

**федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**



**Материалы 84-ой Международной научной
конференции студентов и молодых ученых
«МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ»,
посвященной 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения
профессора Г.М. Ткаченко**

24-25 апреля 2019 года

ЧАСТЬ II



Курск, 2019

**УДК: 61(063)
ББК: 5я43
М 75**

**Издается по решению
редакционно-издательского
совета ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России**

Молодежная наука и современность: материалы 84-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвящённой 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения профессора Г.М.Ткаченко (24-25 апреля 2019 г.). – Курск: Изд-во КГМУ, 2019. – 1 элетрон. опт. диск (CD-ROM). – 10,8 мб.

Редакционная коллегия:

ректор, профессор **В.А. Лазаренко**

проректор по научной работе и инновационному развитию КГМУ,
доцент **П.В. Ткаченко**

председатель Совета СНО **А.Г. Гокин**

компьютерная верстка
М.Г. Анфилова, М.С. Зубцов, К.С. Ячменев

ISBN 978-5-7487-2453-1 (т. 2)

ISBN 978-5-7487-2449-4 (общ.)

Сборник зарегистрирован в НТЦ «Информрегистр»

© Коллектив авторов, 2019

**© ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Министерства здравоохранения РФ**

РАЗДЕЛ 11.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Алексеев Д.Н., Курганская В.В

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хохлова Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что острые кишечные инфекции остаются одной из самых частых причин инфекционной патологии у детей, особенно в раннем возрасте, а сальмонеллез является ведущей бактериальной кишечной инфекцией у детей [2,3].

Целью исследования является изучение клинико-лабораторного течения сальмонеллеза в детском возрасте.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 86 детей в возрасте от 4 месяцев до 16 лет, получивших лечение в отделении кишечных инфекций Областной клинической инфекционной больницы им. Н.А. Семашко г. Курска по поводу сальмонеллеза в 2017 году.

Диагноз сальмонеллеза устанавливался на основе комплексной оценки клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. У 70% больных диагноз сальмонеллеза был подтвержден бактериологическим исследованием испражнений. Ведущее место в этиологии заболевания принадлежало *S. enteritidis* (67%).

Результаты и обсуждения. По нашим данным сальмонеллезная кишечная инфекция наиболее широко распространена среди детей до 3 лет, которые составили 61% всех заболевших детей, у детей от 3 до 7 лет сальмонеллез встречался в 29% случаев, у детей старше 7 лет – в 10%.

Заболевание у мальчиков регистрировалось чаще (48 детей из всех заболевших – 56%), чем у девочек – 38 человек (44%). Наиболее опасным сезоном года для распространения заболевания является лето – 41% больных, весна – 26%, осень – 23%, зима – 10%.

У девочки в возрасте 7 лет была выделена *Salmonella typhimurium*, заражение которой спровоцировало осложнение в виде гидрорельефа, обнаруженного на УЗИ. У мальчика в возрасте 6 месяцев была обнаружена *Salmonella heidelberg*, заболевание сочеталось с ротавирусным гастроэнтеритом диффузными изменениями печени и поджелудочной железы, гепатоспленомегалией и развитием эксикоза II степени.

Для постановки диагноза с неинформативным посевом использовалась реакция пассивной гемагглютинации, средний титр антител составил $671,1 \pm 245,5$. На основании полученных данных поставлен клинико-серологический диагноз сальмонеллеза у 30% детей.

Частота стула у наблюдавшихся детей в течение суток составила $6,2 \pm 2,5$ раз, продолжительность диареи $4,8 \pm 2$ дня. Также одним из основных симптомов была рвота, наблюдающаяся у 70% обследованных с продолжительностью $2,8 \pm 1,1$ дней.

У всех детей отмечалось повышение температуры тела, среднее значение лихорадки составило $38,8 \pm 0,9$ °С.

У 5% детей первого года жизни сальмонеллез сочетался со стафилококковым энтероколитом, вызванным *S. Aureus*; у 5% детей наблюдался катаральный синдром, что позволило поставить сопутствующий диагноз ОРВИ. У 1 ребенка (2%) наблюдалась лакунарная ангина. Обнаружен лейкоцитоз в общем анализе крови в 47% случаев, среднее значение лейкоцитов составило $9,7 \pm 3,7 \cdot 10^9$ /л.

Для выявления изменений со стороны органов брюшной полости было проведено ультразвуковое исследование, в ходе которого были выявлены у 60% больных диффузные поражения печени и поджелудочной железы, гепатоспленомегалия и у 15% детей – брюшная лимфаденопатия.

Для лечения сальмонеллезной инфекции проводилась антибактериальная терапия, использовались цефтриаксон (30%), амикацин (33%), но также часто назначался энтерофурил (37%), который является противомикробным препаратом широкого спектра действия.

Благодаря своевременному и правильно подобранному лечению можно минимизировать последствия и осложнения сальмонеллезной инфекции, что и подтверждается статистикой и снижением детской инвалидности и заболеваемости в целом за последние 5 лет (уменьшение показателя почти вдвое, снижение рангового места с I до IV) [1].

Список литературы.

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. 2012. Т. 91, № 3. С. 9–14.
2. Зайцева Л.Ю., Хмелевская И.Г., Михайлова Е.В. Роль вирусных патогенов в структуре острых кишечных заболеваний // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни: сборник материалов Международной научно-практической конференции КГМУ. Курск. 2016. С. 375-381.
3. Молочкова О.В., Ковалев О.Б., Россина А.Л. Характеристика острых кишечных инфекций у госпитализированных детей г. Москвы в 2015-2017 годы // Детские инфекции. 2018. № 17. С.77-78.

АНЕМИЯ ФАНКОНИ У ДЕТЕЙ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Астахова М.Ю., Бунина Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Емельянова Т.А.

Актуальность исследования состоит в изучении современных литературных источников по редкому заболеванию, относящемуся к группе врожденных гипоплазий кроветворения – анемии Фанкони.

Целью исследования является описание особенностей клинических проявлений, методов лабораторной диагностики и современных методов терапии редкого орфанного заболевания – анемии Фанкони, с частотой встречаемости 1:350000 среди детского населения, используя доступные литературные источники.

Материалы и методы: 15 современных литературных источников.

Результаты и обсуждения. Анемия Фанкони – редкое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, вариабельной пенетрантностью и генетической гетерогенностью. Заболевание характеризуется нестабильностью геномного аппарата, врожденными аномалиями развития и нарушением гемопоэза, а также повышенной склонностью к развитию опухолевых заболеваний [1,2,7].

По данным ВОЗ, 2‰ детей с анемией Фанкони родились от родственных браков, частота которых в популяции примерно 0,05‰. Гетерозиготное носительство встречается с частотой 0,3:1000, причем мальчики и девочки болеют одинаково часто.

Генетической основой анемии Фанкони являются 15 ассоциированных с заболеванием генов, которые продуцируют белки, участвующие в патогенезе заболевания. Гены мутируют и продуцируют белки, взаимодействующие с протеинами, которые участвуют в репарации повреждений ДНК. Возникшие повреждения ДНК являются одной из главных причин повышенной чувствительности клеток к репаративным повреждениям и к развитию опухолевых заболеваний [2,5,10].

При анемии Фанкони клетка теряет способность исправлять определенный тип повреждений ДНК – поперечные межхроматидные сшивки, препятствующие работе репликационной вилки [8,11].

Заболевание имеет хронический характер, протекает с чередованием периодов ремиссии и обострения, медленно прогрессирует.

Основным клиническим признаком является задержка физического развития: отставание в росте, массе, недоразвитие половых органов, микроцефалия, аплазия. Особые признаки – аномалии верхних и нижних конечностей, нижней челюсти, позвоночника, а именно сколиоз, кифоз, косолапость, синдактилия [3,6,9,11].

Для больных специфичны пороки мочевыделительной системы (аплазия почки, подковообразная почка, мегауретер и др.), половой системы, врожденные пороки сердца, пищеварительной системы, органов дыхания.

У некоторых больных имеются изменения ЦНС, представленные косоглазием, недоразвитием одного или двух глаз, опущением верхнего века, глухотой, умственной отсталостью [3,4,9]. Кожа больных анемией детей бледная, слизистые оболочки тоже значительно светлее. Заболевание проявляется постепенно, первыми симптомами могут быть кровоподтеки или кровотечения. Помимо этого, больные дети очень подвержены инфекционным заболеваниям по причине ослабленного иммунитета [3,12,15]. По мере взросления у людей с анемией Фанкони прогрессирует трехростковая апластическая анемия, подавляются все функции костного мозга.

Методами лабораторной диагностики являются:

- цитогенетическое исследование клеток костного мозга;
- проточная цитофлуориметрия. блокировка клеточного цикла;
- метод MLPA;
- высокопроизводительное секвенирование и др.

Изменения в крови на ранних этапах в виде нормоцитарной анемии, заметной тромбоцитопении, сопровождающейся геморрагическими явлениями, лейкопении, при прогрессировании заболевания – панцитопения (выраженная панцитопения отсутствует у детей 3-8 лет), типично значительное повышение фетального гемоглобина. Возможен умеренный гемолиз без гипербилирубинемии, с ретикулоцитозом. Значение СОЭ увеличено до 60-80 мм/ч. [5,6,12]. При цитогенетическое исследование клеток костного мозга резко выраженная гипоплазия, повышенное содержание щелочноустойчивого гемоглобина, изменения гексокиназы, снижение образования АТФ, снижение пероксидазы в ядрах нормобластов костного мозга, снижение уровня щелочной фосфатазы, содержания фосфолипидов и полисахаридов. На ранних этапах в пунктате может и не быть изменений.

«Золотым стандартом» скрининга для выявления анемии Фанкони является тест диэпоксиданом (митомизином C), указывающие на частоту и спектр хромосомных aberrаций. Для АФ характерны разрывы хромосом с образованием радиальных фигур, фрагментов, хромосомных и хроматидных разрывов, а также три- и тетрарадиалов [6,11,13,14].

Метод MLPA (мультиплексная амплификация лигазносвязанных проб) предназначен для определения делеций и амплификаций определенных последовательностей гена длиной до нескольких десятков нуклеотидов. Одновременно может быть исследовано до 60 таких последовательностей, что позволяет выявить как сравнительно небольшие делеции, так и делеции отдельных экзонов и целого гена [7,15].

Прежде всего терапия направлена на восстановления процесса кроветворения. Необходимые методы лечения подбираются индивидуально, определяется тяжестью течения заболевания, возрастом пациента, наличия аномалий развития их выраженности [3,4,8]. Средняя продолжительность жизни около 30 лет (информация по состоянию на 2018 г.). Лечение с помощью андрогенов и гематopoэтических факторов роста, помогает временно возобновить деятельность костного мозга, но для длительного результата необходимо осуществлять пересадку (трансплантацию) костного мозга

(гемопозитических стволовых клеток) [10,11,15]. Наиболее благоприятный донор – однояйцевый близнец.

Данный способ лечения является наиболее эффективным в долгосрочной перспективе, но имеет противопоказания, нередко сопровождается развитием осложнений. Оптимальный возраст для проведения операции – до десяти лет. Донорами могут выступать здоровые сестра и братья, подходящие по критериям совместимости. Предварительная интенсивная терапия (кондиционирование) связана с риском токсического воздействия на органы. Для профилактики отторжения используют циклофосфан в большой дозе (50 мг/кг в день) в течение 3 дней, антилимфоцитарный глобулин. Эффективность трансплантации тем выше, чем меньше было переливаний крови [9,12,13].

В настоящее время основная трудность состоит в подборе донора, особенно при малом числе детей в семьях. Пересадка опасна тем, что перед операцией требуется химиотерапевтическая или лучевая иммуносупрессия, которая может привести к тяжелым висцеральным и гематологическим нарушениям [1,2,5,13]. При выраженных побочных эффектах или противопоказаниях к этиотропной терапии (трансплантации, стимуляции кроветворения) назначаются процедуры гемотрансфузии. Переливаются отмые эритроциты – донорские красные кровяные тельца, освобожденные от поверхностных белков. При кровотечениях и снижении уровня тромбоцитов пациентам вводится тромбоцитарная масса [11,14,15].

После трансплантации костного мозга полная ремиссия достигается у 50-80%, при иммуносупрессивной терапии – у 40-50% больных с тяжелой апластической анемией. После иммуносупрессивной терапии восстановление функции костного мозга происходит медленно, у ряда пациентов в различные сроки после лечения развивается рецидив заболевания [2,7,10].

Анемия Фанкони имеет относительно неблагоприятный прогноз. Продолжительность жизни больных определяется степенью нарушения функции костного мозга. Прогноз наиболее благоприятен при своевременном проведении аллогенной трансплантации костного мозга, после которой есть шанс полного восстановления нормального кроветворения и увеличения срока жизни.

Список литературы.

1. Алексеев Н.А. Гематология и иммунология детского возраста. М.: Гиппократ, 2009. 1039 с.
2. Анемия фанкони [Электронный ресурс] /. – Электрон. журн. – Москва: Режим доступа: <http://amhealth.ru/anemiya-fankoni.html> (дата обращения – 05.03.2019)
3. Апластическая анемия у детей // Здоровье ребенка. 2013. N 7(50). С. 198-200.
4. Ват В. Лечение тяжелой апластической анемии у детей: иммуносупрессия и гемопозитические ростовые факторы // Гематол. и трансфузиол. 2008. № 3. С. 19-22.

5. Гусева С.А., Гончаров Я.П. Анемии К.: Логос, 2004. 408 с.
6. Гусева С.А, Вознюк В.П. Болезни системы крови. М.: Медпресс-информ, 2004. 488 с.
7. Калиничевой В.И. Анемии у детей. М.: Медицина, 2015. 360с.
8. Кузьмина Л.А. Гематология детского возраста. М.: Медпресс-информ, 2001. 400 с.
9. Панферова А.В., Тимофеева Н.М., Ольшанская Ю.В. Генетическая диагностика анемии Фанкони. Обзор литературы // Онкология. 2016. N3. С. 76-85.
10. Руководство по лабораторной гематологии / Под общ. ред. А.И. Воробьева. М.: Практическая медицина, 2011. 352 с.
11. Шарапова, С.О., Романцова А.С., Тарасова А.В. [и др.]. Анемия Фанкони у детей: Клиническая характеристика и спектр вариаций в гене FANCA // Актуальные вопросы гематологии. 2013. N12. С.92-95.
12. Шеффман Ф.Дж. Патофизиология крови. М.: Бином, 2009. 448 с.
13. A 20-year perspective on the International Fanconi Anemia Registry (IFAR) / D.I. Kutler [et al.] // Blood. 2003. Vol. 101. P. 1249–1256.
14. Auerbach, A.D. Fanconi Anemia and its Diagnosis // Mutat Res. 2009. Vol. 668(1–2).
15. Kitao H. Takata M. Fanconi anemia: a disorder defective in the DNA damage response // Int. J. Hematol. 2011. Vol. 93(4). P. 417–424.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Белоусова А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность исследования. В последние годы в России зарегистрирована эпидемия ВИЧ с угрожающим ростом инфицированных женщин фертильного возраста, что обуславливает рост числа ВИЧ-инфицированных детей. Согласно классификации, ВИЧ-инфекция имеет 5 стадий: 1 – инкубационный период; 2 – стадия первичных проявлений (2А – сероконверсия; 2Б – острая инфекция (лихорадка, высыпания на коже и слизистых, лимфаденопатия, фарингит); 2В – острая инфекция и вторичные заболевания (кандида, герпес-инфекция); 3 – субклиническая стадия с персистирующей генерализованной лимфаденопатией; 4 – стадия вторичных заболеваний (4А – поражение кожи, слизистых, респираторные заболевания, 4Б – затяжное течение заболеваний кожи, внутренних органов и нервной системы, 4В – генерализованное течение заболеваний); 5 – терминальная стадия.

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные особенности течения ВИЧ инфекции у детей в зависимости от возраста и степени тяжести заболевания.

Материалы и методы. Нами проведена выкопировка и статистическая обработка клинических данных и результатов лабораторных исследований из диспансерных карт 19 ВИЧ-инфицированных детей, находящихся на диспансерном наблюдении в Курском областном центре СПИД. Для обработки полученных результатов ($M \pm m$) использован пакет статистических программ Microsoft Excel.

Определено, что за период с 1997 по 2018 год в Курской области зарегистрирован 21 больной ребенок, двое из которых умерли в 2018 г.

Результаты исследования. Нами определено, что из 19 выживших ВИЧ-инфицированных детей подростков (17-19 лет) было 3 (15,8%), школьников (12 и 15 лет) – 4 (21,1%), детей младшего школьного возраста (6-7 лет) – 2 (10,5%), дошкольников (4-5 лет) – 7 (36,8%), детей 1-го года жизни – 3 (15,8%).

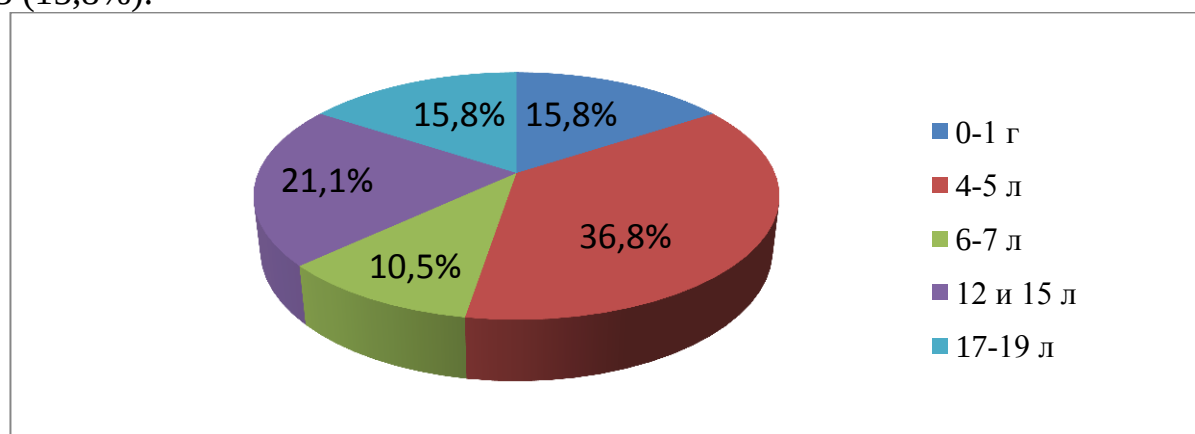


Рисунок 1. Распределение ВИЧ- инфицированных детей по возрасту

Среди обследованных больных детей горожан было 5 (26,3%), жителей районных центров – 3 (15,8%), сельских жителей – 11 (57,9%).

В соответствии с общепринятой классификацией все инфицированные дети в зависимости от клинико-лабораторных показателей и стадий ВИЧ-инфекции распределены на 3 группы (таблица 1).

Таблица 1. ВИЧ-инфицированные дети в зависимости от стадии ВИЧ

Стадии ВИЧ	К-во детей (абс)	К-во детей (%)
ЗВ	4	21,1%
4А	11	57,9%
4Б	4	21,1%

Среди ВИЧ инфицированных более, чем у половины детей диагностирована ВИЧ 4А стадии, стадии ЗВ и 4Б регистрируются с одинаковой частотой (21,1%).

Таблица 2. Клинические проявления ВИЧ инфекции у детей

Код МКБ10	К-во детей (абс)	К-во детей (%)

B20.8-B20.9	14	73,7%
B23.1	2	10,5%
B23.2	2	10,5%
B22.7	1	5,3%

Как следует из таблицы 2, среди больных детей чаще 14 (73,7%) регистрируется ВИЧ с проявлениями инфекционных и паразитарных заболеваний (B20.8-B20.9);

ВИЧ-инфекция с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии (B23.1) и ВИЧ с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках (B23.2) обнаруживались с одинаковой частотой – по 2 случая (10,5%);

Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках (B22.7), зарегистрирована у 1 (5,3%) больного ребенка.

Подавляющее большинство (89,5%) больных получали комбинированную антиретровирусную терапию, 2 ребенка – монотерапию (эвиплера).

В соответствии с общепринятой классификацией ВИЧ-инфекция без иммунных нарушений выявлена у 14 (73,7%) детей, с умеренным иммунодефицитом (СД4 26-38% или более 350) – у 3 (15,7%) детей с частыми простудными заболеваниями и лимфаденопатией, тяжелое иммунодефицитное состояние (СД4 14-18%) обнаружено у 2 (10,5%) детей в возрасте 1 и 3 года с частыми эпизодами затяжным течением респираторной патологии (фарингиты, трахеиты, бронхиты).

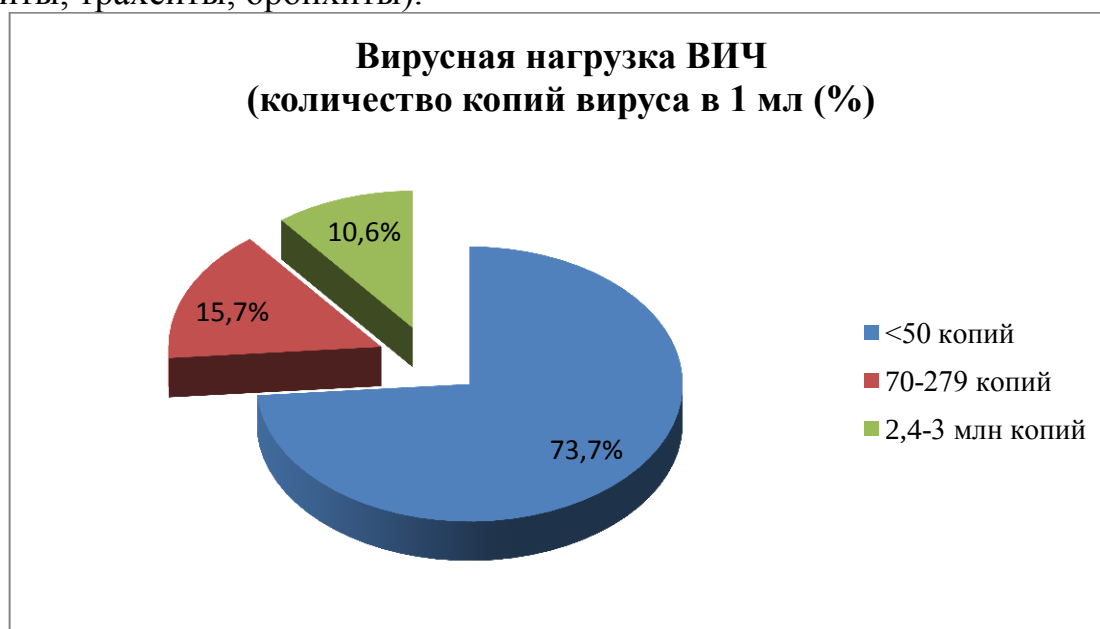


Рисунок 2. Вирусная нагрузка ВИЧ (количество копий вируса в 1 мл (%))

У всех обследованных ВИЧ-инфицированных детей определялась ДНК вируса: у 14 (73,7%) детей выявлена низкая вирусная нагрузка (ВН ВИЧ) – менее 50 копий вируса в 1 мл, у 3 (15,7%) детей она была более значимой (70-279 копий в 1 мл), у 2 (10,5%) детей выявлена значительная ВН ВИЧ –

2,4 млн и 3 млн копий вируса в 1 мл (рис 2). У детей с высокой вирусной нагрузкой также выявлено тяжелое иммунодефицитное состояние с рецидивирующими респираторными инфекциями – у одного ребенка, генерализованная лимфаденопатия с респираторными инфекциями и воспалительными заболеваниями кожи и слизистых – у другого ребенка.

Выводы. С 1997 по 2018 годы в Курском регионе зарегистрирован 21 ребенок с ВИЧ-инфекцией (10 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 1 года до 19 лет. Отмечено прогрессивное увеличение частоты ВИЧ инфекции у детей за последние годы (2000-2009 – 7 больных, за период 2010-2018 г – 12) и летальный исход у 2 больных.

