения - понимание испытуемыми различий в размерах их тела и тела подконтрольного им персонажа; 3) Выражено искажение восприятия испытуемыми частей тела, видимых ими в VR и задействованных в активности их персонажа; 4) Восприятие осознаваемых и отличающихся от тела персонажа, частей тела испытуемых искажается в соответствии с образом тела персонажа в VR-среде. Эти данные могут использоваться в исследованиях влияния взаимодействия с VR-технологией на образ тела. Терапия, основывающаяся на этих данных, может быть эффективна с лицами, с нарушениями восприятия собственного тела и с клиентами, не удовлетворенными телом (Фельденкрайз, 1993).

Список литературы.

1. Гальперин П.Я. К учению об интериоризации // *Вопр. психологии*. 1966а. № 6. С. 25—32.
2. Зинченко Ю.П. Технологии виртуальной реальности: методологические аспекты, достижения и перспективы / Ю.П. Зинченко, Г.Я. Меньшикова, Ю.М. Матвеевич, А.М. Черноризов, А.Е. Войсунковский // *Национальный психологический журнал*. 2010. №1.

[Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-virtualnoy-realnosti-metodologicheskie-aspekty-dostizheniya-i-perspektivy-1> (дата обращения: 15.09.2020)

3. Соловьева И.А. Бессознательный образ тела: кто мы на самом деле? / И.А. Соловьева, - Институт консультирования и системных решений. 2017. - 216с

4. Фельденкрайз М. Сознание через движение : 12 практических уроков / Фельденкрайз. - Б. м. : Б. и., [1993?] (М.). - 143 с. 5. Schilder, P. The image and appearance of the human body. Barnes & Noble, 1999

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ГЕМБЛИНГ) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эльхаджиева М.И., Шейранидис А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

С развитием компьютерных технологии и расширением рынка игрового программного обеспечения растет число людей, увлекающихся компьютерными играми. Влиянию новых технологий в большей степени подвергаются дети. Мощный поток новой информации, распространение компьютерных игр оказывает большое влияние на социальное пространство подростков. Компьютер стал неотъемлемой частью современной жизни, захватывая своим влиянием современных детей и подростков. Цель: Определить распространенность игромании у подростков и юношей и выявить социально-психологические предпосылки к гемблингу.

Материалы и методы исследования: в выполненном фрагменте исследования приняли участие 120 участников: девушки и юноши в возрасте от 14 до 21 года. Всем участникам было предложено пройти комплексное психологическое тестирование (скрининговая диагностика компьютерной зависимости, тест на определение степени увлеченности к компьютерным играм). Статистический анализ результатов проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc, США). Для оценки достоверности показателей использовали одновыборочный t критерий и критерий Манна Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: Эти тесты состоят из утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить основные 3 стадии компьютерной зависимости: лёгкой увлеченности, увлеченности, зависимости. По результатам тестирования было выявлено наличие 1 стадии у 50% среди опрошенных, 2 стадии у 37% и 3 стадия у 13%. Также выявили закономерность по половому признаку и возрасту. Компьютерная зависимость чаще встречается у лиц мужского пола старше 15 лет. По тесту определения увлеченности к компьютерным играм более детально оценивали такие показатели, как: эмоциональное отношение к играм; самоконтроль; целевая направленность; отношение родителей; предпочтение общения с героями. Исходя из беседы с испытуемыми молодыми людьми, мы сформировали три группы социально-психологических предпосылок: общебиологические факторы (пре-, пери- и постнатальные вредности, способствующие возникновению органической неполноценности структур головного мозга. Наследственность, в свою очередь, — основа формирования темперамента и характерологических свойств личности); семейные факторы (неправильное воспитание: стремление к игре с детства (домино, карты, монополия), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег); факторы

окружающей среды (доступность азартных игр и частое стимулирование игровой деятельности по телевидению, радио, в интернете в виде различных викторин с выигрышами).

Заключение. Таким образом, основной причиной возникновения компьютерной зависимости у детей и подростков можно считать недостаток общения и взаимопонимания с родителями, сверстниками и значимыми людьми. В этой связи необходимо регулировать время нахождения ребенка перед монитором, при этом родителям следует контролировать содержание его досуга в интернете. Большое влияние имеет личный пример взрослых. Следует грамотно планировать свободное время семьи: больше проводить времени вместе на природе, организовать просоциальный досуг подростка (занятия в кружках, с репетитором), уделять больше времени учебе.

Список литературы.

1. Калинина Ю. В., Заплатина Е. А., Еремина Е. А., Лопатин Д. В. Интернет-зависимость - болезнь нового поколения // Гаудеамус. 2012. №20.
2. Камолова М.Т. Некоторые психолого-педагогические проблемы семейного и школьного воспитания и оптимальные способы их решения // Ученые записки Худжандского государственного университета им. академика Б. Гафурова. Гуманитарные науки. 2016. №1 (46).
3. Никитина Л.Н. Последствия чрезмерного увлечения компьютерными играми у несовершеннолетних // АНИ: педагогика и психология. 2016. №2 (15).
4. Сидорова Т.В. Опыт изучения социальной зоркости у современных школьников // Вестник ИрГТУ. 2013. №4 (75).
5. Чумпурова И.Г. Негативное влияние компьютерных игр // Культура. Духовность. Общество. 2014. №15.