У детей чаще регистрируется ВИЧ инфекция в стадии 4А (57,9%), в стадиях 3В и 4Б – с одинаковой частотой (по 21,1%), проявляется повторными вирусно-бактериальными заболеваниями дыхательных путей, кожи и слизистых оболочек (73,7%), генерализованной лимфаденопатией и гематологическими нарушениями (по 10,5%), реже – полиорганными поражениями (5,3%).

Список литературы.

1. Кислюк Г.И., Ковалева Ю.А. Медико-социальная характеристика и оценка здоровья детей с перинатальным контактом по ВИЧ // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья детей с ВИЧ-инфекцией», 2018. С.70-74.
2. Кислюк Г.И., Фисенко В.В. Оценка здоровья новорожденных детей с перинатальным контактом по ВИЧ. // Журнал инфектологии. 2019. Т 11, № 1. С.66-67.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Беридзе Р.М., Марченкова А.А.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Скуратова Н.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в медицинской практике давно замечено, что процесс лечения и его эффективность зависят от личности самих больных, их отношения к своему заболеванию [1]. С целью оценки отношения детей к своему заболеванию используются различные диагностические тесты, одним из которых является тест «ТОБОЛ» (тип отношения к болезни). Выделяют следующие типы отношения детей к болезни: гармоничный – трезвая оценка своего поведения и адекватное взаимодействие с окружающими; эргопатический – «бегство в работу», неадекватное стремление продолжать работу при наличии даже серьезного заболевания;

анозогнозический – отрицание наличия заболевания и игнорирование болезненных проявлений; тревожный – повышенный уровень тревоги, беспокойства, неадекватные опасения и мнительность в отношении своего состояния и течения болезни; сенситивный – чрезмерная чувствительность к оценкам других в отношении собственной личности, опасения возможных слухов, сплетен, а также плохого отношения окружающих в связи с наличием заболевания [2].

Одной из наиболее актуальных проблем детской психологии является проблема детской тревожности. Дети с повышенной тревожностью отличаются эмоциональной лабильностью, неуверенностью в себе, расстройством сна [3]. Также повышенная тревожность может быть одним из фактором развития тревогогенных заболеваний. В связи с этим важно изучить особенности типов отношения к болезни, а также уровень тревожности у детей, находящихся на стационарном лечении.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между типами отношения к болезни и уровнем тревожности у детей с различной соматической патологией.

Материалы и методы. На базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было обследовано 30 детей в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст 14 лет). Из них: 11 детей кардиологического, 9 – гастроэнтерологического и 10 – нефрологического профилей.

При исследовании типов отношения к болезни использовалась шкала «ТОБОЛ», которая включала в себя 12 разделов с оцениванием своего состояния и самочувствия ребенком. При изучении тревожности использовались 2 шкалы личностной тревожности А.М. Прихожан (для детей до 13 и с 13 лет). Каждый ребенок оценил уровень индивидуальной тревожности по 40 ситуациям из жизни.

Результаты и обсуждения. При изучении типов отношения к болезни у детей различного профиля были выявлены следующие результаты (таблица 1):

Таблица 1. Типы отношения к болезни у детей различного профиля

Тип отношения к болезни	Кардиологическое, n (%)	Гастроэнтерологическое, n (%)	Нефрологическое, n (%)
Гармоничный	1 (9%)	1 (11%)	–
Эргопатический	1 (9%)	4 (45%)	1 (10%)
Анозогнозический	5 (46%)	1 (11%)	6 (60%)
Тревожный	1 (9%)	–	–
Сенситивный	1 (9%)	–	–
Смешанный	–	1 (11%)	3 (30%)
Диффузный	2 (18%)	2 (22%)	–

Исходя из данных таблицы, можно отметить, что дети из кардиологического отделения относятся к своей болезни по-разному.

Среди выявленных типов преобладает анозогнозический (46%). Однако в гастроэнтерологическом отделении показатели распределились иначе, здесь преобладает эргопатический тип (45%). Что касается нефрологического отделения, то здесь, преимущественно, преобладает анозогнозический тип отношения к болезни, а также смешанный (30%), который характеризуется и анозогнозическим, и эргопатическим типами отношения к болезни.

В результате исследования уровней тревожности были выявлены следующие показатели тревожности: общая (ОТ), школьная (ШТ), самооценочная (СТ), межличностная (МЖЛТ) и магическая (МТ) тревожности. Отдельно по каждому отделению результаты получились следующие (таблица 2):

Таблица 2. Уровень тревожности детей различного профиля

Уровень тревожности	ОТ	ШТ	СТ	МЖЛТ	МТ
Кардиологическое отделение					
Не свойственно	6	1	6	5	5
Нормальный	3	5	2	3	2
Несколько повышенный	1	3	—	3	2
Явно повышенный	1	1	3	—	2
Очень высокий	—	1	—	—	—
Гастроэнтерологическое отделение					
Не свойственно	4	5	2	4	3
Нормальный	2	3	4	5	3
Несколько повышенный	2	1	3	—	2
Явно повышенный	1	—	—	—	1
Очень высокий	—	—	—	—	—
Нефрологическое отделение					
Не свойственно	5	7	7	5	6
Нормальный	5	3	2	5	3
Несколько повышенный	—	—	1	—	1
Явно повышенный	—	—	—	—	—
Очень высокий	—	—	—	—	—

По данным таблицы можно сделать вывод, что у детей из кардиологического отделения наиболее высокий уровень тревожности, нежели у детей из других отделений. Среди всех видов тревожности преобладает самооценочная, которая несколько повышена у детей в каждом из отделений. Наименьший уровень тревожности отмечается у детей нефрологического профиля, где также отмечается анозогнозический тип (отрицание, игнорирование) отношения к болезни.

Выводы:

В структуре «ТОБОЛ» у детей, находящихся на стационарном лечении, преобладают анозогнозический и эргопатический типы. Это свидетельствует о том, что многие дети склонны рассматривать симптомы болезни как

проявления «несерьезных» заболеваний, в связи с этим нередко не считают нужным обследоваться и лечиться;

В кардиологическом и нефрологическом отделениях доминирует анозогнозический тип, что свидетельствует о том, что дети с заболеваниями сердца и почек склонны нарушать режим и врачебные рекомендации, что может пагубно сказаться на течении болезни;

В гастроэнтерологическом отделении преобладает эргопатический тип, что свидетельствует об избирательном отношении детей, имеющих хронические заболевания пищеварительного тракта, к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего, стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать учебу и работу в прежнем качестве;

Несмотря на то, что у детей из кардиологического отделения отмечается анозогнозический тип отношения к болезни, у них выявлен повышенный уровень всех видов тревожности, что свидетельствует о скрытом переживании за свое здоровье;

Наименьший уровень тревожности, как и анозогнозический тип отношения к болезни, отмечается у детей нефрологического профиля, что может явиться следствием отсутствия серьезного отношения к своему заболеванию;

У некоторых детей низкий уровень тревожности может являться следствием «чрезмерного спокойствия», что может носить защитный характер для нервной системы;

Повышение уровня различных видов тревожности, а также критичное отношение к своей болезни у пациента требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога и психотерапевта.

Список литературы.

1. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Питер, 2015. 33 с.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 2012. 112 с.
3. Соболева Л.Г., Новак Н.Г., Шаршакова Т.М.. Оценка уровня тревожности детей школьного возраста г. Гомеля // Проблемы здоровья и экологии. 2017. № 3. С. 123-128.

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ПОСЛЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Боева С.Г.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Разинькова Н.С.

Актуальность исследования. В настоящее время достаточно высокую долю среди новорожденных составляют дети, перенесшие интранатальную асфиксию с развитием церебральной ишемии. Все большую актуальность имеет разработка мероприятий, направленных на предупреждение инвалидизации детей, выживших после умеренной и тяжелой асфиксии. Терапевтическая гипотермия оказывает выраженный нейропротективный эффект и в настоящий момент рассматривается как основной физический способ нейропротекторной защиты головного мозга. Лечебная гипотермия требует обязательного наблюдения за динамикой изменения мозговой активности новорожденного. Она наглядно представляется при мониторинговании ЭЭГ. На экране представляются тренды амплитудно-интегрированной ЭЭГ (аЭЭГ), сжатый спектр и другие количественные показатели ЦНС.

Целью исследования является выявление особенности и динамики изменения показателей ЭЭГ, оценка эффективности применения терапевтической гипотермии у новорожденных с церебральной ишемией на основании результатов ЭЭГ.

Материалы и методы. Были исследованы результаты 30 электроэнцефалограмм новорожденных со сроком гестации более 36 недель, перенесших интранатальную асфиксию с диагнозом церебральная ишемия 2-3 ст. за период 2015-2018 годы, для лечения которой применялась терапевтическая гипотермия. Определяли динамику картины ЭЭГ до гипотермии, на фоне и после гипотермии.

После первичного гипоксически-ишемического периода существует «светлый» промежуток, длительностью от 6 до 15 часов, после которого прогрессирует вторичное повреждение головного мозга. Этот промежуток считают так называемым «терапевтическим окном», в течение которого должна быть начата гипотермия [1]. Вторичное повреждение вызывается активизацией ряда патогенетических механизмов: глутаматного и кальциевого стресса, свободнорадикального повреждения, асептического воспалительного процесса, активацией апоптоза, приводящих к увеличению объема нейронального повреждения и ухудшению прогноза для жизни и здоровья [2]. В настоящее время в мировой практике не известен ни один лекарственный препарат, нейропротективные свойства которого могли бы существенно уменьшить повреждающее действие указанных патогенетических механизмов, а его эффективность была бы подтверждена в клинических исследованиях высокого уровня [2, 3].

В течение первых двух часов после рождения новорожденные с интранатальной асфиксией и с выявленными показаниями к проведению

процедуры (критерии групп А, В, С) начинали получать в качестве лечения неинвазивную системную умеренную терапевтическую гипотермию, т.е. контролируемое индуцируемое снижение центральной температуры тела у больного до 33,5°C в течение 24 часов.

Динамика мозговой активности новорожденного наглядно представляется при длительном мониторингировании ЭЭГ на экране в виде количественных показателей ЦНС, а также исходного сигнала ЭЭГ по малому количеству отведений ЭЭГ (использовалось 8 отведений). Паттерны аЭЭГ имеют характерный вид, отражающий нормальное и патологическое состояние головного мозга. Тренды аЭЭГ отображают динамику изменения амплитуды ЭЭГ при многочасовых исследованиях в сжатом виде и позволяют оценить выраженность гипоксически-ишемических нарушений, характер сна, выявить судорожную активность и дать прогноз неврологического исхода, а также отслеживать изменения аЭЭГ при состояниях, приводящих к гипоксии мозга у новорожденных, наблюдать динамику состояния пациента при лечебных воздействиях [4].

После окончания терапевтической гипотермии проводилось согревание с повышением центральной температуры не более чем на 0,5°C в час, до ректальной температуры 37°C. При удовлетворительном состоянии ребенка длительность фазы согревания составляла в среднем 7-9 часов.

Результаты и обсуждение. Выявлена положительная динамика картины ЭЭГ у новорожденных после применения лечебной гипотермии: сохранена синхронность разрядов вспышек, четко прослеживается чередование циклов сон-бодрствование, эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Выводы. На основании результатов ЭЭГ можно сказать, что лечебная гипотермия вызывает регресс неврологических нарушений, снижает повреждение структур ЦНС в результате перенесенной интранатальной умеренной и тяжелой асфиксии.

Список литературы.

1. Задворнов А.А., Голомидов А.В., Григорьев Е.В. Неонатальная терапевтическая гипотермия: как она работает? // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2016. № 1. С. 49-54.
2. Клинические рекомендации по проведению терапевтической гипотермии у новорожденных детей. 2016. С. 6-8.
3. Jacobs S, Hunt R, Tarnow-Mordi W, Inder T, Davis P. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4): CD003311.
4. Volpe J.J. Neurology of Newborn. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2008. 1120 p.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И ФОРМИРОВАНИЯ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Босенко А.Н., Урус А.А., Моспанова А.А. Куликова Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность исследования состоит в том, что риск развития патологии у новорожденного во многом определяется состоянием здоровья мамы, и ранняя анемия недоношенных детей не является исключением из правил. Данная заболеваемость характеризуется снижением показателей гемоглобина, эритроцитов и гематокрита у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в течение первых 3 месяцев жизни [1,4,5].

К причинам развития данной патологии относятся: дефицит гемопоэтических факторов и эритропоэтина, преобладание фетального гемоглобина, повышенный гемолиз эритроцитов, гемодилюция и ятрогенный фактор (лабораторные потери).

Тяжелое течение ранней анемии недоношенных регистрируется у глубоко недоношенных детей с отягощенным течением перинатального периода [3,4]. Представляет интерес изучение роли анте- и перинатальных факторов в формировании ранней анемии недоношенных детей.

Целью исследования является определение роли перинатальных факторов в формировании ранней анемии недоношенных у детей, родившихся с массой тела менее 1500 г.

Материалы и методы. Нами проведено исследование данных обменных карт беременных и историй родов 398 женщин, родивших недоношенных детей на сроке 22-36 недель гестации с массой тела от 480 до 1500 г: контрольную группу составили 209 матерей детей без ранней анемии недоношенных, основную группу – 189 матери детей с ранней анемией недоношенных. Для обработки полученных результатов ($M \pm m$) использован пакет статистических программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. При исследовании таких показателей, как возраст матерей, паритет беременности и родов у матерей обеих групп нами не определено достоверных различий. Также нами не обнаружено различий по таким показателям, как паритет беременностей и родов, частота аборт и выкидышей. Однако в группе матерей основной группы достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в контроле регистрировались гинекологическая патология: миомы, хронический аднексит, бесплодие с проведением процедуры ЭКО (таблица 1).

Таблица 1. Гинекологическая патология матерей
исследуемых групп (абс/%)

	Контроль n=209		Общ анем n=189	
Хр. Аднексит	3	1,43%	9	4,76%
Миома	8	3,83%	12	6,35%
ЭКО	5	2,39%	11	5,82%

При исследовании соматической заболеваемости матерей в основной группе определены более высокие показатели частоты хронического пиелонефрита (3,7% против 2,8%), нарушения жирового обмена (8,99% против 6,22%), анемии (2,12% против 0,48%) (рисунок 1).

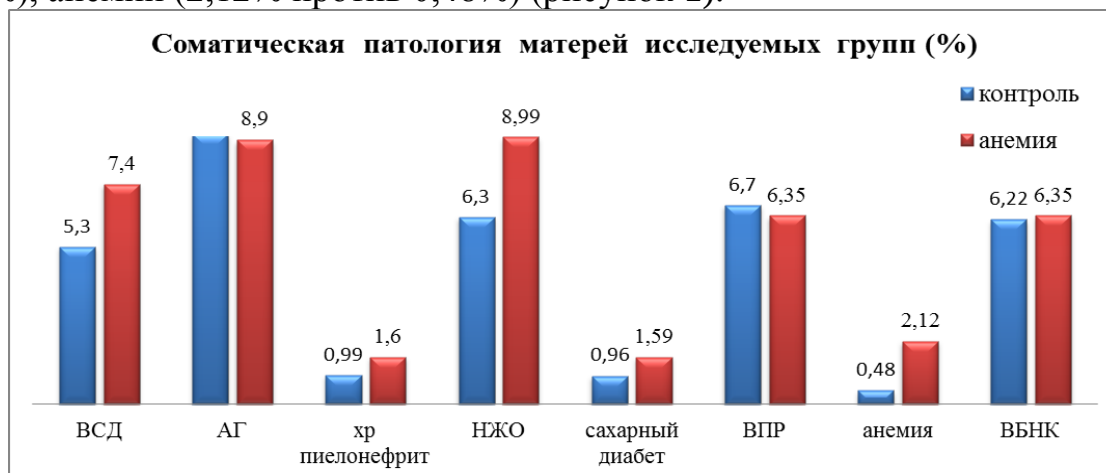


Рисунок 1. Соматическая патология матерей исследуемых групп (%)

Значимыми для развития ранней анемии также можно считать такие осложнения беременности и родов, как угроза прерывания (33,3% против 23,9%), истмико-цервикальная недостаточность (4,8% против 3,3%), краевое или центральное предлежание последа (5,8% против 3,8%), anomальное положение плода (тазовое, ножное, поперечное) – 31,7% против 22,5%; оперативные роды по экстренным показаниям в связи с отслойкой плаценты (20,1% против 3,9%), глубокая недоношенность – 22-28 недель – 43,3%, против 29,2% в контрольной группе (рисунок 2).



Рисунок 2. Частота анемии недоношенных в зависимости от гестационного возраста (%).

Вместе с тем, нами не обнаружено различий между группами по таким показателям, как частота ранних токсикозов, преэклампсии, задержки внутриутробного развития плода, многоводие/маловодие, носительство инфекций передаваемых половым путем, характер околоплодных вод, длительность безводного промежутка, anomальное предлежание последа, многоплодная беременность и др.

Выводы. Нами определено, что в развитии ранней анемии недоношенных, кроме общеизвестных факторов (дефицит гемopoэтических факторов и эритропоэтина, гемолиз эритроцитов, гемодилюция и ятрогенный фактор) имеет значение воздействие анте- и перинатальных факторов, таких как:

- наличие у матери хронического пиелонефрита, нарушения жирового обмена, анемии;
- гинекологической патологии (миома, хронический аднексит, бесплодие, зачатия с помощью процедуры ЭКО);
- отягощенного течения беременности (истмико-цервикальная недостаточность, угроза прерывания беременности), краевое или центральное предлежание последа, аномальное положение плода;
- оперативные роды по экстренным показаниям (отслойка плаценты), преждевременные роды на ранних сроках (22-28 недель).

Список литературы.

1. Быцань О.И. Современный взгляд на лечение анемии недоношенных детей // Педиатрия, неонатология. 2003. № 10. С. 7-10.
2. Кислюк Г.И., Ковалева Н.И. Некоторые демографические показатели, отражающие состояние здоровья матерей и новорожденных детей г. Курска //Матер. II межд.науч-практ.конф. с междунар. участ. «Медико-биологические аспекты мульти-факториальной патологии». Курск. 2011. С 197-198.
3. Кислюк Г.И., Кочугова Е.И, Бунина А.Д. Исследование перинатального анамнеза у практически здоровых новорожденных детей // Инновационная наука как основа развития современного государства. С-Пб.: КультИнформПресс, 2017. С. 85-87.
4. Клинические рекомендации. Детская гематология/ под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Дуковской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 656 с.
5. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Анемии недоношенных. Патогенез, диагностика, лечение, профилактика // Медицинский совет. 2015. № 6. С.10-16.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ

Букреева Т.А., Изъюрова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Емельянова Т.А.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) представляет собой аутоиммунную патологию, которая характеризуется изолированной тромбоцитопенией. По данным, приведенным в Федеральных клинических рекомендациях, частота заболевания ИТП составляет от 1,6 до 3,2 случаев на 100 тысяч населения ежегодно. Заболевание одинаково часто встречается как у мальчиков, так и у девочек. Пик заболевания приходится на возраст от 1 до 6 лет и от 12 до 15 лет, что связано с режимом прививочного календаря и особенностями иммунного ответа организма ребёнка в этом возрасте [1].

У детей заболевание чаще начинается остро, спустя 2-3 недели после предшествующего заболевания или иммунизации. В некоторых случаях развитию заболевания предшествуют воздействие аллергенов, травма, переохлаждение, однако, у части пациентов, несмотря на проводимую стандартную терапию, заболевание переходит в хроническую форму.

Несмотря на большое количество исследований, многие этиологические факторы, приводящие к развитию хронических форм, остаются невыясненными, а гендерный и возрастной состав заболевших в разных странах постоянно варьирует [2].

Поэтому целью нашего исследования являлось определение основных причин развития хронических форм тромбоцитопенической пурпуры, а также выявление групп пациентов, в которых идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура манифестирует чаще.

Нами был проведён анализ 63 историй болезни детей, проходивших лечение в отделении гематологии ОДКБ в период с 01.01.2004 по 31.12.2018 год, из них 37 мальчиков (59%) и 26 девочек (41%).

В соответствии с поставленными задачами, всех детей разделили на 3 возрастные группы: I – от 0 до 5 лет, 40 детей (17 девочек и 23 мальчика, средний возраст дебюта заболевания – 3 года); II – от 6 до 10 лет, 11 детей (3 девочки и 8 мальчиков, средний возраст дебюта заболевания – 7 лет); III – от 11 лет и старше 11 детей (3 девочки и 8 мальчиков, средний возраст дебюта заболевания – 7 лет). (рисунок 1).

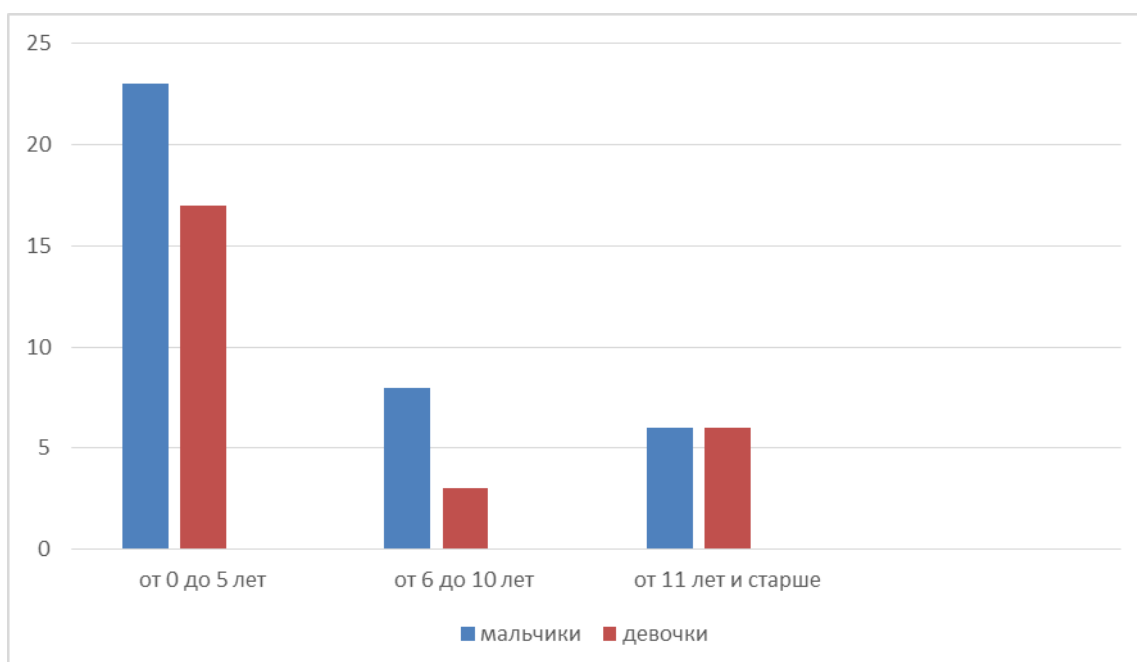


Рисунок 1. Распределение в группах по гендерному признаку

По результатам исследования было установлено, что наиболее частыми причинами, предшествующими развитию тромбоцитопенической пурпуры, являлись ранее перенесённые заболевания (ОРВИ, стоматит, кишечная инфекция, ветряная оспа), (таблица 1).

Таблица 1. Причины, предшествующие развитию ИТП

Номер группы	Предшествующие заболевания, %	Аллергическая реакция, %	Последствие полученной ранее травмы, %	Причины не отмечается, %
1 группа	50%	7%	5%	38%
2 группа	46%	9%	9%	36%
3 группа	45%	7%	6%	42%

Анализируя полученные результаты, из 63 детей в 21 случае (13 мальчиков, 8 девочек) ИТП перешла в хроническую форму, что составляет 33,3% от общего числа детей.

I группа – 10 детей, что составляет 25% от общего числа детей группы.

II группа – 6 детей, 55% от общего числа детей группы.

III группа – 5 детей, 46% от общего числа детей группы.

Результаты. По данным изученных историй болезни выявлено, что первостепенную роль в развитии хронических форм ИТП у детей имел отягощённый аллергоанамнез. При этом аллергическая патология в анамнезе в виде пищевых и лекарственных форм аллергий отмечены у 40% пациентов. На втором месте отмечена связь с предшествующей вирусной инфекцией у 30% пациентов.

Таким образом, выявлено, что в период с 2004 по 2018 год причиной развития хронической формы ИТП, в большинстве случаев, являлся

отягощённый аллергоанамнез у пациентов мужского пола в возрасте от 6 до 10 лет.

Список литературы.

1. Ковалева Л.Г., Сафонова Т.И., Пустовая Е.И., Колосова Е.Н., Рядненко А.А. Клинико-статистические данные и оценка различных методов терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Терапевтический архив, 2011; № 4. С. 60-65.
2. Румянцев А.Г. [и др.] Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению иммунологической тромбоцитопенической пурпуры у детей. [Электронный ресурс]. 2014. С. 1-23. (дата обращения: 05.03.2019).

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Бунина А.Д.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Забайрачная Д.С.

Актуальность исследования состоит в том, что первичное инфицирование вирусами семейства Herpesviridae в 60%-90% происходит в раннем детском возрасте. Герпесвирусы могут пожизненно персистировать в иммунocyтах, вызывая латентное инфицирование или манифестную форму заболевания, которой наиболее часто является инфекционный мононуклеоз. В большинстве случаев этиологию инфекционного мононуклеоза связывают с лимфотропным вирусом герпеса IV типа – вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ). В литературе также встречаются отдельные описания особенностей инфекционного мононуклеоза, обусловленного цитомегаловирусом (ЦМВ) и вирусом герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6). Однако недостаточно изучена этиологическая роль вируса простого герпеса (ВПГ-1,2) и смешанных герпесвирусов, несмотря на установленный синергизм ВПГ 1 и 2 типов по отношению к другим вирусам. Кроме того, синдром мононуклеоза могут вызывать другие вирусы (аденовирус), а также некоторые бактерии (иерсинии) и простейшие (токсоплазмы).

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) характеризуется триадой клинических симптомов (лихорадка, тонзиллит с частым поражением носоглоточной миндалины и затрудненным носовым дыханием, лимфаденопатия). Инфекционный мононуклеоз имеет широкое распространение в детском возрасте. На протяжении полугода и более после перенесенной инфекции могут наблюдаться длительный субфебрилитет, повышенная утомляемость, рецидивы фарингита, гепатита, увеличенные лимфоузлы, депрессии. Глубокие иммунные нарушения, возникающие после перенесенного инфекционного мононуклеоза,

способствуют в последующем частым эпизодам ОРВИ, стрептококковой инфекции.

Целью исследования является оценка статистики заболеваемости инфекционным мононуклеозом детей различных возрастных групп Курской области на основании их комплексного обследования.

Материалы и методы: комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 60 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 12 лет с синдромом инфекционный мононуклеоз, находившихся на лечении в «ОКИБ им. Н.А. Семашко», в результате было сформировано 2 рабочие группы. В 1 группу вошли 34 больных ребенка с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом герпеса человека 6 типа», что составило 56,6%; 2 группа – 26 больных, что составило 43,4%, с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз, вызванный микстинфекцией (ВЭБ)».

С помощью метода описательной статистики было выявлено, что в 1 группе 53% больных детей – это мальчики, 47% – это девочки; во 2 группе 58% больных – это мальчики, 42% – это девочки. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных детей по полу

Пол	1 группа (n=34)		2 группа (n=26)	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	18	53	15	58
Женский	16	47	11	42

Также с помощью описательной статистики больные инфекционным мононуклеозом дети обеих групп были распределены по месту жительства: в 1 группе лишь 15% больных детей из сельской местности, а во 2 группе 23% детей из сельской местности. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных детей по месту жительства.

Место жительства	1 группа (n=34)		2 группа (n=26)	
	Абс.	%	Абс.	%
Город	29	85	20	77
Сельская местность	5	15	6	23

При поступлении у больных детей инфекционным мононуклеозом жалоба на высокую температуру выявлена у 100% детей обеих групп. Также были жалобы на заложенность носа, кашель, общую слабость, увеличение лимфатических узлов, снижение аппетита, «храп» во сне в обеих группах это составило от 61% до 96%. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Жалобы, предъявляемые больными детьми или их родителями

Жалобы	1 группа (n=34)		2 группа (n=26)	
	Абс.	%	Абс.	%
Температура(38-39)	34	100	26	100
Заложенность носа	31	91	21	80
Кашель	30	88	20	77

«Храп» во сне	32	94	16	61
Снижение аппетита	26	76	18	69
Общую слабость	32	94	23	88
Увеличение л/у	28	82	25	96
Сыпь	1	3	3	11

Выводы. Таким образом, с помощью метода описательной статистики было выявлено, что инфекционным мононуклеозом, вызванным вирусом герпеса 6 типа и ВЭБ болеют чаще мальчики обеих групп, что составило в общем 33 (53% и 58%) больного ребёнка. Дети, проживающие в городе болеют чаще, что составило из обеих групп 49 детей – это 85% и 77%. Жалобы, которые предъявляли дети и их родители, в основном одинаковые у всех больных детей, что в процентном соотношении колеблется от 61% до 96%, лишь только сыпь была выявлена у 4 детей из обеих групп, в 1 группе это составило 3%, а во 2 11% от общего числа заболевших детей инфекционным мононуклеозом в Курской области.

Список литературы.

1. Заплатников А.Л., Корнеева М.Ю., Коровина Н.А. [и др.]. Риск вертикального инфицирования и особенности течения неонатального периода у детей с внутриутробными инфекциями // Рус. мед. журн. 2005. No 13 (1). С. 45-47.
2. Иванова В.В., Железникова Г.Ф., Аксенов О.А. [и др.]. Инфекционный мононуклеоз: клиника, патогенез, новое в диагностике и терапии // Инфекционные болезни. 2004. No 2 (4). С. 5-12.
3. Инфекционные болезни у детей / Пер. с англ., под ред. Д. Мари. М.: Практика, 2006. 928 с.
4. Романцов М.Г., Горячева Л.Г., Коваленко А.В. Современные медицинские технологии в лечении хронических вирусных гепатитов // Противовирусные и иммуотропные препараты в детской практике. СПб., 2008. С. 100-112.
5. Санталова Г.В. Клинико-патогенетические механизмы формирования соматической патологии у детей с персистирующими инфекциями (гомотоксикологический подход): Автореф. дис. докт. мед. наук. Оренбург, 2005. 40 с

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО И РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Верисова М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Бец О.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что открытый артериальный проток (ОАП) – это один из наиболее часто встречающихся пороков сердца (10-24% от всех врожденных пороков сердца). У недоношенных новорожденных частота данной патологии составляет от 15% до 80%. Причиной неблагоприятного воздействия на ткань легкого является перегрузка малого круга кровообращения, которая происходит в результате возврата большей части крови к легким, не затрагивая большой круг кровообращения. Этот патологический процесс приводит к интерстициальному отеку. В случае, если артериальный проток открыт, могут происходить выраженные нарушения работы легких и прогрессирующее снижение газообмена. [3,4,5]

Целью исследования является анализ частоты встречаемости открытого артериального протока у недоношенных новорожденных и факторов риска его развития.

Материалы и методы: был проведен анализ 92 историй болезни новорожденных, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных в Областном перинатальном центре города Курска в период 2015-2017 годы. Среди них: недоношенных новорожденных было 57 (61,9%), доношенных – 35 (38,1%). Количество мальчиков среди недоношенных новорожденных составило 21 (36,9%), девочек – 36 (63,1%).

Результаты и обсуждения. По итогам проведенного исследования было выявлено, что частота встречаемости ОАП у недоношенных новорожденных в период с 2015-2018 годы составила 5,1%. Данной патологии больше подвержены недоношенные новорожденные – 61,9%, чаще всего девочки – 63,1%.

Диагностировать ОАП можно с помощью эхокардиографии. Проявление эхокардиографических признаков гемодинамической значимости (ГЗ) этой патологии опережает симптоматику где-то на двое или трое суток. Этот метод служит единственным для установления ГЗ. Следуя основным критериям артериальный проток считают ГЗ, если его диаметр $>1,5$ мм (при массе тела <1500 г), для детей с массой тела >1500 г: диаметр $>1,4$ мм/кг, а также сброс крови слева-направо. [1,2]

При анализе эхокардиографии новорожденных с ОАП по данным проанализированных историй болезни было установлено, что частота встречаемости гемодинамически незначимого ОАП у недоношенных детей выше и составляет 73,6%, ГЗ – 26,3%.

Вероятность продолжительного функционирования артериального протока больше у недоношенных новорожденных с низкой массой тела –

57,8%, гестационный возраст которых составлял 32-33 недели – 49,1% ; у новорожденных, в анамнезе которых встречались внутриутробная пневмония – 45,6% и внутриутробная инфекция неизвестной этиологии – 35%.

Первичные реанимационные мероприятия оказывались 57 новорожденным с ОАП (61,9%). Такие высокие показатели дополнительно подтверждают тяжелое состояние детей при рождении. ИВЛ проводилась 10 новорожденным (17,5%). СРАР применялся у 57 новорожденных (61,9%).

Следует отметить, что операция клипирования при ГЗ ОАП была проведена 3,5% недоношенным новорожденным.

Коррекция хирургическими методами ОАП у недоношенных новорожденных проводится, если имеются такие показания, как ГЗ, которая подтверждена эхокардиографией; зависимости от ИВЛ; отсутствии эффекта от 2 курсов консервативного лечения и наличии противопоказаний к нему. Эти признаки должны наблюдаться в совокупности. [2]

Следовательно, можно сделать вывод: вероятность функционирования ОАП напрямую зависит от гестационного возраста ребенка, массы тела при рождении, наличия признаков внутриутробного инфицирования и объема реанимационных мероприятий. Вовремя проведенные диагностические мероприятия и правильно подобранное лечение влияет на качество и прогноз жизни и здоровья новорожденных.

Список литературы.

1. Бокерия Л.А., Шаталов К.В. Детская кардиохирургия. Руководство для врачей. М.: ФГБУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ. 2016. 864 с.
2. Буров А.А., Дегтярев Д.Н., Ионов О.В. Открытый артериальный проток у недоношенных детей // Неонатология. Новости. Мнения. Обучение. Журнал непрерывного медицинского образования. 2018 № 2. С.120-128.
3. Прахов А.В. Неонатальная кардиохирургия. Нижний Новгород.: Издательство НижГМА, 2015. 255 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология : учеб. пособие. 6-е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 256 с.
5. Heymann M.A., Rudolph A.M., Silverman N.H. Closure of the ductus arteriosus in premature infants by inhibition of prostaglandin synthesis // N Engl J Med. 1976. Vol. 295. P. 530-533.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Воейкова А.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Кривдина Н.Д.

Актуальность исследования. В настоящее время внебольничные пневмонии (ВП) являются актуальной проблемой в педиатрической практике. Распространенность данного инфекционно-воспалительного заболевания у детей раннего возраста является достаточно высокой. Следует отметить, что в период раннего детства, особенно в группе новорожденных, пневмонии развиваются гораздо чаще, чем в других возрастных категориях.

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости и смертности от данного заболевания, даже при проведении своевременной и правильной диагностики, оценки тяжести состояния здоровья ребенка, течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильного выбора антибактериальной терапии, обуславливают актуальность данного вопроса.

Целью исследования является оценка частоты встречаемости, особенностей течения внебольничных пневмоний у детей в раннем возрасте до 3-х лет за период с января 2017 по декабрь 2018 года.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни детей, которые находились на лечении в ОБУЗ ОДКБ города Курска за период с января 2017 по сентябрь 2018 года с диагнозом внебольничная пневмония.

Результаты исследования. При проведении анализа 30 (100%) историй болезни, ОБУЗ ОДКБ города Курска детей в возрасте до 3-х лет, в зависимости от пола было установлено, что заболеваемость пневмонией встречается чаще среди мальчиков – $n=16$ (53%), чем в группе девочек – $n=14$ (47%).

Все дети были разделены на 2 возрастные группы: 1 группа – до года, 2 группа – от 1 до 3 лет. Наибольшая частота встречаемости заболеваний пневмониями по возрастному критерию была установлена в первой группе – 60%, во второй группе число больных детей составило – 40%.

В данном исследовании было установлено, что заболеваемость пневмониями среди детей, проживающих в городе выше (63%), по сравнению со случаями заболеваемости пневмониями среди детей, проживающих в ПГТ, селах, деревнях (37%).

Также было установлено, что повторное возникновение пневмоний (30%) от общего числа исследуемых, у (70%) детей диагноз ВП установлен впервые.

Также все дети были разделены в зависимости от резистентности к ОРВИ на 4 группы:

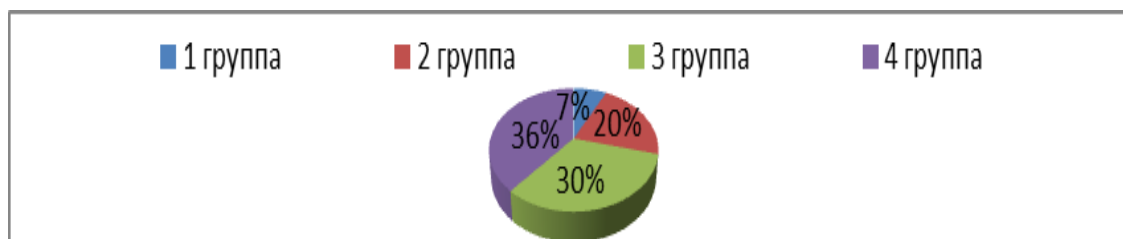


Рисунок 1. Группы больных детей пневмонией в зависимости от резистентности к ОРВИ

1 группа (хорошая резистентность) – кратности ОРВИ не более 3 раз в год (ИР от 0 до 0,32);

2 группа (сниженная резистентность) – кратность ОРВИ 4-5 раз в год (ИР от 0,33 до 0,49);

3 группа (низкая резистентность) – кратность ОРВИ 6-7 раз в год (ИР от 0,5 до 0,66);

4 группа (очень низкая резистентность) – кратность ОРВИ 8 и более раз в год (ИР 0,67 и >).

В первую группу входят – 7% от общего числа больных детей, во вторую группу – 20%, в третью группу – 30%, в четвертую группу – 36% (рисунок 1).

Таким образом, дети, входящие в группу с очень низкой резистентностью больше предрасположены к возникновению пневмоний, чем в других группах резистентности к ОРВИ.

При проведении анализа истории болезни было уделено особое внимание локализации патологического процесса и степени тяжести состояния детей в зависимости от течения данного заболевания. Среди детей было выделено 3 группы в зависимости от локализации патологического процесса: п1 – правосторонняя ВП, п2 – левосторонняя ВП, п3 – двусторонняя ВП. Полученные результаты исследования: п1 – 50%; п – 23%; п3 – 27%.

Таким образом, в первой группе сумма всех случаев заболеваний ВП преобладает, чем во всех остальных группах.

Все исследуемые дети были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести состояния: п1 – средне-тяжелая степень тяжести (ДН 0-1 степени), п2 – тяжелая степень тяжести (ДН 2-3 степени). Были получены следующие результаты: группа п1 – 76%, п2 – 24%. Таким образом, было установлено, что в первой группе сумма всех случаев превышает показатели второй группы.

Всего у 2 детей из 30 (100%) исследованных ВП протекала с осложнениями. В первом случае осложнением основного заболевания является серозно-фибринозный плеврит, во втором случае – правосторонний экссудативный плеврит, что составило 2 (7%) от общего числа больных с ВП, протекающими без осложнений.

Всем детям, находящимся на лечении в ОБУЗ ОДКБ города Курска был проведен полный перечень диагностических мероприятий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Оценка показателей общего анализа крови у детей при поступлении. При ВП можно наблюдать следующие изменения в картине крови – повышение уровня лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Среди детей было выделено 3 группы: n1 – от 1 до 6 месяца жизни; n2 – от 6 до года; n3 – 1-3 года.

Во всех группах было установлено повышение показателей лейкоцитов, повышение СОЭ.

Оценка показателей биохимического анализа крови детей при поступлении. При ВП можно наблюдать повышение уровня СРБ, повышение уровня щелочной фосфатазы. Среди детей было выделено 2 группы: n1 – в возрасте до года; n2 – от 1 до 3 лет.

Во всех группах было установлено повышение показателей СРБ и щелочной фосфатазы. Нормализация показателей биохимического анализа крови наблюдалось на 5-8 день.

Бактериологический посев крови из 30 больных детей проводился только у 67%, консультацию пульмонолога получили 83%.

Все больные получали лечение в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями ведения больных с ВП. В лечении применялись цефалоспорины (цефбактам, цефтриаксон, цефим, цефепим), комбинированные бронхолитические препараты (беродуал). В ряде случаев использовалась дополнительная терапия (амикацин, мерексид, линезолид, ванкорус, бакперазон, амбраксол). Улучшение состояния детей в среднем приходится на 3 ± 1 сутки после проведения адекватной антибактериальной терапии.

Выводы. Таким образом, пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. В результате проведенного ретроспективного анализа 30 историй болезни ОБУЗ ОДКБ города Курска детей в возрасте до 3-х лет больных пневмонией, было установлено, что заболеваемость значительно выше среди детей в возрасте от 1 до 3-х лет. Было установлено, что заболеваемость ВП выше среди городского детского населения. Отмечено, что дети с очень низкой резистентностью к ОРВИ составляют наибольшее число болеющих ВП. У большинства детей ВП протекала со средней-тяжелой степенью тяжести состояния здоровья. При проведении диагностики были выявлены признаки воспалительного процесса, свойственные данному заболеванию. На основе проведенного лечения в стационаре дети были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Список литературы.

1. Малюжинская Н.В., Полякова О.В. Пневмония у детей: диагностика и лечение. // Лекарственный вестник. Т.9. № 1 (57). 2015
2. РРО Межрегиональное педиатрическое респираторное общество Федерации педиатров стран СНГ Московское общество детских врачей. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. М. 2015

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Глотова А.П., Миронова О.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зайцева Л.Ю.

Актуальность исследования. В структуре инфекционных болезней острые кишечные инфекции (ОКИ) устойчиво занимают 2-е место, уступая лишь острым респираторным заболеваниям. На сегодняшний день в России, как и во всем мире, в структуре кишечных инфекций ведущее место стали занимать вирусные диареи, однако среди бактериальных инфекций за последние годы на первое место вышли сальмонеллезы [1].

Большинство авторов считают, что ОКИ являются причиной нарушений микрофлоры различных биотопов организма человека, при этом наиболее значимые изменения микробиоценоза отмечаются со стороны желудочно-кишечного тракта, наблюдающиеся у большинства пациентов (например, при сальмонеллезе – у 95,1%, при иерсиниозе – у 94,9%, при ротавирусной инфекции – у 37,2–62,8% больных) и носящие системный выраженный характер. Патогенетически такие отклонения в количественном и качественном составе микрофлоры ЖКТ, вызванные ОКИ, усугубляют негативное влияние на течение и исход болезни [2, 3].

Цель исследования заключалась в оценке клинического течения острой кишечной инфекции; изучении нарушений микробиоценоза кишечника у детей, перенесших острую кишечную инфекцию; определении эффективности применения пробиотических препаратов.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 40 пациентов с диагнозом острая кишечная инфекция неустановленной этиологии и 30 детей с диагнозом сальмонеллез, получавших лечение в отделении кишечных инфекций Курской областной инфекционной больницы им. Н.А. Семашко в период с июля по август 2016г.

В группе пациентов с сальмонеллезом мальчики – 13 детей (43%), девочки – 17 (57%). В группе пациентов с ОКИ неустановленной этиологии мальчики – 19 детей (47%), девочки – 21 (53%).

Проводили оценку клинических проявлений ОКИ: длительность лихорадочного синдрома, степень выраженности диспепсического синдрома; оценивали динамику лабораторных показателей при поступлении в стационар и при выписке.

Проводили оценку микробиоценоза (анализ кала на дисбактериоз) кишечника после курса лечения препаратами пробиотиков: «Аципол» (1 капсула содержит 10^7 КОЕ живых ацидофильных лактобацилл, 400 мкг полисахарид кефирного грибка), «Бифиформ» (1 капсула содержит не менее 10^7 КОЕ *Bifidobacterium longum*, не менее 10^7 КОЕ *Enterococcus faecium*).

Результаты исследования. При оценке клинической картины заболевания нами были получены следующие данные: в 50% случаев сальмонеллёза

длительность лихорадочного периода составила 4-7 дней. Нормализация температуры в первые 3е суток от начала заболевания отмечалась у 13 детей (43,3%). Лихорадочный синдром отсутствовал у 2х пациентов (6,7%). Многократные эпизоды рвоты отмечались в 83,3% случаев (1-4 раза в сутки – 50%; 5-8 раз – 23,3%). Диарейный синдром различной выраженности присутствовал в 96,7% случаев: 1-4 раза в сутки у 15 пациентов (50%), до 8 раз в сутки – 14 (46,6%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре детей с сальмонеллёзом составила $6,61 \pm 0,4$.

При анализе клинической картины заболевания у детей с ОКИ НЭ, для большинства (65%) характерна нормализация температуры в первые 3е суток. В 13 случаях (32,5%) лихорадка сохранялась в течение 4-7 дней. Установлен 1 случай безлихорадочного течения ОКИ НЭ. В 95% случаев характерны эпизоды многократной рвоты: 1-4 раза – 31 случай (77,5%); 5-8 раз – 17,5%. Расстройства стула отмечались в 97,5% случаев (1-4 раза в сутки – 65,0%; 5-8 раз – 32,5%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов с острой кишечной инфекцией неустановленной этиологии – $5,25 \pm 0,2$.

При поступлении в стационар больным были назначены антибиотики широкого спектра действия. Для лечения дисбиотических нарушений в кишечнике все пациенты получали «Аципол».

Для перенесших сальмонеллёз детей характерны следующие изменения в анализе кала на дисбиоз: снижение (56,6%) или отсутствие бифидобактерий (30%); лактобактерии ниже нормы отмечены в 46,6% случаев, отсутствуют в копрограмме у 13,3% детей; гемолитические эшерихии присутствуют в анализе у 6,6% пациентов, лактозонегативные эшерихии – 13,3%; эшерихии с нормальной ферментативной активностью – 10%. *Staphylococcus aureus* обнаружен в кале у 16,6% случаев; грибы рода *Candida* – 40%.

У детей с ОКИ НЭ отмечено полное отсутствие бифидобактерий в 32,5% случаев и лактобактерий в 17,5%; снижение тех же показателей ниже нормы отмечено в 57,5% и 60% случаев соответственно. Гемолитические эшерихии обнаружены у 27,5% пациентов; лактозонегативные эшерихии – 15%; эшерихии с нормальной ферментативной активностью – 12,5%. У 35% детей, перенесших ОКИ НЭ, в копрограмме определялся *Staphylococcus aureus*; грибы рода *Candida* – 12,5%.

При выписке из стационара была проведена коррекция терапии пробиотиками: 38 пациентам (17 детей с диагнозом сальмонеллёз, 21 – ОКИ НЭ) было рекомендовано продолжить принимать «Аципол» в течение 10 дней; 32 пациентам (13 детей с диагнозом сальмонеллёз, 19 – ОКИ НЭ) рекомендован 10 дневный курс пробиотического препарата «Бифиформ».

После курса лечения препаратом «Аципол» микробный пейзаж у детей, перенесших ОКИ НЭ, приближался к нормальным показателям. В результатах анализов детей, получавших лечение по поводу сальмонеллёзной инфекции, наблюдалась положительная динамика, но сохранялись дисбиотические нарушения: уровень бифидобактерий ниже нормы сохранялся у 23,5% детей;

лактобактерии ниже нормы отмечены у 17,65%; у 3 пациентов (17,65%) в анализе кала обнаружены грибки рода *Candida*.

У детей, получавших пробиотик «Бифиформ», отмечено значительное улучшение: у пациентов обеих нозологических групп в результатах анализов на дисбиоз не обнаружено полного отсутствия бифидо- и лактобактерий. Однако эти же показатели ниже нормы отмечались у детей, перенесших ОКИ НЭ в 26,3% и 31,5% случаев соответственно. Также у детей этой группы отмечалось более низкое (31,5%) содержание эшерихий с нормальной ферментативной активностью, чем у пациентов, перенесших сальмонеллез (69,2%). У пациентов с ОКИ НЭ в анализе кала на дисбиоз обнаружена условно патогенная флора (36,7%): гемолитические эшерихии – 3 случая (15,7%); *S.aureus* и *Candida* – 4 случая (11%).

Выводы. В ходе исследования нами было выявлено, что кишечная инфекция у детей, вызванная сальмонеллами, характеризуется тяжелым течением: сильнее выражены диспепсический и лихорадочный синдромы, сроки нормализации температуры и средняя продолжительность пребывания в стационаре выше, чем при ОКИ НЭ.

Развитие острой кишечной инфекции сопровождается нарушениями микробиоценоза кишечника различной степени выраженности. Нами установлено, что при сальмонеллёзе и ОКИ НЭ происходит значительное снижение бифидо- и лактобактерий, вплоть до их полного отсутствия. Характерной особенностью у детей, перенесших сальмонеллёз, является обнаружение в анализе кала грибков рода *Candida*; для ОКИ НЭ отличительной чертой является увеличение количества гемолитических эшерихий и *S.aureus*.

Для коррекции дисбиотических нарушений у детей необходимо применение пробиотиков. В нашем исследовании было установлено, что при сальмонеллезе наиболее эффективным является препарат «Бифиформ».

Список литературы.

1. Авершина А.Н. Особенности течения сальмонеллезной инфекции у детей // Справочник врача общей практики. 2018. № 4. С. 38-45.
2. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Осипова Т.Ф., Решиков В.А., Козина С.Ю. Препараты, восстанавливающие микробиоценоз, как этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей // Актуальная инфектология. 2015. № 2(7). С. 45-50.
3. Зайцева Л.Ю., Хмелевская И.Г., Калущкий П.В. Клинико-иммунологические особенности течения вирусных диарей у детей // Вестник современной клинической медицины. 2017. Т.10, вып.2. С.30-33.
4. Плоскирева А.А., Горелов А.В. Тактика пробиотической терапии при острых кишечных инфекциях у детей // Вопросы практической педиатрии. 2015. Т.10. № 2. С. 40-46.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Глотова И.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Разинькова Н.С.

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества психиатров, РАС – это группа комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, которые характеризуются отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации [2].

Эпидемиология РАС достаточно изучена лишь в странах Америки (34-90/10000) и Европы (30-116/10000), причем распространенность у мальчиков и девочек от 2,6:1 до 4:1 [2]. Согласно МКБ-10 относится к рубрике F 84 «Общие расстройства психологического развития» [1].

Актуальность данного исследования обусловлена прогрессирующим ростом заболеваемости детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), сложностью диагностики, недостаточным уровнем знаний в отношении данной темы, что может привести к поздней диагностике и применению неэффективных подходов в лечении и реабилитации.

Целью исследования является изучение особенностей анамнестических, клинико-инструментальных данных развития речи у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ 54 историй болезни детей. Больные были разделены на 2 группы:

контрольная группа – дети с темповой задержкой развития (n=40);

опытная группа – дети с расстройством аутистического спектра (n=14).

Возраст варьировал от 3 до 7 лет. Проанализированы данные анамнеза, неврологического статуса, электроэнцефалографии (ЭЭГ). Визуальным и количественным методом проведена оценка отдельных параметров ЭЭГ, которые позволяют оценить биологическую активность головного мозга.

Статистическую значимость различий параметров ЭЭГ оценивали с помощью точного критерия Фишера с уровнем достоверности $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$. Статистический анализ полученных данных выполняли с использованием пакета программ Microsoft Excel (2010).

Результаты и обсуждения. В ходе анализа анамнестических данных выяснены основные факторы риска у детей опытной группы в период течения беременности, интранатальный и постнатальный периоды развития ребенка. Ведущие травмирующие факторы обнаружены у 11 детей (78,6%). Угроза прерывания отмечалась у 8 детей (57,1%), внутриутробная гипоксия – у 6 (42,9%), перинатальная энцефалопатия – у 6 детей (42,9%).

В контрольной группе дети с темповой задержкой понимают обращенную речь. Для детей с аутистическими чертами характерна речь по типу

«штампованных» черт. Данные показателей ЭЭГ, зарегистрированные в ходе исследования, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение показателей электроэнцефалограммы

№ п/п	Показатели ЭЭГ	Группа 1		Группа 2	
		Абс. числа	%	Абс. числа	%
1.	Общие диффузные изменения	2	5	14*	100
2.	ЗССС	1	2,5	8*	57,1
3.	Заостренный альфа-ритм	1	2,5	2	14,2
4.	Бета активность	1	2,5	1	7,1
5.	Полифазные дельта-волны	1	2,5	9*	64,3
6.	Тета-активности	1	2,5	8*	57,1
7.	ДЭРД	1	2,5	10*	71,4

* – при $p < 0,01$ различия между группами статистически достоверны.

Выводы. В ходе исследования выявлены основные факторы риска (угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия, перинатальная энцефалопатия), основные показатели ЭЭГ у детей с РАС – полифазные дельта-волны, тета-активность, ДЭРД, применение которых актуально в инструментальной диагностике РАС.

Список литературы.

1. МКБ-10 Нарушения психологического развития (F80-F89) [Электронный ресурс] / Международная классификация болезней 10-го пересмотра. – Режим доступа: <http://mkb-10.com>, свободный. (Дата обращения: 26.02.2019 г.);
2. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение и наблюдение [Электронный ресурс] / Клинические рекомендации (протокол лечения). – Режим доступа: <https://psychiatr.ru>, свободный. (Дата обращения: 27.02.2019 г.).

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Глуховцова Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Серёжкина А.В.

Актуальность исследования. Среди заболеваний внутренних органов бронхиальная астма – одна из важнейших проблем современной теоретической и практической медицины. Учитывая высокую распространенность БА, большое медико-социальное значение и трудности достижения контроля заболевания, изучение роли наследственности весьма актуально, так как предполагает возможность разработки новых методов диагностики, профилактики и лечения данного заболевания.

Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся 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 [4].

Среди факторов, предрасполагающих к появлению бронхиальной астмы, выделяют: наследственность, атопию и гиперреактивность бронхов. При этом, многие авторы считают, что наследственная предрасположенность является основополагающей в формировании БА. [5]

В патогенезе БА роль генетических факторов установлена не полностью. Считается, что к формированию бронхиальной астмы причастны Ig-гены, поскольку они связаны с антивирусным иммунитетом. Около 80% больных эндогенной БА гомозиготны по HLA-BW6. [1]

Известно, что при наличии бронхиальной астмы у обоих родителей, риск развития заболевания у детей возрастает в 6–7 раз по сравнению с популяционным, и, в 3 раза, если БА страдает один из родителей. По данным Лильина Е.Т. и соавторов, при наличии болезни у одного из родителей бронхиальная астма развивается у детей в 31% случаев, у обоих родителей в 70%, а эмпирический риск заболеть БА у ребенка, рождающегося вслед за больным БА, равен 14%. [3]

Отягощенность семейного анамнеза по аллергической патологии по линии матери более значима, чем по линии отца. Известно, что дети, матери которых страдают БА, аллергическими заболеваниями или атопическим дерматитом, гораздо чаще имеют проявления атопии и высокий уровень иммуноглобулина Е (IgE), чем дети из семей, где аллергической патологией страдают отцы. [2]

Целью исследования является определение роли наследственности в развитии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: истории болезней детей с бронхиальной астмой, результаты анкетирования, литературные данные.

В настоящей работе было изучено 100 историй болезни детей, страдающих БА. Пациенты возрастом от 2 до 14 лет, 42 девочки и 58 мальчиков находились на лечении в ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» в 2018 году, от всех было получено добровольное информированное согласие на обработку данных.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что среди детей, страдающих бронхиальной астмой, 64% имеют отягощенную наследственность и, лишь, у 36% пациентов нет больных БА родственников. При этом, в 61% случаев, наследственность отягощена по материнской линии, а в 39% случаев по линии отца. При делении детей с отягощенной наследственностью на группы: 1) с отягощенностью по родителям, 2) по другими родственникам, получены следующие данные: в 65% случаев болен кто-то из родителей, и лишь в 35% случаев больны другие родственники (бабушки, дедушки, братья, сестры, тети и дяди).

Кроме того, прослеживается зависимость степени тяжести БА от наследственности. Так среди детей с неотягощенной наследственностью (36 человек) в 52,7% случаев, БА протекает в лёгкой степени, у 30,6% детей среднетяжёлая БА, и лишь у 16,7% тяжёлая БА. Совершенно другая картина среди детей с отягощенной наследственностью (64 человека), где в 24% случаев у пациентов лёгкая степень тяжести БА, у 31% – среднетяжёлая степень БА, а у 45% больных – тяжёлая степень БА.

При делении детей на группы в зависимости от того, по какому заболеванию отягощена наследственность, выяснилось, что из 64 детей, имеющих больных родственников, у 37 детей (58%) есть близкие родственники больные бронхиальной астмой, у 22 детей (34%) есть родственники с аллергиями, у 10 человек (15%) наследственность отягощена по atopическому дерматиту, по поллинозу в 8-и случаях (12%), а по бронхиту и ХОБЛ у 7 человек (11%).

При работе с историями болезней детей было выявлено, что уровень IgE сыворотки крови больных БА с отягощенной наследственностью в среднем составляет 306,3 МЕ, в то время как у детей с неотягощенной наследственностью этот показатель почти в 3 раза ниже (103,5 МЕ).

Таким образом, данное исследование доказывает существенную роль влияния наследственности в развитие бронхиальной астмы у детей. Исследование подтвердило, что отягощенность по материнской линии имеет большую роль в появлении БА у ребёнка, в сравнении с линией отца. Особенно часто заболевают дети, у которых мать и отец имели в анамнезе БА, аллергии или проявления atopии. При этом, наиболее часто наследственность отягощена по бронхиальной астме, на втором месте – частота отягощенности по аллергиям, еще меньше случаев по atopическому дерматиту, поллинозу, бронхиту и ХОБЛ. Кроме того, у детей, имеющих больных родственников, бронхиальная астма чаще протекает в тяжёлой форме. То же касается уровня IgE, который в 3 раза выше у детей с отягощенной наследственностью, в отличие от детей со здоровыми родственниками. Поэтому изучение роли наследственности в развитии БА у детей заслуживает особого внимания в сфере

науки и медицины. Более полное знание генетических составляющих в развитии БА предполагает возможность разработки новых методов диагностики, профилактики и лечения данного заболевания.

Список литературы.

1. Курбачева О.М., Павлова К.С. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины до выбора терапии // РАЖ. 2013. № 1. С. 15.
2. Лаврова О.В., Дымарская Ю.Р. Бронхиальная астма у детей: факторы предрасположенности // Практическая пульмонология. 2015. № 2. С. 2-8.
3. Смирнова А.Ю., Гноевых В.В., Портнова Ю.А. Генетические аспекты мультифакторных бронхообструктивных заболеваний // Ульяновский медико-биологический журнал. 2014. № 1. С. 8.
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2016 // www.ginasthma.com. (дата обращения – 25.03.2019)
5. Howard R., Ratray M., Prosperi M., Custovic A. Distinguishing Asthma Phenotypes Using Machine Learning Approaches // Curr. Allergy Asthma Rep. 2015. Vol. 15. P. 38.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Денисова А.Д.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хохлова Е.Н.

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, вызываемое гемолитическим стрептококком группы А, характеризуется общей интоксикацией, явлениями острого тонзиллита и мелкоточечной сыпью по всему телу [1].

Актуальность исследования состоит в распространенности данного заболевания среди детей дошкольного и школьного возрастов в осенне-зимний период.

Целью исследования стало изучение клинико-лабораторного течения скарлатины у детей по данным инфекционного стационара.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 2 до 17 лет, получивших лечение по поводу скарлатины в Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко г. Курска в 2015-2017 годах.

Результаты и их обсуждение. По данным исследования из 20 наблюдавшихся было 12 девочек и 8 мальчиков. Наибольшее число пациентов было в возрасте от 3 до 7 лет (45% от общего числа) и от 7 до 15 лет (30%), что в совокупности составляет 75% (рисунок 1). Это подтверждает то,

что основная масса детей заболевает в дошкольном возрасте при посещении детского сада и в школьном возрасте. Скарлатина имеет столь широкое распространение из-за воздушно-капельного пути передачи, поэтому дети, оказываясь в новом окружении среди большого количества людей, попадают в зону риска. Подтверждает это и то, что жителей города оказалось гораздо больше (70% детей), чем жителей сел или деревень 30%, у которых было меньше контактов.

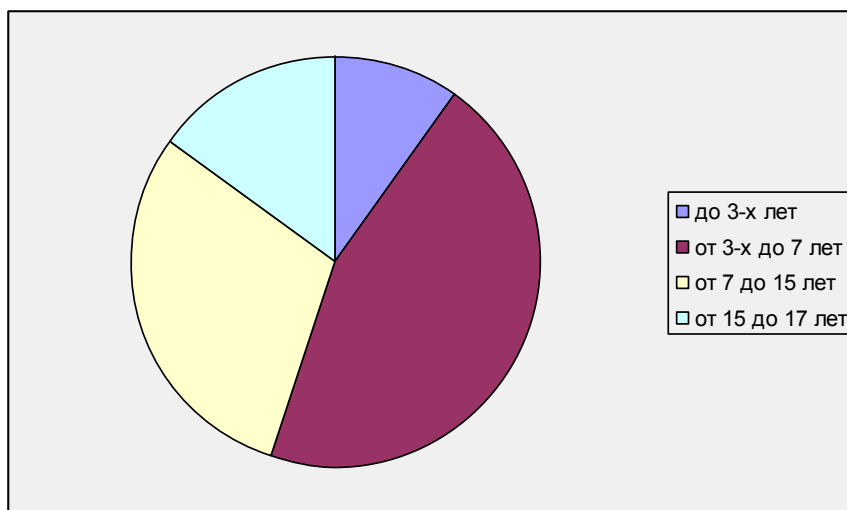


Рисунок 1. Возрастные категории больных скарлатиной.

Большинство детей поступало в зимний период – 65% человек. 6 детей переносили легкую форму скарлатины, а остальные 14 – средне-тяжелую. Это подтверждает факт о том, что детьми данное заболевание переносится легче, нежели взрослыми. В подтверждение данному факту нами была проанализирована история пациентки в возрасте 21 года, которая заболела скарлатиной, заразившись от своей пятилетней сестры. Сравнение данных показало, что течение болезни у пациентки было более длительным и тяжелым. И, если почти у всех детей диагностировалась лакунарная ангина, то у взрослого была выявлена некротическая ангина. Течение болезни сопровождалось высокой температурой, среднее значение которой составило $38,2 \pm 0,6$ °C продолжительностью в 3-4 дня. Мелкоточечная сыпь наблюдалась у всех детей на лице, туловище и конечностях. После сыпи обнаружено шелушение кожи. Данные лабораторных исследований показали лейкоцитоз. Уровень лейкоцитов в общем анализе крови повышался в среднем до $15,7 \pm 4,1 \cdot 10^9/\text{л}$. Одним из главных анализов, подтверждающих заболевание, являлось обнаружение уровня антистрептолизина-О, средние значения которого составили $488,2 \pm 120,5$ Ед/мл. Сам по себе стрептолизин-О вызывает кардиотоксическое действие, наиболее высокие титры были обнаружены в крови у пациентки 16 лет с изменениями на ЭКГ в виде синусовой тахикардии, неполной атриовентрикулярной блокады I степени. Всем детям была назначена антибактериальная терапия: 80% пациентов получали цефтриаксон, а другие 20% – цефазолин. Учитывая, что длительность пребывания в стационаре составила $6,4 \pm 1,9$ дня, можно сделать вывод об эффективности лечения.

Таким образом, стоит сделать вывод, что скарлатина – легко передающаяся инфекция, поражающая преимущественно ослабленный детский организм, оказавшийся в новых для себя условиях. Клиника скарлатины типичная, и предварительный диагноз можно поставить на основании жалоб и общего осмотра. Кардиальные осложнения возможны, однако, маловероятны и составляют 5%. Для детского организма скарлатина не несет угрозы, но из-за переполненности детских садов и школ случаи заболевания участились. Поэтому каждый родитель должен знать меры профилактики и первые признаки заболевания, чтобы вовремя обратиться к врачу.

Список литературы.

1. Богадельников И.В., Крамарев С.А., Бездольная Т.Н. Скарлатина // Здоровье ребенка. 2011. № 3. С. 139-141.
2. Леванович В.В., Тимченко В.Н. Эволюция стрептококковой инфекции. СПб.: СпецЛит, 2015. 495 с.
3. Цыркунов В.М., Васильев В. С, Астапов А.А. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика. Минск: Асар, 213. 512 с.

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Драчева Н.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность исследования. Ретинопатия недоношенных (РН) остается наиболее актуальной проблемой современной офтальмологии и неонатологии, так как при тяжелом течении заболевания может привести к слепоте [3]. Недоношенные дети к моменту рождения, как правило имеют незавершенный ангиогенез сетчатки (незрелое глазное дно). Созревание сосудов глазного дна завершается к 36-40 неделе постконцептуального возраста у подавляющего большинства детей, рожденных преждевременно. У глубоконедоношенных больных недоношенных детей, имеющих осложненное течение перинатального периода, часто возникают нарушения нормального ангиогенеза сетчатки глаза, что приводит к развитию сосудистой и фиброзной пролиферации с образованием аваскулярных зон, демаркационных валов, спаяк, которые провоцируют развитие отслойки сетчатки [1,2,3].

Мощность пролиферативного процесса при РН, быстрота и необратимость его развития характеризуют степень тяжести ретинопатии недоношенных. Быстрый переход одной стадии РН в другую, тяжелое общее состояние, наличие нескольких сопутствующих заболеваний глубоко недоношенных детей, затрудняют проведение оперативного лечения (крио- или лазеркоагуляции), часто в конечном итоге приводит к развитию IV–V стадии ретинопатии с формированием слепоты. При тяжелых формах РН

отмечалось поражение практически всех структур глаза: микрофтальм, помутнения роговицы, мелкая передняя камера, изменение радужки, заращение зрачка, поражения хрусталика. У более половины исследуемых детей отмечались аномалии рефракции; вторичная глаукома; характерная патология глазного дна: дистрофические изменения сетчатки (периферические складки, разрывы сетчатки, перераспределение, отложение пигмента на сетчатке), изменение количества сосудов в сторону либо уменьшения, либо увеличения, их извитость, телеангиоэктазии. Наблюдалось нарушение деления сосудов; преретинальные и перивазальные изменения мембраны в стекловидном теле, косоглазие.

Целью исследования является определение частоты ретинопатии недоношенных детей и анализ исходов РН.

Материалы и методы: Нами проведен анализ данных, выкопированных из историй болезни 545 недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ, получивших лечение в ОПЦ за период 2011-2016 годы: 158 детей, родившиеся с массой тела 445-999 г, и 387 новорожденных с массой тела 100-1499 г.

Результаты и обсуждения. На 1 этапе исследования определено, что среди всех 545 глубоконедоношенных детей у 267 (48,9%) было зарегистрировано незрелое глазное дно, у другой части – 278 (51,1%) ретинопатия разной степени выраженности (рисунок 1).



Рисунок 1. Структура РН в зависимости от степени тяжести (%)

Как следует из рисунка № 1, среди всех детей с ретинопатией недоношенных, чаще регистрировалась РН легкой и средней степени (РН1 – 166 (30,5%) и РН2 – 48 (8,8%), у 63 детей имело место тяжелое течение заболевания, потребовавшее оперативного вмешательства (РН3 – 53 (9,7%), задняя агрессивная форма (ЗАГ) – 8 (1,5%) и у 3 (0,5%) больных РН 4-5 ст.

Нами определено, что течение ретинопатии напрямую зависит от степени недоношенности и массы тела при рождении (рисунок 2). Так, у подавляющего

большинства – 235 (60,8%) детей с ЭНМТ с рождения и в динамике регистрировалось незрелое глазное дно, у 151 ребенка (49,2%) выявлено ретинопатия недоношенных детей, причем у 109 (28,2%) отмечено легкое течение, РН2 степени – у 21 (5,4%), и тяжелые формы ретинопатии недоношенных выявлены у 21 (10,5%) больных: РН 3 степени – у 16 (3,8%), РН4 степени – у 4 (1,0%), задняя агрессивная форма – у 1 (0,3%) больного.

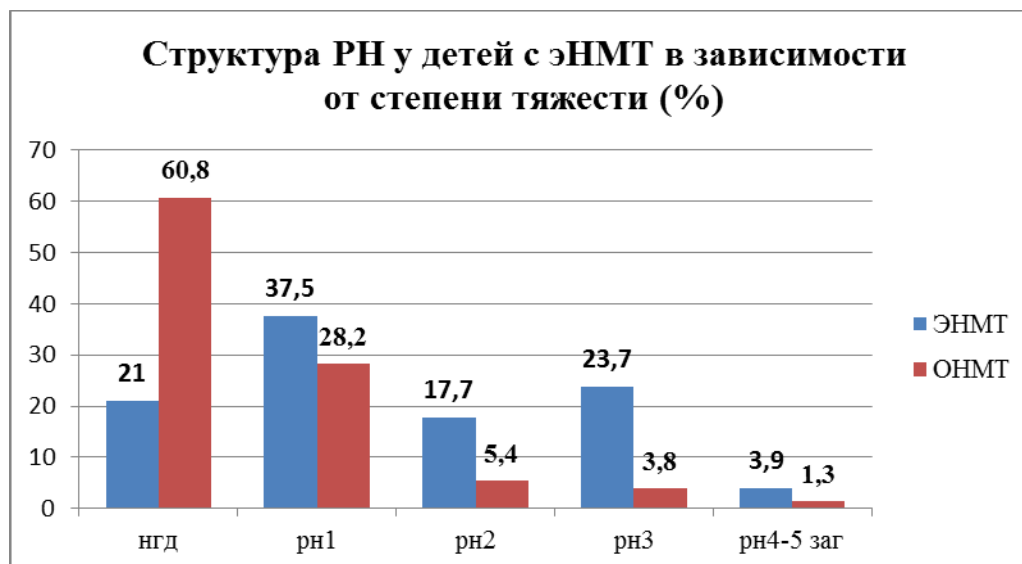


Рисунок 2. Структура РН у детей с ЭНМТ в зависимости от степени тяжести (%)

У экстремально недоношенных детей с массой тела менее 1000 г, напротив, у подавляющего большинства детей – 126 (79,0%), незрелое глазное дно определено только у 32 (21,0%) младенцев. Особенностью течения ретинопатии у этой группы детей было достоверно более высокие показатели РН вне зависимости от степени тяжести по сравнению с группой детей с ОНМТ. Кроме того, в группе детей с ЭНМТ ретинопатия имела более тяжелое течение, достоверно чаще регистрировались дети с РН 2 степени (17,7% против 5,4%), РН 3 степени (23,7% против 3,8%), РН 4 степени (1,3% против 0,3%) и задняя агрессивная форма (2,6% против 1,0%) соответственно.

Оперативное лечение является основным методом лечения тяжелой ретинопатии недоношенных, показанием к проведению лазерной коагуляции сетчатки является отсутствие эффекта от консервативной терапии. В группе недоношенных с ЭНМТ оперативное лечение потребовалось 42 (33,3%) больных, что достоверно больше, чем в группе детей с ОНМТ – 21 (13,9%) случаев.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при исследовании на ретинальной камере глазного дна у детей, рожденных на сроке 22-34 недели с массой тела от 480 до 1499 г у 48,9% детей обнаруживается незрелое глазное дно, у большей половины обследованных – ретинопатия разной степени тяжести.

Выводы. Частота и степень тяжести РН напрямую связана со степенью недоношенности и массой тела при рождении.

У детей с ОНМТ РН регистрируется у 49,2% детей и характеризуется легким течением в подавляющем большинстве случаев, тяжелое течение ретинопатии, с необходимостью оперативного лечения, регистрируется у 13,9% больных.

В группе детей с экстремально низкой массой ретинопатия регистрируется в 79% случаев и имеет более тяжелое течение, более 33,3% больных нуждались в проведении операции лазерной коагуляции сетчатки.

Список литературы.

1. Бобрышев Ю.В., Кислюк Г.И., Пошибайлова А.В. Биологические факторы, формирующие группы риска у новорожденных в периоде ранней неонатальной адаптации/Матер. Науч. Конф. Университетская наука: взгляд в будущее. КГМУ:Курск, 2011.- С. 147-151.
2. Кислюк Г.И., Самбунова М.Н., Медведева М.В., Логачева И.В. Частота и факторы риска ретинопатии недоношенных в Курском регионе/Матер. Межд. науч-практ. конф., посвященной 81-летию КГМУ и 50-летию фармацевтического факультета, КГМУ: Курск, 2016. – С. 88-92.
3. Сидоренко Е.И., Корсунский А.А. [и др.] Алгоритм работы офтальмо-педиатрической службы по профилактике слепоты у недоношенных детей /Российская детская офтальмология, 2015.- № 4.- С 22-24.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Дьячкова А.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент, Кривдина Н.Д.

Актуальность исследования. Функциональные расстройства системы органов пищеварения, т.е. состояния, при которых различными диагностическими методами не удается выявить органические изменения в желудочно-кишечном тракте, но присутствует характерная клиническая симптоматика – одна из наиболее частых причин беспокойства многих родителей.

Частота возникновения различных функциональных нарушений органов пищеварения колеблется. Например, срыгивания возникают ежедневно и достигают частоты 86,9% у детей двухмесячного возраста и составляют около 7,6% в возрасте одного года. Функциональные запоры возникают чаще у детей, которые находятся на искусственном вскармливании и составляют около 20%. Частота кишечных колик, по разным данным, составляет от 20% до 70%. [2,3]

Данная работа является актуальной, так как частота обращений к врачам-педиатрам по причине функциональных нарушений органов пищеварения растет. Следовательно, необходимо углубить и расширить компетентность

будущих специалистов в основах функциональных расстройств системы органов пищеварения.

Целью исследования является изучение особенностей функциональных расстройств системы органов пищеварения у детей.

Материалы и методы: в данной исследовательской работе был проведен анализ историй болезни двадцати детей раннего возраста. Все они проходили обследование и лечение на базе Областной детской клинической больницы с различными функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Для обработки и представления материала была использована описательная статистика. Все данные были обработаны адекватными методами статистического анализа.

Результаты и обсуждение. После проведенного анализа удалось установить, что наиболее часто госпитализируются дети до года (50%, $n=10$), реже дети в возрасте от года до двух лет (35%, $n=6$) и ещё реже дети в возрастном промежутке от двух до трех лет (20%, $n=4$).

Из данных анамнеза можно подчеркнуть, что из десяти ($n=10$) детей в возрасте до года на естественном вскармливании находятся четверо (40%), остальные получают смеси (60%). Введение прикорма сопровождалось симптоматикой кишечной колики у пятерых детей (50%, $n=5$), проходило без особенностей также у пятерых (50%, $n=5$) детей до года. Дети из остальных возрастных групп ($n=10$) получали или естественное (50%, $n=5$), или искусственное вскармливание (50%, $n=5$). Введение прикорма ранее проходило без особенностей.

Кроме того, удалось установить, что чаще от функциональных расстройств страдают мальчики (60%, $n=12$).

Анализ историй болезни позволил установить наиболее распространенные основные жалобы и структурировать их.

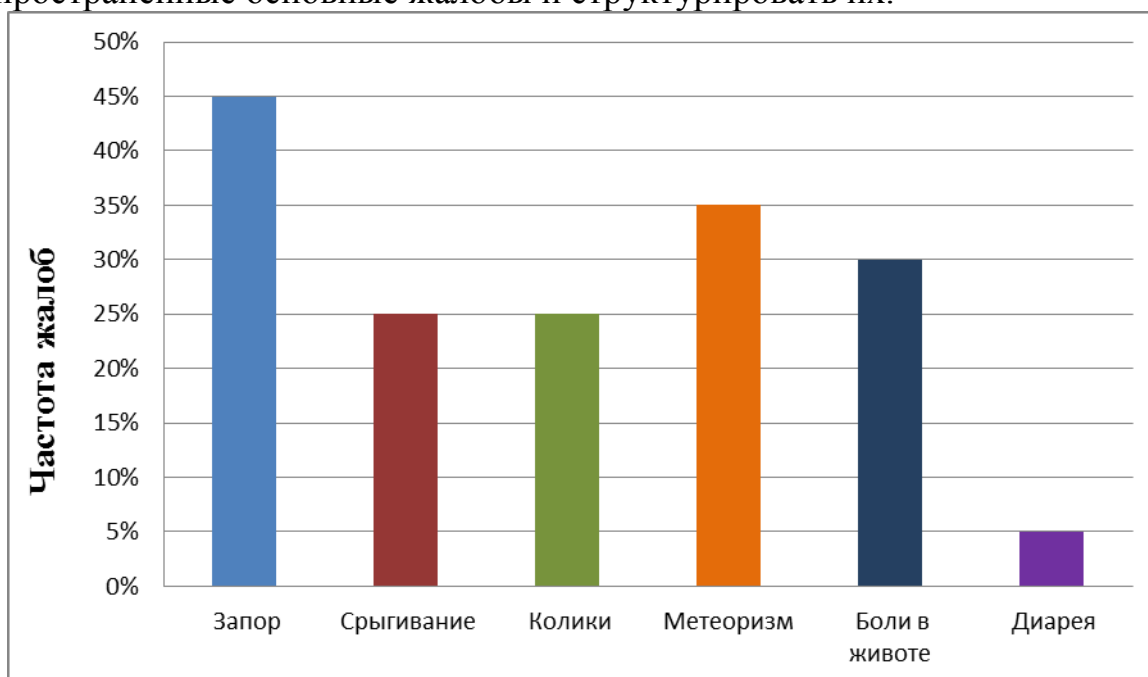


Рисунок 1 Предъявляемые жалобы

Из данных диаграммы можно сделать вывод, что наиболее часто предъявляемые жалобы на трудности в опорожнении кишечника (45%, n=9) и метеоризм (35%, n=7). Далее следуют жалобы на срыгивание (25%, n=5) и колики (20%, n=4). Последними выступают жалобы и боли в животе (10%, n=2) и на диарею (5%, n=1). Весь спектр указанных жалоб характерен для функциональных расстройств органов пищеварения у детей различных возрастов.

При оценке данных лабораторных и инструментальных исследований были получены следующие результаты:

Общий анализ крови у всех детей без патологии, отсутствуют признаки анемии, воспалительного процесса.

Биохимический анализ крови соответствует нормальным показателям.

Копрограмма соответствует нормальным показателям по всем пунктам у 70% (n=14). У 25% (n=5) имелись отклонения в графе консистенция, которые соответствовали второму типу по Бристольской шкале. У одного ребенка (5%) консистенция была кашицеобразная, соответствовала диарее.

Реакция на углеводы отрицательная.

ФГДС и УЗИ позволили исключить органическую патологию со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы.

Среди выставленных диагнозов преобладали следующие: функциональные запоры у 45% (n=9), кишечная колика у 25% (n=5), синдром срыгивания у 25% (n=5), функциональная диарея у 5% (n=1).

Проведенное лечение позволило улучшить течение функциональных расстройств. В основном рекомендации касались диеты кормящих мам, продуктов для прикорма, а также выработке правильного режима кормления детей до года. Отдельное внимание уделялось постуральной терапии для профилактики срыгиваний. Детям с кишечной коликой проводилась терапия симетиконом («Боботик», «Эспумизан Бэби»), а также рекомендовано более частое выкладывание на живот. Детям на искусственном вскармливании были подобраны смеси (Симилак Комфорт, NAN Комфорт). При лечении функциональных запоров использовалась диетотерапия (дробное, частое питание, повышенное содержание пищевых волокон), повышение двигательной активности и медикаментозная терапия (препараты лактулозы). Лечение функциональной диареи основано на диетотерапии (увеличение потребления белка, снижение потребления жиров), достаточный питьевой режим. Абсолютно для всех функциональных расстройств рекомендовано сохранение благоприятного эмоционального фона и у мамы, и у ребенка.

Выводы:

1. Наиболее распространены функциональные расстройства органов пищеварения у детей до года.
2. В структуре заболеваемости мальчики преобладают над девочками.
3. Наиболее распространенные жалобы на трудности в опорожнении кишечника (45%, n=9) и метеоризм (35%, n=7).

4. Ни у одного ребёнка не обнаружено органическое поражение органов желудочно-кишечного тракта.

5. В структуре выставленных клинических диагнозов преобладают функциональные запоры у 45% (n=9).

6. Проведенное лечение оказывало положительное влияние на течение функциональных нарушений органов пищеварения. Основу лечения составляли немедикаментозные методы терапии.

Список литературы.

1. Бельмер С.В., Акопян А.Н., Ардатская М.Д. [и др.] Особенности кишечной моторики и кишечной микрофлоры у детей с синдромом раздраженного кишечника с запором // Вопросы детской диетологии. 2014. Т. 12, № 5. С. 19–27.

2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии. М., 2005.- с. 8-14.

3. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Пособие для врачей. М., 2001. С.16-17.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Жерко Л.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра детских инфекционных болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Галькевич Н.В.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространённостью возбудителя, а также массовой инфицированностью *Toxoplasma gondii* (Т. gondii). По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодная глобальная заболеваемость врожденным токсоплазмозом (ВТ) оценивается на уровне 190100 случаев. Это соответствует 1,2 млн потерянных лет жизни, пересчитанных на инвалидность [4]. Риск инфицирования женщины в период беременности значителен, так как более 70% девушек к началу детородного периода не имеют антител к Т. gondii. Согласно статистике за время беременности инфицируется от 1 до 7-8 на 1000 беременных. Показатель заболеваемости детского населения превышает среднероссийский в 47,5 раза и составляет 15,68 на 100 тысяч детского населения [2]. В Республике Беларусь учет заболеваемости токсоплазмозом не входит в госстатотчетность, хотя пациенты и с острым, и с врожденным токсоплазмозом имеются.

Целью исследования является изучение особенностей патологических изменений органов-мишеней при врожденном токсоплазмозе, обуславливающие летальный исход.

Материалы и методы. Были проанализированы медицинские документы (эпикризы из «Истории родов» (ф. N 096/y), «Истории развития новорожденного» (ф. N 097/y), «История развития ребенка» (ф. N 112/y) и патологоанатомические протоколы) 9 детей, умерших от ВТ, из них 5 мальчиков (55,6%) и 4 (44,4%) девочки. Возраст умерших составил $7,6 \pm 1,4$ месяцев.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica (v 6.0). Результаты оценивали с использованием непараметрических методов. Количественные значения изучаемых признаков представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (LQ; UQ)).

Результаты и обсуждение. При заражении *T. gondii* в первом триместре беременности, когда проницаемость плаценты низкая, передача инфекции плоду наступает у 15% женщин, во втором триместре – у 20%, в третьем – в 50-65% беременностей. Вместе с повышением риска инфицирования, снижается риск рождения ребенка с тяжелыми проявлениями врожденного острого токсоплазмоза в связи с начинающей функционировать развивающейся иммунной системой плода. Наиболее опасно для плода инфицирование в первые 8 недель гестации, в этот период как правило происходит гибель плода и выкидыш. При инфицировании в сроки беременности от 9 до 29 недель наиболее часто наблюдаются преждевременные роды, гидроцефалия плода, поражение мозга, глаз [3].

Наш анализ медицинской документации показал, что инфицирование женщин произошло, вероятно, в ранний неонатальный период – до 28 недель внутриутробного развития в 4 случаях (44,4%), а в поздний неонатальный период (после 28 недель) – в 5 случаях (55,6%).

Один ребенок (11,1%), инфицированный в ранний неонатальный период, родился мертвым, по данным патологоанатомического исследования был диагностирован аутолиз внутренних органов.

Остальные 8 детей с рождения имели признаки внутриутробного инфицирования – имелись изменения со стороны нервной системы, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу. 2 ребенка родились недоношенными, 6 детей – доношенными с задержкой внутриутробного развития. Средняя масса при рождении 8 живорожденных детей составила 2750 (2380; 3300) г. По данным прижизненного клинико-лабораторного наблюдения менингоэнцефалит был диагностирован у 4 детей (50%), гипертензивно-гидроцефалический синдром – у 4 детей (50%), эпилептический синдром развился у 2 детей (25%), спастический тетрапарез – у 3 детей (37,5%).

По литературным данным в пораженных *T. gondii* тканях выявляются очаговые некрозы, диффузная или гранулематозная пролиферация ретикулярных клеток, лимфогистиоцитарные инфильтраты, по периферии некротических очагов обнаруживаются паразиты. При поздней фетопатии в веществе головного мозга появляются очаги некроза и обызвествления. Вследствие поражения сосудов появляются очаги энцефаломалации.

В нашем исследовании по данным нейросонографии, МРТ головного мозга у живорожденных детей были диагностированы кистозно-атрофическая

трансформация вещества головного мозга – в 3 случаях (37,5%), множественные кальцинаты головного мозга – у 1 ребенка (12,5%), лейкомаляция – в 5 случаях (62,5%).

Если заражение произошло в более поздние сроки беременности, ребенок может родиться с текущим менингоэнцефалитом или его последствиями. Наблюдаются нистагм, косоглазие, мышечная гипертония, судороги, задержка психического развития. У детей первых недель и месяцев жизни острые токсоплазменные энцефалиты протекают очень тяжело, в большом проценте случаев наступает летальный исход [1].

В нашем исследовании по данным патологоанатомического вскрытия у 1 ребенка (12,5%) был диагностирован альтернативно-продуктивный менингоэнцефалит, у 7 (87,5%) – продуктивно-некротический менингоэнцефалит.

Очаги некроза с обызвествлением, церебральные кисты, атрофия вещества головного мозга, внутренняя и наружная гидроцефалия были во всех 8 случаях (100%), истончение, атрофия коркового вещества – в 3 случаях (37,5%).

Если заражение произошло незадолго до рождения, то ребенок рождается в стадии генерализации процесса. Генерализованная форма ВТ с острым течением у новорожденных детей протекает в основном по типу сепсиса, также может быть пневмония, иные острые проявления. У больных детей часто возникает пневмония интерстициального типа, встречаются поражения сердца. Часты диспепсические явления, стойкая гепатоспленомегалия. Отмечается мышечная гипо- или гипертония, нарастают явления гидроцефалии: голова увеличивается в размерах, постепенно открываются малый и боковые роднички. Эта клиническая форма заболевания часто заканчивается летальным исходом [4].

У всех 8 детей (100%) имела место продуктивная межуточная, продуктивная интерстициальная, гипостатическая, гнойная, серозно-десквамативная пневмония, у 3 детей (37,5%) отек легких, у 2 детей (25%) – продуктивный гепатит, жировая дистрофия гепатоцитов, у 3 детей (37,5%) – продуктивный нефрит, жировая дистрофия эпителия канальцев почек, у 2 детей (37,5%) развился сепсис в виде септикопиемии, у 2 детей (37,5%) – геморрагический синдром, в 5 наблюдениях (62,5%) – гепатоспленомегалия.

Выводы. Клинические и морфологические проявления врожденного токсоплазмоза определяются сроками гестации, на которых произошло инфицирование. При инфицировании в ранний неонатальный период может формироваться аутолиз внутренних органов с внутриутробной гибелью плода. Характерными формами поражения у живорожденных детей являются менингоэнцефалит с очагами некроза с обызвествлением, церебральными кистами, атрофией вещества головного мозга, внутренней и наружной гидроцефалией, сепсис, пневмония преимущественно интерстициального типа, поражение других внутренних органов.

Список литературы.

1. Алдиярова А.Х., Курванходжаев С.А., Рахметбек А. и др. Токсоплазмоз у детей (обзор литературы) // Молодой ученый. 2015. № 10 (90). С. 384 – 391.
2. Липатов Д.А. О ситуации по токсоплазмозу в Российской Федерации // «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения», 2017.
3. Paquet C, Yudin MH. Toxoplasmosis in Pregnancy: Prevention, Screening, and Treatment [электронный ресурс] // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30103893>. Дата доступа 18.10.2018.
4. Torgerson P.R., Mastroiacovo P. The global burden of congenital toxoplasmosis: a systematic review // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2013. № 91. С. 501–508.

ОЦЕНКА ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Иванова А.А.

**Смоленский государственный медицинский университет
Научный руководитель – д.м.н., профессор Алимова И.Л.**

Актуальность работы. В настоящее время отмечается стремительный рост заболеваемости сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа как среди детей младшего возраста, так и у детей подросткового возраста [1,2]. Для гармоничного развития детям необходимо физиологически полноценное питание, рациональная диетотерапия помогает соблюдать целевые значения HbA1c (<7,5%) [2] и контролировать течение заболевания.

Цель работы заключалась в оценке фактического питания детей с СД 1 типа в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 детей с СД 1 типа в возрасте от 6 до 17 лет ($12,4 \pm 2,7$), с длительностью заболевания 1-16 лет ($6,4 \pm 3,0$), находящихся на базисно-болюсной инсулинотерапии. Все пациенты распределены на 2 группы в зависимости от возраста: 1-я группа – дети от 6 до 12 лет ($n=20$), 2-я группа – дети от 13 до 18 лет ($n=20$). Проведено анкетирование пациентов с оценкой характера питания с помощью программы «Оценка питания, редакция 2.0 (2.0.3.8) 2009-2010» [5]. Оценка антропометрических показателей проводилась с помощью программы AnthroPlus [6]. Статистическая обработка проводилась с помощью онлайн программы [7]. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

Результаты и обсуждения. При сравнительной оценке характера питания было выявлено, что у детей первой группы калорийность рациона составила 2012 ± 435 ккал/сут, что соответствовало $80 \pm 21\%$ от возрастной нормы. У детей второй группы среднесуточная калорийность рациона составила

2836±710 ккал/сут, что составляет 102±24% от возрастной нормы ($p>0,05$) (рисунок 1).

При индивидуальном анализе установлено, что калорийность рациона превысила возрастную норму у 7 (35%) детей 1-й группы и 8 (40%) пациентов 2-й группы.

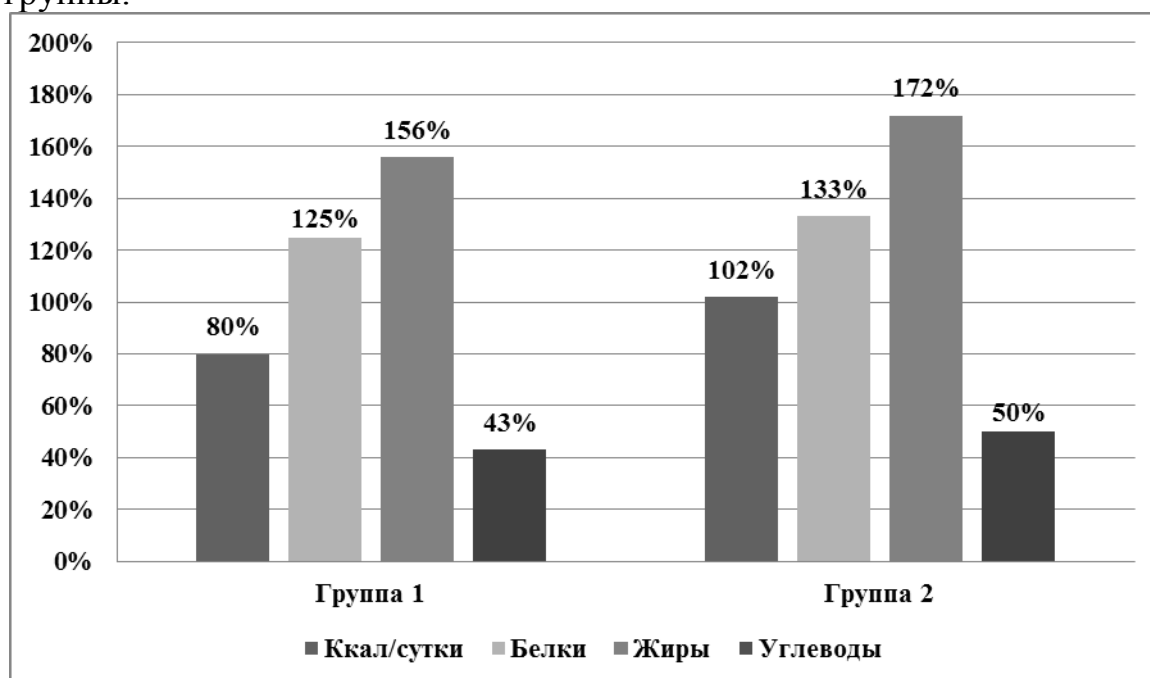


Рисунок1 Суточные потребления КБЖУ в зависимости от физиологической нормы

В сравниваемых группах потребление белка также превышало физиологическую норму и составляло 125±35% в 1-й группе и 133±43,5% во 2-й группе ($p>0,05$) (рисунок 1). При этом в первой группе 12 (60%) человек превышали физиологическую норму потребления белка, во второй группе – 14 (70%) пациентов.

При анализе данных потребления жиров выявлено, что в 1-й группе общее употребление жиров составило 156±48% от общей физиологической нормы, у детей 2-й группы – 172±53% ($p>0,05$) (рисунок 1). При оценке индивидуальных показателей обнаружено, что в 1-й группе у 19 (95%) детей имело место превышение физиологической нормы потребления жиров, во 2-й группе – у 18 (90%).

Несбалансированность рациона питания пациентов 1-й и 2-й групп наблюдалась и в отношении недостаточного потребления углеводов: в 1-й группе – 42,8±12,4% от физиологической нормы, во 2-й группе – 50±13,5% (рисунок1).

Информация, предоставленная самими пациентами, в отношении недостаточного потребления углеводов вызывает сомнение, т.к. средние суточные дозы подкожных постпрандиального инсулина составляют в 1-й группе 5,0±1,3 ЕД, во 2-й группе 8,3±3,3 ЕД, частота подкожных инъекций в 1-й группе составила 1,7±0,5 раз /сутки, во 2-й группе – 2,5±1 раз/сутки ($p<0,05$). Средние значения HbA1c в 1-й группе составили 8,64±0,85%, во 2-й группе 9,2±1,4%.

При этом 6 (33,3%) пациентов 1-й группы и 10 (50%) пациентов 2-й группы имели значения $HbA1c > 9\%$ ($p > 0,05$) [4].

Выводы:

1. Питание детей с СД 1 типа является несбалансированным в виде превышения общей калорийности питания за счет повышенного потребления белков и жиров и недостаточного поступления углеводов.

2. Показатели углеводного обмена свидетельствуют о том, что пациенты предоставляют недостоверную информацию в отношении употребления углеводов.

3. Необходимо обратить внимание на коррекцию рациона питания детей с СД1 типа и обучение пациентов правилам составления рациона.

Список литературы.

1. Алимова И.Л. Достижения и проблемы клинической практики детской диабетологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. № 2 С. 4-10.
2. Алимова И.Л. Перспективы применения в педиатрической практике Федеральных клинических рекомендаций «Диагностика и лечение ожирения у детей и подростков» // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015. № 1. С. 66-71.
3. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. : И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. 8-й выпуск. М. : УП ПРИНТ, 2017. С. 16.
4. Сахарный диабет у детей и подростков: консенсус ISPAD по клинической практике, 2014 – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 656.
5. Оценка питания. Конфигурация для «1С: Предприятия 8.2». <http://www.1cp.ru/solutions/> [Evaluation of nutrition; <http://www.1cp.ru/solutions/> (in Russ)]
6. Программное средство ВОЗ Anthro для персональных компьютеров [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>
7. Медицинская статистика [Электронный ресурс]. URL: <http://medstatistic.ru/calculators/averagestudent.html>

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Изыурова Е.В., Букреева Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Емельянова Т.А.

Актуальность исследования. По данным, приведенным в Федеральных клинических рекомендациях, частота заболевания геморрагическим васкулитом в Российской Федерации составляет 23–25 на 100 тыс. населения. Заболевают чаще мальчики в возрасте 7–12 лет [1].

Геморрагический васкулит относится к классическим иммунокомплексным заболеваниям, представляет собой гиперергическую сосудистую реакцию на различные факторы.

В литературных источниках в качестве триггеров заболевания отмечаются, преимущественно, инфекционные агенты (вирус Эпштейн-Барр, стрептококк группы А, аденовирус, вирусы гепатита, парвовирус В19, Хеликобактер пилори и др.). В ряде случаев развитию болезни предшествуют вакцинация, воздействие пищевых и лекарственных аллергенов, укусы насекомых, травмы, охлаждение, в том числе не исключена роль наследственных факторов [1, 2].

Несмотря на значительное продвижение в понимании этиологии геморрагического васкулита за последние годы, конкретные этиологические факторы остаются невыясненными, а гендерный и возрастной состав заболевших в разных странах варьирует. В США заболеваемость составляет 14-15 случаев на 100 тыс. населения, в Великобритании – 20 на 100 тыс. населения. В странах Африки заболевание почти не встречается [2].

Поэтому целью нашего исследования явилось выявление возрастной группы детей, в которой чаще манифестирует геморрагический васкулит, гендерной частоты заболевания, определить вероятные причины его возникновения и преобладающие клинические формы, характерные для детей Курской области.

Материалы и методы. В связи с поставленной целью, методом случайной выборки был проведён анализ 42 историй болезни детей, проходивших лечение в отделении гематологии ОДКБ в период с 01.01.2016 по 31.12.2018 года. Выявлено, что преобладали девочки – 25 (60%), средний возраст на момент начала заболевания составил 7,1 лет.

Результаты и обсуждение. По данным изученных нами историй болезни детей, из анамнеза были выделены следующие предполагаемые причины заболевания: инфекционные и вирусные агенты, предшествующая аллергологическая патология, отягощенная наследственность.

Из 42 детей связь появления геморрагического васкулита с недавно перенесенными вирусными или инфекционными заболеваниями была выявлена у 33, что составляет 80%. Отягощенная наследственность по геморрагическому васкулиту отмечена у 2 детей (5%). Предшествующая аллергологическая

патология в анамнезе встречалась у 13 детей (31%). У 7 детей (15%) причинно-следственная связь не установлена.

Изолированную кожную форму заболевания перенесли 13 детей, что составило 31%. Суставной синдром был отмечен у 29 детей (69%), абдоминальный у 8 (19%), почечный у 5 (12%). При этом у 34 детей заболевание протекало остро (81%), у 8 детей отмечалось рецидивирующее течение (19%).

Средняя степень тяжести наблюдалась у 40 детей (95%), тяжелая у 2 (5%).

Выводы. Исходя из приведенных выше данных, можно сделать вывод, что в Курской области в период с 01.01.2016 по 31.12.2018 год чаще геморрагическим васкулитом заболевали девочки. Средний возраст начала заболевания – 7,1 лет. В структуре причин ведущее место занимали предшествующие инфекционно-вирусные заболевания. Изолированную кожную форму заболевания имела треть заболевших. В структуре смешанной формы заболевания преобладал суставной синдром. В большинстве случаев заболевание характеризовалось средней степенью тяжести, протекало остро. Сопутствующая аллергологическая патология присутствовала в анамнезе у 31% детей.

Список литературы.

1. Баранов А.А. и др. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с с болезнью Шенлейна-Геноха. [Электронный ресурс] – 2015. – С. 1-15. (дата обращения: 03.03.2019).
2. Scheinfeld N.S., Jones E.L., Silverberg N. Henoch–Schonlein purpura. – 2013.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Карпов С.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент, Бец О.Г.

Актуальность исследования состоит в том что, по данным ВОЗ, наследственные заболевания и врожденные пороки развития ежегодно регистрируются у 10-20 миллионов новорожденных, и являются причиной смерти 303 тысяч детей в возрасте до 4-х недель жизни [5].

Особого внимания заслуживают врожденные пороки развития нервной системы, поскольку нервная трубка формируется в начале эмбрионального периода развития [4], когда зародыш наиболее чувствителен к действию тератогенных факторов. Поэтому аномалии развития нервной системы нередко

являются причиной мертворождения или смерти в постнатальном периоде [2,4], а также определяющим фактором инвалидизации, биологической и социальной дезадаптации ребенка.

Целью исследования является изучение и анализ факторов формирования врожденных пороков развития нервной системы, а также исследование особенностей внутриутробного и раннего постнатального периода у детей с данной патологией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни новорожденных, родившихся в ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска и находившихся в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей с врожденными аномалиями развития нервной системы в период за 2014-2018 годы. На каждого ребенка заполняли разработанную анкету, которая включала следующие сведения: возраст, репродуктивный анамнез матери, течение и исход настоящей беременности, предшествующие и сопутствующие экстрагенитальные заболевания, оценка новорожденного, перинатальная патология.

Результаты и обсуждения. Результаты исследований показали, что в период с 2014 по 2018 годы большинство женщин родивших детей с врожденными пороками развития нервной системы, составляли повторнорожавшие (в анамнезе двое и более родов), женщины активного репродуктивного возраста – от 26 до 30 лет (39%), проживавшие в сельской местности (77%), и являлись социально-экономически неблагополучными [3] (73%). Большая часть женщин страдали экстрагенитальными заболеваниями (23%), в том числе инфекционными (54%). Наиболее частыми инфекционными заболеваниями, вызывающие врожденные аномалии развития нервной системы, являлись TORCH-инфекции: токсоплазмоз (19,2%), сифилис (11,5%), гепатит С (7,7%). Среди новорожденных с врожденными пороками нервной системы, в более чем половине процентов случаев (54%) исследуемые дети были женского пола, являлись доношенными (57,7%), с оценкой по шкале Апгар на первой минуте в среднем 5 баллов $\pm$ 1,9, на пятой минуте 7 баллов $\pm$ 1,62. Большинство новорожденных родились с такими пороками, как агнезия мозолистого тела (27%) и Spina bifida (23%).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что врожденные пороки развития нервной системы являются полиэтиологическим заболеванием [1], и появление того или иного дефекта развития зависит от природы воздействующего тератогенного агента.

Список литературы.

1. Волков А.Е. Перинатальная диагностика редких пороков центральной нервной системы // Перинатальная диагностика. 2005. Т.4, № 3. С. 179-185.
2. Демикова Н.С. Описательная эпидемиология врожденных пороков развития центральной нервной системы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009. № 2. С. 66-71.

3. Иванов Д.О. Руководство по перинатологии // СПб: Информ-Навигатор. 2015. 198 с.
4. Кашина Е.В. Клинико-морфологические особенности врожденных пороков центральной нервной системы в раннем онтогенезе (краткое сообщение) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Т. 53, № 5. С. 13-14.
5. Цейцель Э. Первичная профилактика врожденных дефектов: поливитамины или фолиевая кислота: научное издание // Гинекология. 2012. Т. 14, № 5. С. 38-46.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Коровина Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Миненкова Т.А.

Актуальность исследования. Проблема появления на свет ребёнка с врожденным пороком сердца и магистральных сосудов остаётся актуальной и по сей день. Изучением данного вопроса занимаются специалисты различного профиля – генетики, эмбриологи, неонатологи, педиатры, а затем и врачи «взрослых» специальностей. По данным многолетней статистики, во всем мире около 5,2% детей рождается с врожденными заболеваниями. Среди всех ВПР более половины (около 56%) составляют ВПС. [1,2]

Целью исследования является изучение частоты и структуры врожденных пороков сердца у детей в Курской области.

Материалы и методы исследования: на базе ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» проведено клинико-anamnestическое исследование 35 историй болезни детей с врожденными пороками развития сердца и крупных сосудов за период с 2013 по 2018 год.

Результаты исследования. В зависимости от места жительства матерей наибольшее количество детей с ВПС родилось в таких городах как: Курск и близлежащие посёлки и сёла (47,2%), Щигры (16,3%), Курчатов (8,1%), Железногорск (7,9%), Рыльск (6,2%), Фатеж (6,2%). Причём более половины женщин являются селянками (54,3%). Данные представлены на рисунке 1.

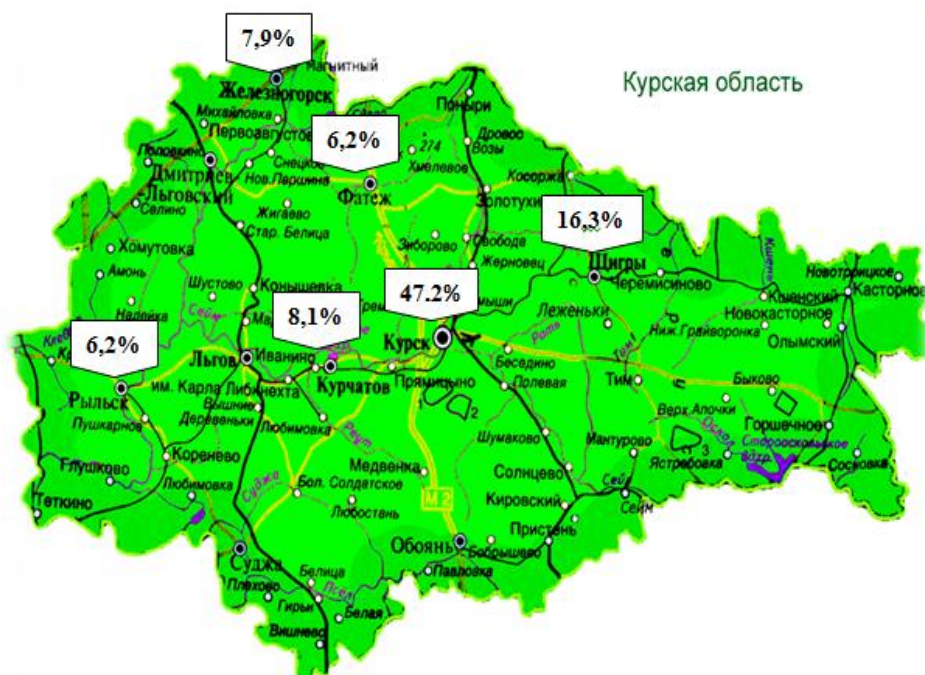


Рисунок 1. Распределение детей с ВПС в зависимости от места жительства матерей

Лидирующую позицию занимает город Курск с близлежащими посёлками и сёлами, так как 47,2% детей с ВПС родилось и проживает на данной территории.

Среди обследуемых детей наиболее часто встречаются следующие ВПС (таблица 1):

Таблица 1. Структура и частота ВПС за период с 2013 по 2018 года

Вид порока	Частота встречаемости	
	Кол-во детей с пороком	Процентное соотношение
Дефект межжелудочковой перегородки	8	22,8%
Дефект межпредсердной перегородки	6	17,1%
Открытый артериальный проток	8	22,8%
Коарктация аорты	3	8,5%
Тетрада Фалло	2	5,7%
Стеноз лёгочной артерии	4	11,4%
Транспозиция магистральных сосудов	1	2,8%
Стеноз устья аорты	1	2,8%
Открытый атриовентрикулярный канал	1	2,8%
Общий артериальный ствол	1	2,8%

Среди обследуемых детей наиболее часто встречаются такие врожденные пороки сердца как: дефект межжелудочковой перегородки и открытый артериальный проток (22,8%), а так же дефект межпредсердной перегородки

(17,1%), стеноз лёгочной артерии (11,4%), коарктация аорты (8,6%), тетрада Фалло (5,7%).

Список литературы.

1. Баранов А.А. Педиатрия. Национальное руководство/под ред. А.А.Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С 639-653.
2. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник для вузов. 6-е издание. Т.2. СПб.: Питер, 2009. С 12-47.

ЭТИОЛОГИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Король К.А., Овчинникова Ю.И., Локтионова А.А., Баженова З.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность исследования состоит в том, что гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) у новорожденных остаются значимой проблемой неонатологии [1,2]. Из 126 млн новорожденных в 1995 г – 5 млн умерли в неонатальном периоде от ГВЗ (В.Ј. Stoll, 1997) [4]. Среди причин летальности при тяжелых инфекциях, наряду с транзиторным иммунодефицитом, рассматривается изменение спектра возбудителей ГВЗ у новорожденных, обусловленное ятрогенным вмешательством, эффективным внедрением современных программ выхаживания экстремально недоношенных детей и биологической эволюцией микрофлоры [1,2,3]. Изучение характера и спектра возбудителей ГВЗ у новорожденных детей позволяет разрабатывать научно обоснованные, эффективные программы антибактериального лечения [3,4].

Целью исследования является изучение флоры и чувствительности микробов к антибиотикам, в анализах бактериологического исследования различных сред (крови, слизистых оболочек зева, из интубационной трубки, с кожи ушной раковины, с пуповинного остатка) у больных новорожденных детей с различными гнойно-воспалительными заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-лабораторных данных из историй болезни и результатов бактериологических исследований у 156 недоношенных новорожденных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г.

Результаты и обсуждения: все новорожденные с рождения находились в группе риска реализации внутриутробной инфекции; у 140 из них в неонатальном периоде были зарегистрированы различные ГВЗ (табл. 1)

Таблица 1. Структура гнойно-воспалительной заболеваемости у недоношенных новорожденных детей (абс/%)

Нозология	К-во детей (абс)	К-во детей (%)
Пневмония	98	62,8%
НЭК/ из них с перитонитом	39/7	25%/4,4%

ИМВП	21	13,5%
Сепсис	5	3,8%
ВПГ	2	1,02%
Проф.лечение вр. сифилиса	4	2,04%
Проф.лечение ВИЧ-контакт	2	1,02%

Нами выявлено, что самым распространенным гнойно-воспалительным заболеванием в периоде новорожденности является пневмония (98 детей), на 2 месте – у 39 детей некротический энтероколит (НЭК), на 3 месте инфекция мочевых путей (ИМВП) – 21 случай, сепсис и генерализованное течение герпес-вирусной (ВПГ) инфекции зарегистрированы в 5 и 2 случаях соответственно. Кроме того, 6 детей из обследованной группы получали профилактические курсы лечения врожденного сифилиса и ВИЧ-контакта.

При анализе результатов бактериологического исследования определено, что у 41 больного (26,3%) были отрицательные результаты посевов; у 115 (73,7%) детей – положительные (рис 1).

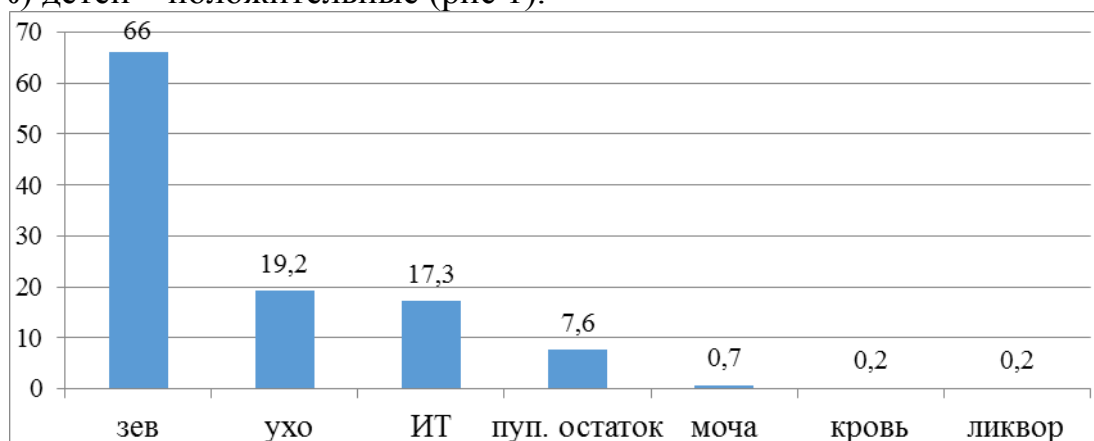


Рисунок 1. Частота положительных результатов бак.исследования различных биологических сред (%)

Как видно из рисунка 1, среди всех исследуемых сред, чаще положительные результаты посевов регистрировались со слизистой зева, реже – с кожи уха и интубационной трубки, еще реже – с пуповинного остатка; положительные бакпосевы мочи получены в 3 анализах у ребенка с инфекцией мочевой системы (ИМВП), анализы ликвора и крови – по 1 у больных с сепсисом.

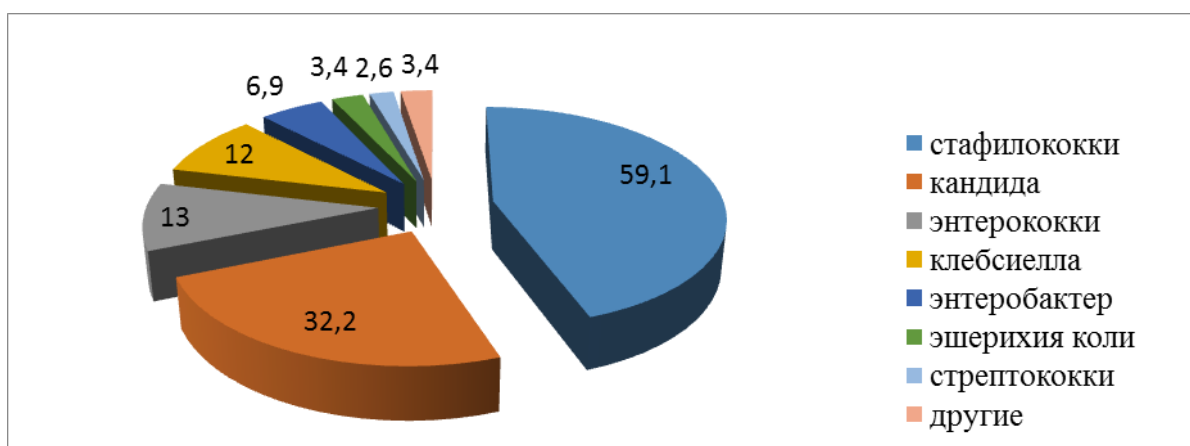


Рисунок 2. Этиология ГВЗ у новорожденных детей (%)

В развитии инфекционной патологии у новорожденных детей ведущую роль имеют *Staphylococcus spp* – 68 (59,1%) и грибы рода кандида – 37 (32,2%), энтерококки – 15 (13,0%), клебсиеллы – 14 (8,9%), энтеробактерии – 8 (5,1%), кишечная палочка – 4 (2,6%), *Streptococcus spp* – 3 (1,9%). В единичных случаях высевались синегнойная палочка, микрококки, цитробактерии и прочие.

Следует отметить, что среди стафилококков, у новорожденных детей чаще регистрируется эпидермальный (23,4%), гемолитический (13,9%), золотистый (13,0%) стафилококки (таблица 2)

Таблица 2. Виды стафилококков у недоношенных новорожденных детей с ГВЗ

Стафилококки	Кол-во (абс)	Кол-во (%)
<i>S. epidermidis</i>	27	23,4%
<i>S. haemolyticus</i>	16	13,9%
<i>S. aureus</i>	15	13,0%
<i>S. capitis</i>	4	3,5%
<i>S. saprophyticus</i>	3	1,9%
<i>S. lentus</i>	1	0,8%
<i>S. gallinarum</i>	1	0,8%
<i>S. hominis</i>	1	0,8%

Среди грибов рода *Candida* в исследуемой группе детей чаще регистрировались резистентная к флуконазолу форма – *C. cruzei* – в 18 (11,5%) случаях, *C. albicans* – у 13 (3,8%) и *C. clabrata* 6 (3,8%). Возможно, это связано с широким использованием флуконазола для профилактики инвазивного кандидоза у глубоконедоношенных детей.

Моногенные инфекции имели место в 94,9%, микст-инфекции – в 5,1% случаев (сочетание стафилококков с грибами, микрококками и энтерококками; кишечной палочки с клебсиелой)

Выводы:

В структуре гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей лидирует пневмония – 62,8%, на 2 месте – некротический энтероколит – 25%, на 3 инфекция мочевой системы – 13,5%, сепсис и генерализованная герпес-

вирусная инфекция встречаются значительно реже – 3,8% и 1,02% соответственно.

Положительные результаты бак. посевов чаще регистрируются из следующих локусов: слизистая зева, кожа ушного прохода, из интубационной трубки.

Лидирующими инфекционными агентами у новорожденных детей с ГВЗ являются стафилококки, грибы рода *Candida*, энтерококки и клебсиеллы.

Список литературы.

1. Кислюк Г.И. Обоснование этиотропной терапии инфекции мочевых путей у новорожденных детей /Матер. XXV росс. нац. конгресс «Человек и лекарство» Москва, 2018. – С. 47.
2. Кислюк Г.И. Этиология ВАП-пневмонии у экстремально недоношенных детей /Матер XX конгр. педиатров России « Актуальные проблемы педиатрии» (16-18.02.18).- С. 133.
3. Пошибайлова А.В., Воротынцев Г.В., Кислюк Г.И. Прогнозирование бронхолегочной дисплазии в зависимости от инфекционных возбудителей. Известия Юго-Западного государственного университета. 2017. Т. 7.№ 2 (23). С. 109-114.
4. Самыгина Г.А., Герасимова Н.В. Першина Г.Д. Этиология гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Клиническая медицина, 2012. № 1. С.10-14.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЬ И ГОРОДЕ ЧАУСЫ

Коцуба А.С., Удодова В.Г.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зарянкина А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что вопрос здоровья детей представляет особое значение для общества и имеет не только медико-социальные, но и экономическое значение. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье ребенка, является вскармливание, которое играет исключительно важную роль в сохранении здоровья ребенка не только в детском возрасте, но и в последующие годы [1].

Целью исследования является сравнительный анализ развития детей первого года жизни, проживающих в городе Гомель (Гомельская область) и городе Чаусы (Могилевская область).

Материалы и методы: для проведения исследования была создана анкета, состоящая из 16 вопросов. Анкета была предоставлена матерям, дети которых находились на стационарном лечении в У «ГОДКБ» города Гомеля

(Гомельская область) и ЦРБ города Чаусы (Могилевская область). В опросе участвовали 110 человек: г. Гомель – 60 женщин, г. Чаусы – 50 женщин. Физическое развитие детей оценивалось с помощью центильных таблиц [2].

Результаты и обсуждения. Вскармливание. Был произведен анализ результатов продолжительности грудного вскармливания детей Гомельской и Могилевской областей, в котором дети были распределены на следующие группы: искусственное вскармливание (ИВ) с рождения, естественное вскармливание (ЕВ) до 1 месяца, естественное вскармливание (ЕВ) до 6 месяца, естественное вскармливание (ЕВ) с 6 месяцев до 1 года, естественное вскармливание (ЕВ) более 1 года. Результаты проведенного исследования показаны в таблице 1.

Таблица 1. Продолжительность грудного вскармливания

Показатели	Гомельская обл.	Могилевская обл
ИВ с рождения	5 (8%)	5 (10%)
ЕВ до 1 месяца	5 (8%)	4 (8%)
ЕВ до 6 месяцев	28 (47%)	26 (52%)
ЕВ с 6 мес. до 1 года	12 (20%)	13 (26%)
ЕВ более 1 года	10 (17%)	2 (4%)

Физическое развитие детей в возрасте 1 года. Проведен анализ данных физического развития детей в возрасте 1 года Гомельской и Могилевской областей, в котором преобладают дети с средним гармоничным (Ср. гарм) физическим развитием, средним дисгармоничным развитием с избыточной массой тела 1 ст. (Ср. дисгарм. с ИМТ 1) у девочек Могилевской области, средним дисгармоничным развитием с избыточной массой тела 2 ст. (Ср. дисгарм. с ИМТ 2) у мальчиков Гомельской области, выше среднего дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела 1 (Выше ср. дисгарм. с ДМТ 1) у мальчиков Гомельской области. Результаты проведенного исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2. Физическое развитие детей в возрасте 1 года

Показатели	Гомельская область		Могилёвская область	
	мальчик	девочка	мальчик	девочка
Ср. гарм.	14 (37,6%)	8 (34,8%)	9 (39,1%)	12 (44,4%)
Выше ср. гарм.	3 (8,1%)	4 (17,5%)	2 (8,7%)	3 (11,1%)
Ниже ср. гарм.	1 (2,7%)	–	2 (8,7%)	1 (3,7%)
Ср. дисгарм. (ИМТ 1)	3 (8,1%)	3 (13%)	2 (8,7%)	5 (18,6%)
Ср. резко дисгарм. (ИМТ 2)	2 (5,3%)	1 (4,3%)	–	1 (3,7%)
Ср. дисгарм.	5 (13,4%)	1 (4,3%)	4 (17,5%)	1 (3,7%)

(ДМТ 1)				
Ср. резко дисгарм. (ДМТ 2)	–	2 (8,8%)	1 (4,3%)	1 (3,7%)
Выше гарм.	4 (10,7%)	3 (13%)	2 (8,7%)	2 (7,4%)
Выше ср. дисгарм. с ДМТ 1	5 (14,1%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	1 (3,7%)

Выводы. Достоверных отличий во вскармливании детей Гомельской и Могилёвской областей на первом году жизни нет. Большинство детей сравниваемых областей имеют в возрасте 1 года среднее гармоничное физическое развитие. Среднее дисгармоничное развитие с ИМТ 1 ст. чаще встречается у девочек города Чаусы, а 2 ст. – у мальчиков города Гомель. Выше среднего дисгармоничное развитие с ДМТ 1 ст. преобладает у мальчиков города Гомеля.

Список литературы.

1. Козловский А.А. Питание детей первого года жизни: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Минск: Дивимедиа, 2013. 23с.
2. Козловский А.А. Оценка физического и психомоторного развития детей и подростков: Методические рекомендации. Гомель, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005. 8 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кочугова Е.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Забайрачная Д.С.

Актуальность исследования: широкое распространение острой пневмонии представляет большую опасность для детей. Пневмония является одной из наиболее важных причин детской смертности во всем мире. Согласно официальной статистике, респираторные заболевания у детей в России по структуре заболеваемости детского населения занимают первое место [3]. Возбудителями пневмонии могут быть как типичные бактериальные возбудители (стрептококки и стафилококки), так и атипичные микроорганизмы (микопlasма, хламидофила пневмонии и респираторные вирусы) [1, 4]. Причиной развития заболевания у детей в большинстве случаев являются смешанные инфекции. Ведущую роль в развитии воспалительного процесса при пневмонии играет не только степень вирулентности микроорганизма,

но и состояние защитных функций ребенка. Пневмония делится на внебольничную и внутрибольничную. Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную в первые 48 часов с момента госпитализации. Внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей и "свежими" очагово-инфильтративными изменениями в легких. Внебольничная пневмония остается важнейшей медицинской проблемой ввиду своей распространенности и высокой летальности. Согласно мировой статистике, каждую минуту от этого заболевания погибает четыре ребенка. По данным Росстата, в 2017 году от пневмонии ушли из жизни 526 детей и подростков и больше 26 тыс. взрослых. А количество россиян, которые переболели пневмонией в 2017 году, превысило 671 тыс.

Целью исследования являлся анализ заболеваемости и клинических характеристик пневмоний у детей Курской области.

Материалы и методы: для оценки заболеваемости и клинической картины были изучены истории болезни детей на базе Областной клинической инфекционной больницы им. Н.А. Семашко. Для анализа было взято 40 историй болезни детей от 9 месяцев до 7 лет за 2018 год.

Среди заболевших было выявлено 24 мальчика (60%) и 16 девочек (40%). Из них 32 человека (80%) проживают в городе, и лишь 8 (20%) в сельской местности. Результаты представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Распределение детей по полу

Пол	Абс.	%
Мужской	24	60
Женский	16	40

Таблица 2. Распределение детей по месту жительства

Место жительства	Абс.	%
Город	32	80
Сельская местность	8	20

При дальнейшем изучении материалов у 100% больных детей были выявлены жалобы на кашель, также присутствовали жалобы на насморк, заложенность носа, боли в горле, ушах, гнойное отделяемое из глаз (таблица 3).

Таблица 3. Жалобы, предъявляемые больными детьми или их родителями

Жалобы	Абс.	%
Кашель	40	100
Насморк	18	45
Заложенность носа	10	25
Боли в горле	3	7,5
Боли в ушах	1	2,5
Гнойное отделяемое из глаз	2	5

У всех детей заболевание началось остро с подъема температуры, но по степени повышения температуры встречалась как субфебрильная, так и фебрильная лихорадка. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4. Степень повышения температуры у детей

Лихорадка	Абс.	%
Субфебрильная	10	25
Фебрильная умеренная	25	62,5
Фебрильная высокая	5	12,5

По распространенности процесса были выявлены очаговая, сегментарная, долевая, односторонняя (правая и левая) и двусторонняя пневмонии (таблица 5).

Таблица 5. Распространенность процесса в легких

Распространенность	Абс.	%
Очаговая	6	15
Сегментарная	20	50
Нижнедолевая	6	15
Среднедолевая	3	7,5
Верхнедолевая	5	12,5
Правосторонняя	13	32,5
Левосторонняя	13	32,5
Двусторонняя	14	35

Выводы. В результате исследования было получено, что мальчики болеют чаще девочек, а жители города более подвержены пневмонии, чем дети, проживающие в сельской местности. Среди жалоб кашель встречается в 100% случаев. Также дети часто предъявляют жалобы на насморк и заложенность носа. Лихорадка при пневмонии наблюдается у всех детей, но чаще это умеренный фебрилитет, а также может быть и субфебрилитет, и высокий фебрилитет. По распространенности процесса с одинаковой частотой встречается и правосторонняя, и левосторонняя пневмония, двусторонний процесс также нередок. Воспалительный процесс может локализоваться как в одной из долей легкого, так и очагово или сегментарно.

Список литературы.

1. Вишнякова Л.А., Никитина М.А., Петрова С.И. и др. Роль *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumonia* и *Chlamydia pneumonia* при внебольничной пневмонии у детей // Пульмонология. 2008. № 3. С. 43-47.
2. Ержанова Г.Е. Пневмонии у детей // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2014. № 4.
3. Ковтун Т.А., Тутельян А.В., Шабалина С.В. Современные представления об эпидемиологии и этиологии острых респираторных

заболеваний у детей // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010. № 5. С. 41-44.

4. Пульмонология. Современный справочник для педиатров. 2004. С. 24-67.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кубкина Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Бец О.Г.

Актуальность исследования состоит в возможности создания предпосылок для предупреждения заболеваний мочевыводящей системы у новорожденных, посредством своевременного прогнозирования патологии и обеспечения условий для полноценной дифференциации и созревания нефрогенной ткани, что обусловлено эволюционным резервом развития морфологических структур.

Целью исследования является оценка структуры заболеваний мочевыделительной системы у новорожденных, а также выявить и проанализировать ассоциированные с ними факторы риска.

Материалы и методы: проведена комплексная оценка 30 медицинских карт новорожденных, находившихся в отделении патологии новорожденных ОБУЗ ОПЦ г. Курска за период с 2015 по 2018 годы Параллельно с изучением медицинских карт новорожденных, анализировались материнские истории родов.

Результаты и обсуждения: среди патологии детского возраста одно из ведущих значений занимают заболевания мочевыделительной системы, распространенность которых варьирует от 20 до 40 на 1000 детского населения. [2,3.]. Ежегодно в России около 1000 детей до 18 лет признается инвалидами вследствие заболеваний мочеполовой системы [1,4.]. Воздействие повреждающих факторов в критические периоды внутриутробного развития приводит к метаболическим и физиологическим изменениям, следствием которых являются малообратимые дефекты функционирования мочевыделительной системы, сохраняющиеся на протяжении всей жизни ребенка [5]. Высокая восприимчивость к последующим повреждениям и низкий функциональный резерв нефрогенной ткани обусловлены дефицитом нефронов при рождении, который формируется под действием «тригодыера» с самого начала зачатия.

Проведенное исследование показало, что на возникновение заболеваний мочевыделительной системы оказывает непосредственное воздействие здоровье матери. Наиболее часто дети с заболеваниями почек и мочевыводящих путей рождаются у женщин, возрастной период которых

составляет 30-34 года (33,3%), повторнородящих – 76,7%, при этом количество беременностей коррелирует со степенью риска возникновения заболеваний мочевыделительной системы. Среди осложнений течения беременности, в большей степени, рождению ребенка с поражением почек способствует хроническая фетоплацентарная недостаточность – 23%; преэклампсия – 20%; внутриутробная инфекция – 16,6%. Стоит отметить среди хронических заболеваний женщин – хроническую сердечную недостаточность – 20%. Рождение недоношенных детей, новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии при рождении являются важными факторами, способствующими возникновению заболеваний почек и мочевыводящих путей, а также влияющие на уже имеющиеся дефекты развития мочевыделительной системы.

В структуре заболеваний почек и мочевыводящих путей у новорожденных 58,8% составляет пиелозктазия, формирующая отдаленные последствия нарушения работы мочевыделительной системы у детей. Врожденные пороки мочевыделительной системы составляют 17,6% – в 27,7% случаев они сопряжены с кардиоренальным синдромом, что позволяет предположить наличие общего механизма нарушения эмбриогенеза.

Выводы. Каждый из периодов внутриутробного развития ассоциирован с факторами риска повреждения мочевыделительной системы, реализация которых зависит от многих факторов, а особенно от состояния здоровья матери. Воздействию ишемически-гипоксических повреждений отводится основная роль в формировании патологии мочевыделительной системы, что обусловлено нарушением гистогенеза почек.

Таким образом, при своевременном прогнозировании патологии, раннем выявлении и минимизации факторов риска, определении тактики профилактических и лечебных мероприятий можно уменьшить или смягчить степень реализации повреждающих факторов в формировании патологии мочевыделительной системы у новорожденных.

Список литературы.

1. Игнатова, М.С. Дизэмбриогенез органов мочевой системы и нефропатии / М.С. Игнатова // Клиническая нефрология. 2011. № 4. С.10-15.
2. Кутырло, И.Э. САКУТ – синдром у детей [Текст] / И.Э. Кутырло, Н.Д. Савенкова // Нефрология. – 2017 – № 3 – С. 18-24.
3. Лучанинова В.Н., Погодаева Т.В., Ни А. Анализ структуры и факторы риска развития патологии почек у плодов.// Уральский мед журнал. 2011.№ 7. С. 97-102.
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Руководство для врачей.СПб.: С-Пб: «Левша: Санкт-Петербург» 2008. 420с.
5. Чугунова О.А., Макулова А.И., Лифшиц В.И. Диагностика и лечение почечной недостаточности у новорожденных и детей первых месяцев жизни // Педиатрия 2007. № 6. С.40-45.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ломако А.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Матвиенко Е.В.

В последние годы наблюдается существенный рост распространенности остеоартроза (ОА) среди населения, в том числе довольно частое развитие данной патологии в молодом и подростковом возрасте [1,3]. Особое значение в процессах формирования ОА имеют нарушения конгруэнтности суставных поверхностей костей [2,4]. Одной из причин этого может быть повышенная подвижность сустава, его "разболтанность", и как следствие, изменение нормальной биомеханики сустава, что характерно для гипермобильности суставов (ГМС) [5]. ГМС является одним из проявлений дисплазии соединительной ткани, характеризуется определенными особенностями в метаболизме соединительнотканых структур и иммунологического гомеостаза [5].

Дальнейшее изучение вопроса относительно увеличения в последнее время в подростковом возрасте как частоты ОА, так и ГМС возможно позволит объяснить более частое развитие на данном этапе дегенеративных поражений суставов в молодом возрасте.

Целью исследования является уточнение изменений в иммунологическом гомеостазе при остеоартрозе у подростков.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 93 подростка 11-17 лет, больных ОА на фоне ГМС. Превалировали лица женского пола (82,3%). Для постановки диагноза руководствовались современной Международной классификацией ревматических заболеваний. У всех больных изучена клиническая симптоматика с детальным обследованием опорно-двигательного аппарата, которое включало осмотр, пальпацию суставов, оценку их функциональной способности, определения степени воспалительного процесса. Иммунологические исследования включали изучение показателей клеточного, гуморального, моноцитарно-фагоцитарной звеньев иммунитета, содержания цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α).

Статистическая обработка полученных результатов выполнена на персональном компьютере IBM PC. Использованы пакеты программ Microsoft Office, Statgraphics Plus 3.0. Для определения достоверности различий показателей использовались параметрические и непараметрические критерии Стьюдента, Фишера, Вилконсона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения. Исследование состояния иммунологического гомеостаза у детей и подростков, больных ОА на фоне ГМС позволило определить в Т-звене иммунитета снижение количества Т-общих лимфоцитов ($p<0,001$), в основном за счет Т-хелперов ($p<0,001$), что свидетельствует о наличии аутоиммунным компонента в механизмах формирования

патологического состояния. Об определенном вкладе как воспалительных, так и аутоиммунных механизмов в развитие патологического процесса в исследуемых свидетельствовало то, что у трети больных иммунорегуляторный индекс (CD4+/ CD8+) был снижен, а во второй трети – повышен.

Изменения в В-звене иммунитета характеризовались повышением уровня IgA ($p<0,01$), ЦИК ($p<0,05$). Колебания значений показателей моноцитарно-фагоцитарного звена иммунитета указывало на ее депрессию, что проявилось снижением фагоцитарного числа в 27,5% больных. В то время в 41,9% эти показатели были повышенными, а в 26,6% – нормальными. Повышение метаболической активности фагоцитов по данным НСТ-теста спонтанного и индуцированного отмечалось у 56% и 82% обследованных соответственно. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой активности этого звена иммунитета, что подтверждают и показатели соотношения НСТ индуцированного/НСТ спонтанному, которые были повышенными у 37,6% лиц.

В ходе проведенной работы выявлено гиперпродукцию провоспалительных цитокинов – IL-1 β ($p<0,01$), IL-6 ($p<0,001$), ФНП- α ($p<0,01$).

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования определена гиперпродукция провоспалительных цитокинов (IL-1, -6, ФНП- α), активация В-звена иммунитета на фоне депрессии Т-звена (преимущественно за счет Т-хелперов) и моноцитарно-фагоцитарной системы.

Список литературы.

1. Лебец И.С., Шевченко Н.С., Матвиенко Е.В. Прогнозирование прогрессирования остеоартроза у подростков //Таврический-медико-биологический вестник. 2011. № 2. С.160-131.
2. Лебец И.С., Матвиенко Е.В., Костюртна Н.А., Нелина И.Н. //Травма. 2005. Т.6, № 3. С.262-266.
3. Матвиенко Е.В. Характеристика показателей иммунной системы у подростков больных остеоартрозом на фоне гипермобильного синдрома //Педиатрия, акушерство и гинекология.2006. № 1.С.62-69.
4. Шевченко Н.С., Лебец И.С., Нелина И.Н., Кашкалда Д.А., Матвиенко Е.В., Летяго А.В. Патогенетическая значимость воспаления при остеоартрозе у подростков с инициальными стадиями заболевания // Украинский ревматологический журнал. 2010. № 1. С.50-54.
5. Шевченко Н.С., Лебец И.С., Матвиенко Е.В. Ведущие механизмы формирования остеоартроза у подростков и обоснование их лечения // Современная педиатрия. 2008. № 2. С.130-134.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Лукин К.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богомазов А.Д.

Актуальность исследования состоит в том, что в последние годы отмечается рост частоты бронхиальной астмы (БА) у детей. Среди хронической патологии органов дыхания БА занимает ведущие место, все больше привлекая внимание врачей различных специальностей. Эпидемиологические исследования, проведенные в России в соответствии с Международной программой ISAAC, позволили установить, что распространенность БА среди детей и подростков составляет от 5 до 15%, что значительно превышает данные официальной статистики. Тяжелые формы составляют сегодня 12-14% всех случаев БА, увеличилось количество больных с непрерывно рецидивирующим течением заболевания, отмечается рост летальности у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы [1].

Целью исследования является изучение историй болезни детей разных возрастов, страдающих бронхиальной астмой, выявление её причин и клинических, функциональных, психологических особенностей течения. На основе полученных данных разработать мероприятия по профилактике данного заболевания.

Материалы и методы: Проанализировано 40 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в 1 педиатрическом отделении ОДКБ за 2015-2018 год, с диагнозом бронхиальная астма. Больные были разделены на 2 группы: группа I – дети 3-9 лет и группа II – пациенты 10-17 лет. Состояние здоровья после проведения соответствующего лечения было изучено с помощью специальной методики оценки качества жизни SF 36.

Результаты и обсуждения: В распределении по полу в обеих группах детей с бронхиальной астмой преобладали мальчики со средней степенью тяжести. Отягощённый аллергоанамнез среди всех детей был выявлен в 75% случаев. Среди детей обеих групп преобладали положительные аллергопробы на пылевые, бытовые и эпидермальные аллергены. По частоте сопутствующих заболеваний в обеих группах преобладал аллергический ринит, а также атопический дерматит.

Оценка качества жизни пациентов с помощью опросника MOSSF-36 выявила, что показатели первой группы снижены по сравнению со второй: физический компонент здоровья снижен на 3,6%, психический компонент здоровья – на 3%.(таблица 1)

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов с бронхиальной астмой

Шкала SF-36	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=20)	Р*
Физическое благополучие	62,3±3	67,5±2	p<0,05

Ролевое благополучие	55,1±2	60,2±3,1	p<0,05
Болевые ощущения	40,7±2	38,9±2	p<0,05
Общее состояние здоровья	62,4±3	68,3±4	p<0,05
Жизнеспособность	55,7±1,3	58,5±1,8	p<0,05
Социальное взаимодействие	62,9±2	64,5±2,1	p<0,05
Эмоциональное благополучие	68,6±3	70,4±3	p<0,05
Психическое благополучие	64,1±3	70,1±2	p<0,05
Физический компонент здоровья	55,1±1	58,7±1	p<0,05
Психический компонент здоровья	62,8±2	65,8±2	p<0,05

* – при p<0,05 различия между группами статистически достоверны.

Выводы. Бронхиальная астма оказывает существенное влияние на качество жизни детей, затрагивая как физический, так и психологический компонент здоровья. Обострение заболевания, отсутствие его контроля и недостаточность лечения негативно сказываются на повседневной жизни детей с нарушением как пассивных, так и активных видов деятельности. Но в настоящее время удастся достичь контроля над бронхиальной астмой у детей. Это требует соблюдение комплексных мер, которые включают:

- обучение пациента и его семьи, создание хорошего взаимопонимания и взаимоотношений для дальнейшего продуктивного лечения.
- программу диспансерного наблюдения для выявления факторов риска, предупреждения возникновения аллергической сенсibilизации, мониторингирования течения бронхиальной астмы.
- своевременное лечение приступов обострения бронхиальной астмы.

Список литературы.

1. Баранов А.А Клинические рекомендации. Педиатрия/ Под ред.А.А. Баранова. М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2014. С. 546-565.
2. Геппе Н.А. Современные представления о тактике лечения бронхиальной астмы у детей. // РМЖ, 2002, Том 10, № 7, С. 353-358.
3. Елагин Р.И. Алгоритм длительного лечения бронхиальной астмы у детей (По материалам 3-го Международного консенсуса педиатров по лечению бронхиальной астмы у детей) // Consilium Med. 2000, т.2, № 1. С. 32-37.
4. Потапова Н.П., Гаймоленко И.Н. Качество жизни детей, больных бронхиальной астмой. // 13 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Санкт-Петербург, 2003г. С. 5-48.
5. Чучалин А.Г., Влияние сопутствующих заболеваний и состояний на качество жизни детей с бронхиальной астмой / А.С. Белевский Н.А Смирнов// Аллергология. 2004.- № 4.- С. 5-11.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ Г.ИВАНОВО

Макарова А.А., Чистоклетов И.А., Никитаева Т.А.

Ивановская государственная медицинская академия

Кафедра детских болезней лечебного факультета.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Краснова Е.Е.

Актуальность. Определение компонентного состава тела нашло широкое применение в комплексной скрининговой оценке состояния здоровья детей и подростков, проводимой в условиях Центров здоровья [3]. Интерес к этому исследованию обусловлен тем, что он позволяет оценить нутритивный статус, активность метаболических процессов, выявить доклинические изменения жирового, водного, белкового обмена, определить риск развития обменных заболеваний [1, 2, 3]. В связи с этим возникает необходимость уточнения возрастной динамики этих показателей у здоровых детей в процессе их роста.

Целью исследования является оценка возрастной динамики показателей компонентного состава тела у здоровых детей и подростков с учетом их пола.

Материалы и методы: Проведено комплексное скрининговое обследование 270 школьников 6-16 лет в Центре здоровья для детей г. Иванова, по результатам которого все дети были здоровы и имели нормальные показатели физического развития. Количество девочек и мальчиков было одинаковым – по 135 человек. Дети были распределены на 5 возрастных групп: 7-8 лет (первая группа), 9-10 лет (вторая группа), 11-12 лет (третья группа), 13-14 лет (четвертая группа) и 15-16 лет (пятая группа). В каждой группе проанализированы данные о компонентном составе тела, полученные методом биоимпедансметрии. Исследование проводили по стандартной методике с помощью анализатора состава тела («Диамант», Санкт-Петербург). Определяли абсолютное количество безжировой массы (БЖМ), активной клеточной массы (АКМ), жировой массы (ЖМ), общий объем жидкости организма (ООЖ) и ее распределение – внутри и вне клетки. Кроме того оценивали относительное содержание (%) безжирового и жирового компонентов в фактической массе тела, а также долю АКМ в безжировой массе. Полученные материалы обработаны с помощью пакета прикладных программ для Windows-2010. Результаты представлены в виде $M \pm m$. Межгрупповые различия оценивались по t-критерию Стьюдента для независимых выборок.

Результаты и обсуждения. В процессе роста детей отмечено закономерное увеличение абсолютного показателя БЖМ. При этом величины прироста БЖМ соответствовали показателям прироста массы тела, что свидетельствует о пропорциональном увеличении и относительного показателя данного компонента в общей массе тела с увеличением возраста ребенка. Следует отметить, что в первой возрастной группе (7-8 лет) половые различия абсолютного содержания БЖМ были незначительны – у мальчиков он составил $23,11 \pm 0,57$ кг, у девочек – $21,36 \pm 0,5$ кг ($p > 0,05$). В следующих двух возрастных группах (9-10 лет и 11-12 лет) отмечено преобладание БЖМ

у девочек по сравнению с мальчиками, что достоверно ($p < 0,05$) для детей 11-12 лет ($39,1 \pm 1,72$ кг у девочек и $32,14 \pm 2,66$ кг у мальчиков). Наоборот, в период полового созревания нарастание БЖМ у мальчиков происходит быстрее, чем у девочек, а в 15-16 лет различия становятся значимыми ($51,15 \pm 1,54$ кг и $42,85 \pm 0,89$ кг соответственно, $p < 0,05$). Относительное содержание БЖМ в целом остается стабильным и составляет 79-83% от массы тела с незначительным преобладанием у мальчиков.

С ростом детей увеличивается и АКМ, характеризующая интенсивность обменных процессов в организме. Абсолютное содержание АКМ у детей 7-8 лет составило у мальчиков $14,68 \pm 0,42$ кг, у девочек – $13,11 \pm 0,31$ кг. К старшему школьному возрасту (15-16 лет) оно увеличилось более чем в 2 раза, и составило соответственно $32,38 \pm 0,99$ кг и $28,73 \pm 1,58$ кг ($p < 0,05$). Во всех возрастных периодах, кроме 11-12 лет абсолютное содержание АКМ у мальчиков было несколько выше, чем у девочек. В третьей же возрастной группе (11-12 лет) АКМ преобладала у девочек ($24,5 \pm 1,19$ кг) по сравнению с мальчиками ($21,15 \pm 1,78$ кг). Однако относительное содержание АКМ в тощей массе здоровых детей обоего пола с возрастом оставалось достаточно стабильным, составляя 48-52%.

Абсолютные показатели жирового компонента (ЖМ) в возрасте 7-8 лет несколько больше у мальчиков ($5,01 \pm 0,51$ кг), чем у девочек ($4,03 \pm 0,35$ кг). Девочки последующих возрастных групп обгоняли сверстников по содержанию ЖМ, а наибольшая разница этого показателя наблюдается в возрасте 15-16 лет – $17,45 \pm 1,34$ кг у девочек и $11,81 \pm 2,05$ кг у мальчиков ($p < 0,05$). Отмечены более интенсивные темпы прироста ЖМ у девочек к старшему школьному возрасту – абсолютные показатели увеличились более чем в 3 раза, по сравнению с двукратным увеличением у мальчиков. С ростом детей происходило увеличение относительного содержания ЖМ в общей массе тела. Так доля ЖМ у девочек младшего школьного возраста составила 15-20%, среднего – 21-24%, а старшего школьного возраста – 28%. У мальчиков темпы увеличения ЖМ были неравномерными: в младшем школьном возрасте ее доля в общей массе составляла 16-18%, в среднем – 17-20%, а в старшем школьном возрасте – 17%.

Показатели ООЖ, внеклеточной и внутриклеточной жидкости закономерно увеличиваются с возрастом ($p < 0,05$), имея небольшое преобладание у мальчиков.

Выводы. Таким образом, проведенные соматометрические исследования детей школьного возраста г. Иваново показали, что в процессе роста и развития происходят закономерные процессы увеличения массы тела и всех ее компонентов. Мальчики характеризуются более высокими показателями массивности скелета, что подтверждается высокими абсолютными и относительными значениями безжировой ткани, максимальные темпы прироста БЖМ у них отмечаются в 11-16 лет. Девочки в составе тела имеют большее количество жировой ткани по сравнению с аналогичными показателями мальчиков. До 12 лет девочки обладают более высокими темпами роста массы тела за счет безжирового компонента, в последующем прирост осуществляется за счет жировой массы.

Список литературы.

1. Биоимпедансометрия как метод оценки компонентного состава тела человека / И.В. Гайворонский и др.// Вестник Санкт-Петербургского университета.-2017.-Т.12, № 4.-С. 365-384.
2. Биоимпедансный анализ состава тела человека/ Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев.- Москва: Наука, 2009. – 391 С.
3. Современные методы оценки состава тела / Д.С. Русакова и др.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2012. – № 8.- С. 71-81.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Микитюк А.В., Фёдорова В.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Скуратова Н.А.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) детского возраста представляют собой одну из наиболее серьезных проблем здравоохранения [1]. Структура патологии в детском возрасте претерпела за последние три десятилетия существенные изменения [2,3]. Клиническая оценка течения заболеваний, а также выявляемость нарушений ритма сердца по данным электрокардиографии (ЭКГ) на фоне различной патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей является крайне актуальной, так как многие болезни могут протекать бессимптомно на фоне удовлетворительного самочувствия детей.

Целью работы являлось охарактеризовать клинические и электрокардиографические особенности сердечно-сосудистой системы у детей с различными заболеваниями сердца.

Материалы и методы: на базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 188 детей в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 99 (57%) мальчиков и 89 (43%) девочек. Наряду с клиническим обследованием и тщательной оценкой жалоб всем детям проводилась ЭКГ. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) составили 50 детей, 2 группа – дети с врождёнными пороками сердца (ВПС) составили 22 ребенка, 3 группа – дети с нарушением ритма сердца (НРС) составили 50 детей, 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД) составили 43 ребенка, 5 группу составили дети с артериальной гипертензией (АГ) – 23 ребенка. При статистическом анализе использовался критерий хи-квадрат.

Результаты и обсуждение: У детей 1 группы кардиологические и астеновегетативные жалобы были выявлены в 27 (54%) и 26 (52%) количестве случаев соответственно, неврологические жалобы и смешанный характер жалоб – в 5 (10%) случаев и в 19 (38%) случаев соответственно.

Во 2 группе кардиологические жалобы имели место в 10 (45,5%), астеновегетативные – в 13 (59%), неврологические – в 7 (32%) случаев, смешанный характер жалоб отмечался у 7 (32%) детей, не имело жалоб – 10 (45,5%) лиц.

В 3 группе кардиологические жалобы выявлены у 41 (82%) человек, астеновегетативные – у 43 (86%) лиц, неврологические жалобы отмечены в 5 (10%) случаях, смешанный характер жалоб – в 25 (50%) случаев, не имели жалоб – 6 (12%) детей.

В 4 группе кардиологические и астеновегетативные жалобы имели место у 25 (58%) и 34 (79%) детей соответственно, неврологические – у 6 (14%) лиц, смешанный характер – у 21 (49%) пациента, не имели жалоб – 2 (4,6%) ребенка.

В 5 группе кардиологические жалобы имели место у 2 (9%) детей, астеновегетативные – у 23 (100%) лиц, неврологические – у 5 (22%) детей, смешанный характер жалоб обнаружены в 12 (52%) случаев (рисунок 1). Причем, у большинства детей с АГ отсутствовали кардиологические жалобы, но значительно чаще выявлялись астеновегетативные жалобы ($p < 0,001$, $\chi^2 = 35,73$ и $p < 0,001$, $\chi^2 = 27,47$ соответственно).



Рисунок 1. Структура жалоб у детей различных групп

При анализе ЭКГ в 1 группе детей нарушение функции автоматизма зарегистрировано у 9 (18%) человек, такие как синусовая брадикардия 6 (67%), миграция водителя ритма 2 (22%), синусовая тахикардия 1 (11%), нарушение возбудимости у 1 (2%) ребенка, такие как желудочковая экстрасистолия 1 (100%), нарушение проводимости у 16 (32%) лиц, такие как атриовентрикулярная блокада 1 степени – 5 (31%), синоаурикулярная блокада – 3 (19%), укорочение интервала PQ – 5 (31%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 3 (19%), нарушения сочетанного характера у 17 (34%) детей, нормальную ЭКГ имели 7 (14%) детей.

Во 2 группе нарушение автоматизма зарегистрировано у 5 (23%) человек, такие как синусовая брадикардия – у 2 (40%), миграция водителя ритма – у 3 (60%), нарушение проводимости – у 10 (45%) лиц, такие как неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 6 (60%), блокада левой ножки пучка Гиса – у 4 (40%), нарушения сочетанного характера – у 4 (18%) детей, нормальную ЭКГ имели 3 (14%) ребенка.

В 3 группе нарушение автоматизма наблюдались у 15 (30%) человек, такие как синусовая тахикардия у 10 (67%), синусовая брадикардия 4 (27%), синусовая аритмия 1(6%), нарушение возбудимости – у 19 (38%) детей, такие как желудочковая экстрасистолия – 7 (37%), суправентрикулярная экстрасистолия – 9 (47%), суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия – 3 (16%), нарушение проводимости у 12 (24%) человек, такие как укорочение интервала PQ – 6 (50%), атриовентрикулярная блокада – 3 (26%), синоаурикулярная блокада – 1 (8%), внутрипредсердная блокада – 1 (8%), WPW синдром – 1 (8%), нарушения сочетанного характера – у 4 (8%) детей.

В 4 группе нарушение автоматизма наблюдалось у 4 (9%) детей, такие как синусовая тахикардия – 3 (75%), синусовая брадикардия – 1 (25%), нарушение проводимости – у 17 (40%) детей, такие как укорочение интервала PQ – 8 (47%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 4 (24%), блокада левой ножки пучка Гиса – 3(17%), внутрижелудочковая блокада – 2 (12%), нарушения ритма сочетанного характера – у 6 (14%) лиц, ЭКГ в пределах нормы наблюдалась у 16 (37%) пациентов.

В 5 группе детей нарушение автоматизма наблюдалось у 4 (18%) человек, такие как синусовая тахикардия – 4(100%), нарушение возбудимости – у 1 (4%) детей, такие как желудочковая экстрасистолия – 1(100%), нарушение проводимости – у 3 (13%) детей, такие как атриовентрикулярная блокада – 3 (100%), сочетанные нарушения – у 1 (4%) человека, нормальная ЭКГ была у 14 (61%) детей.

При статистическом анализе не выявлено достоверных различий в частоте встречаемости нарушений автоматизма и проводимости у детей различных групп ($p=0,160$, $\chi^2=6,59$ и $p=0,083$, $\chi^2=8,27$ соответственно), однако у детей 3 группы с диагнозом НРС достоверно чаще выявлялись нарушения возбудимости ($p<0,001$, $\chi^2=49,76$).

Выводы:

В структуре жалоб у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями имели место разнообразные жалобы, причем у большинства детей с АГ отсутствовали кардиологические жалобы, но выявлялись астеновегетативные жалобы.

По данным ЭКГ у детей с МАРС и с ВПС чаще встречались нарушения проводимости, среди которых доминировали АВ-блокада 1 ст. и укорочение интервала PQ, а также сочетанные нарушения.

Для детей с НРС были характерны нарушения возбудимости, среди которых преобладала наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия.

Нормальная ЭКГ чаще регистрировалась у детей с ВД и АГ.

Список литературы.

1. Беляева, Л.М. Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева, Е.А. Колупаева. – Минск: БелМАПО, 2006. – 48 с.
2. Макаров, Л.М. ЭКГ в педиатрии / Л.М. Макаров. – М.: Медпрактика-М, 2006. – 544 с.
3. Скуратова, Н.А. Функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и критерии дезадаптации к физическим нагрузкам у юных спортсменов / Н.А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 1. – С. 71–76.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Миронова О.М., Глотова А.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зайцева Л.Ю.

Актуальность исследования. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, что связано с повсеместным распространением, значительным риском развития осложнений, особенно в раннем детском возрасте [1]. Подтверждает это и тот факт, что ОКИ находятся на втором месте в структуре инфекционной патологии у детей, уступая лишь острым респираторным заболеваниям [2,3].

Целью исследования является анализ эффективности применения иммуномодуляторов при острых кишечных инфекциях у детей на примере препаратов интерферона и ликопада.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном на базе отделения кишечных инфекций Курской областной инфекционной больницы им. Н.А. Семашко, приняли участие 40 пациентов (19 мальчиков и 21 девочка) с диагнозом «ОКИ неустановленной этиологии» (ОКИ НЭ) и 30 пациентов (13 мальчиков и 17 девочек) с диагнозом «ротавирусная инфекция».

В ходе работы производилась оценка клинических симптомов заболевания: выраженность признаков желудочно-кишечной диспепсии (частота и характер стула, боли в животе и их интенсивность), повышение температуры тела (длительность и характер температурной кривой), длительность заболевания. Все дети проходили общеклиническое обследование: сбор жалоб, анамнез и осмотр в динамике. В обеих группах выполнены общий анализ крови при госпитализации и на момент выписки из стационара, иммунологическое исследование с определением уровня общих иммуноглобулинов М, G в сыворотке крови и концентрации IgAs

в копрофильтратах, оценка состояния фагоцитарной системы (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, НСТ-тест).

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства пациентов (83,3%) с диагнозом ротавирусная инфекция отмечалась нормализация температуры в первые 3-е суток от начала заболевания, у 3 (10%) пациентов повышение температуры сохранялось в течение 4–6 дней, а у 2 (6,7%) оно отсутствовало. Случаи повторной рвоты в первые дни заболевания зарегистрированы у 76,7% детей (у 46,7% от 1 до 4 раз, у 30% – 5 и более раз в сутки). Выраженность диарейного синдрома была различной: у 56,6% пациентов частота стула варьировала от 5 до 8 раз в сутки, у 36,7% – до 4 раз. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $4,46 \pm 0,4$ дня.

Для пациентов с неустановленным возбудителем инфекции характерен более длительный лихорадочный синдром: в 32,5% случаев нормализация температуры произошла через 5-8 дней от начала заболевания, в 65,0% – через 1–4 дня. У 38 пациентов наблюдались эпизоды многократной рвоты: у 31 ребенка (77,5%) от 1 до 4 раз в сутки, у 7 (17,5%) – до 8 раз в сутки. Диарейный синдром также был значительно выражен в случае неизвестной этиологии заболевания: в 65% случаев кратность диареи составила 1–4 раза в сутки, в 32,5% – от 5 до 8 раз, только у 1 пациента нарушение стула отсутствовало. Дети с ОКИ неустановленной этиологии находились на стационарном лечении в среднем $5,25 \pm 0,2$ дней.

Для детей с диагнозом ОКИ неустановленной этиологии на момент поступления в стационар характерны более высокие показатели лейкоцитов и их субпопуляций в сравнении с ротавирусной инфекцией. Содержание эритроцитов и гемоглобина в обеих группах существенно не отличаются и соответствуют норме.

Незначительное повышение уровней IgM и IgG наблюдалось у пациентов обеих групп. Максимальные значения указанных иммуноглобулинов регистрировались среди пациентов с диагнозом «ОКИ неустановленной этиологии». Более высокие показатели sIgA зафиксированы у больных ротавирусной инфекцией [$(1,4 \pm 0,4)$ г/л].

У пациентов с ротавирусной инфекцией показатели фагоцитоза имели нормальные значения. При ОКИ неустановленной этиологии отмечалось значительное увеличение значений спонтанного НСТ теста, что характерно для развития бактериальной инфекции. Фагоцитарное число, фагоцитарный показатель и показатели стимулированного НСТ теста при данной патологии повышались незначительно.

Для изучения эффективности применения иммуномодуляторов при острых кишечных инфекциях были выбраны препараты интерферона и ликолипид.

Случайным образом все дети (70 человек) были разделены на две группы: первая группа (n=34) в качестве иммуномодулирующей терапии получала ликолипид в дозировке 1 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней, вторая (n=36) – препараты интерферона в дозировке 150000 МЕ (1 суппозиторий) 2 раза в сутки в течение 5 дней. В первой группе оказалось 19 детей с ротавирусной

инфекцией и 15 детей с ОКИ неустановленной этиологии; во второй группе – 22 ребенка с ротавирусной инфекцией, 14 – с ОКИ неустановленной этиологии.

Для детей обеих групп при выписке характерно снижение значений показателей лейкоцитов и их субпопуляций, при этом у пациентов с ротавирусной инфекцией отмечается значительное увеличение относительного количества лимфоцитов, что характерно для периода реконвалесценции при заболеваниях вирусной этиологии.

После окончания курсового лечения ликолипидом и препаратами интерферона проводился анализ содержания иммуноглобулинов у пациентов с ротавирусной инфекцией. Применение в качестве иммуномодулирующей терапии при ротавирусной инфекции препаратов интерферона вызывает достоверное увеличение основных классов иммуноглобулинов. Применение ликолипида при ОКИ неустановленной этиологии вызывает более значительный рост показателей иммуноглобулинов в сравнении с препаратами интерферона, но различия не являются достоверными.

Выводы. Таким образом, выявлено, что для острой кишечной инфекции неустановленной этиологии характерны более высокие показатели лейкоцитов и их субпопуляций, IgM и IgG, значительное увеличение спонтанного НСТ теста в остром периоде.

Вышеописанные клинико-лабораторные признаки, а также невозможность идентификации возбудителя инфекции рутинными методами позволяет предположить высокую вероятность участия анаэробной бактериальной флоры в развитии патологического процесса в кишечнике, что объясняет эффективность ликолипида при ОКИ НЭ.

Применение в качестве иммуномодулирующей терапии при ротавирусной инфекции препаратов интерферона вызывает достоверное увеличение основных классов иммуноглобулинов.

Список литературы.

1. Зайцева Л.Ю., Хмелевская И.Г., Калуцкий П.В. Клинико-иммунологические особенности течения вирусных диарей у детей // Вестник современной клинической медицины. 2017. Т.10, № 2. С.30-33.
2. Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А., Майкова И.Д. Цитокиновый статус и эффективность иммунобиологической терапии при ротавирусной инфекции у детей // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 24. С.6-13.
3. Усенко Д.В., Горелова Е.А. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии у детей: возможности диагностики и терапии // Медицинский совет. 2017. № 9. С.86-92.

ОЦЕНКА ВАЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТРИГОДЫЕРОВ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Овчаренко А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – ассистент Лисеенко О.Г.

Актуальность. За последние десятилетия аллергические заболевания стали распространенным явлением среди всех слоев населения. Согласно данным Росстата, в 2014 г. в Российской Федерации среди детей в возрасте от 0 до 14 лет заболеваемость atopическим дерматитом составила 983,5 случая на 100 000 населения, а в возрасте от 15 до 17 лет – 466,6 случая на 100 000 населения. [2] Поэтому для улучшения качества жизни пациентов необходима своевременная диагностика и ликвидация факторов, вызывающих обострение заболевания.

Цель исследования: оценить роль специфических триггеров в течении atopического дерматита у детей, получавших лечение в ОБУЗ ОДКБ в период с июня 2018 года по февраль 2019 года.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ эпизодов 55 больных, которые находились на лечении в ОБУЗ ОДКБ с июня 2018 года по февраль 2019 года по поводу atopического дерматита.

Результаты и обсуждения. Atopический дерматит (АтД) – это мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. [4,5]

Специфические триггеры АтД – это пищевые аллергены (белки коровьего молока, куриного яйца), аэроаллергены (микрочастицы домашней пыли), бактериальные аллергены (стафилококк золотистый, стрептококки), лекарственные аллергены (антибиотики, НПВС, витамины). Неспецифические триггеры – химические (моющие средства, лосьоны), физические (травматизация кожи, потение и ношение синтетической одежды), алиментарные (пища, содержащая гистаминолибераторы), инфекционные, психосоциальные факторы (напряженные отношения в школе, семье). Это указывает на то, что возникновение АтД не всегда зависит от действия аллергена. [3, 7]

Atopический дерматит характеризуется Th2-клеточными реакциями, сопровождающимися повышением продукции ИЛ-4, -5 и -13. [6] При хронизации процесса в воспалительный процесс так же включаются Th1, Th17 и Th22 клетки. [4] В очагах лихенификации отмечается повышение содержания ИЛ-10. [1]

Типичные проявления АтД – это зуд кожи, высыпания (преимущественно на локтевых и подколенных сгибах в виде эритем, папул, микровезикул), ранняя манифестация первых симптомов, хроническое рецидивирующее течение. Так же существуют неспецифические критерии АтД: ксероз, реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами, ладонная

гиперлинейность и усиление рисунка, стойкий белый дермографизм, продольная суборбитальная складка, периорбитальная гиперпигментация, кератоконус. [4]

В своем исследовании мы провели анализ 55 эпикризов (100%), в ходе которого были оценены возрастной и половой состав пациентов, среднее количество пребывания в стационаре, преимущественная тяжесть течения заболевания, степень распространенности поражений кожи, результаты аллергопроб и принципы терапии.

Большинство детей, наблюдавшихся в отделении за отчетный период, было в возрасте от 4 до 9 лет (52,73%). Средний возраст пациентов составил $6,98 \pm 3,73$ лет. Большая часть наблюдавшихся детей – девочки (54,5%). Все больные получали необходимое лечение в условиях стационара. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10 койко-дней.

Наиболее частое течение атопического дерматита у детей данной группы – средней тяжести (70,9%).

Наиболее поражаемые участки кожи при атопическом дерматите в данной группе пациентов – подколенные сгибы (29,1%), распространенные поражения (27,3%), локтевые сгибы (25,45%), кисти рук (12,7%), стопы (10,9%).

Одним из диагностических мероприятий атопического дерматита является проведение аллергопробы с целью выявления аллергической реакции на бытовые, эпидермальные, пищевые, пальцевые аллергены. Аллергопробы были проведены в 40 (72,7%) из 55 случаев (100%). Из них 7 оказались отрицательными (17,5%), а 33 – положительными (82,5%).

Наиболее часто положительная реакция наблюдалась на воздействие группы пищевых аллергенов – 31 человек (94%). Ведущими аллергенами этой группы являются свинина и мёд (по 27,3%), менее частыми – куриное мясо (24,2%) и куриное яйцо (21,2%).

Группа эпидермальных аллергенов дала положительный результат у 27 человек (81,8%). Ведущими аллергенами этой группы являются волос человека (18,2%), менее частые – шерсть кошки, шерсть кролика и шерсть лошади (все по 12,1%).

Группа бытовых аллергенов положительна у 26 человек (78,8%). Ведущие аллергены этой группы – микроклещ домашней пыли и библиотечная пыль (по 27,3%), реже – домашняя пыль (24,2%).

Аллергопроба с пыльцевыми аллергенами оказалась положительна у 23 человек (69,7%). Эта группа аллергенов имеет в себе подгруппы – аллергены пыльцевых деревьев (береза, ольха, лещина) – положительны у 7 человек (21,2%), аллергены злаковых трав (костер, райгас, тимopheевка) – у 6 человек (18,2%), аллергены пыльцевых сорняков (одуванчик, полынь, кукуруза) – у 10 человек (30,3%).

Для купирования обострения АД и лечения сопутствующих заболеваний было назначено более сорока препаратов и физиолечение.

Самыми назначаемыми группами препаратов являются эмолиенты (63,6%) – крем «Унна» и антигистаминные препараты – зиртек и лоратидин

(45,45%), реже назначались местные глюкокортикостероиды – акридерм и элоком (38,2%), сорбенты – энтеросгель (29,1%), местные назальные ГКС – назонекс (14,5%).

Помимо лекарственной коррекции заболевания, проводились физиопроцедуры аппаратом «Биоптрон». Он был назначен в 21 случае (38,2%).

Выводы. Рассмотренные особенности АтД указывают на особое положение этого заболевания среди всех детских болезней, а также важность проведения тщательной своевременной диагностики и грамотной терапии, ведь обострение атопии не всегда может быть вызвано действием аллергена, что подтверждено в данной работе (наличие отрицательных аллергопроб при обострении). Наиболее часто встречаемой группой аллергенов являются пищевые (свинина, мёд, куриное мясо и куриное яйцо). Самыми назначаемыми препаратами при терапии атопического дерматита являются эмолиенты и антигистаминные препараты. Важное место в профилактике атопического дерматита занимают гипоаллергенный быт, исключение пищевых аллергенов, которые достоверно вызывают обострение, и использование эмолиентов.

Список литературы.

1. Ермаков, Е.А. Анализ содержания цитокинов при атопическом дерматите в экссудате, полученном методом «кожного окна» / Ермаков Е.А., Климов В.В. // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 31-33
2. Кубанова, А.А. Перспективные направления в терапии атопического дерматита / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, А.Э. Карамова, Д.В. Прошутинская // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 5. С. 32-44.
3. Кудрявцева, А.В. Нарушение кожного барьера как ведущий фактор формирования местного воспалительного процесса при атопическом дерматите / А.В. Кудрявцева // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 4. С. 82-89
4. Намазова-Баранова, Л.С. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / Л.С. Намазова-Баранова, А.А. Баранов, А.А. Кубанова, Н.И. Ильина, О.М. Курбачёва, Е.А. Вишнёва, Г.А. Новик, Ф.И. Петровский, С.Г. Макарова, Н.Н. Мурашкин, А.А. Алексеева, Л.Р. Селимзянова, Ю.Г. Левина, К.Е. Эфендиева, Н.И. Вознесенская // Вопросы современной педиатрии. 2016. № 15 (3). С. 279–294.
5. Овсянникова, О.Б. Атопические дерматиты в амбулаторной практике / О.Б. Овсянникова // Медицинский совет. 2012. № 3. С. 96-101.
6. Прошутинская, Д.В. Атопический дерматит у детей. Современный алгоритм лечения и контроля над заболеванием / Д.В. Прошутинская // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 2. С. 65-70.
7. Репкина, О.В. Атопические дерматиты у детей / О.В. Репкина // Управление качеством медицинской помощи. 2016. № 1-2. С. 104-113

ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Озерова И.Ю., Статина М.И., Лукин О.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – д.м.н., доцент Гаврилюк В.П.

Актуальность исследования. В настоящее время по данным ВОЗ варикоцеле встречается в 16% наблюдений среди взрослой мужской популяции и 19% среди подростков в возрасте 14-18 лет [2, 7]. По данным Российского Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова в Российской Федерации более 4,5 млн. мужчин страдают бесплодием, у 9-40% обследуемых причиной является варикоцеле [5]. Данные имеют очень большой разброс, что говорит о дискутабельности данного вопроса. Не у всех пациентов страдающих варикоцеле обнаруживается бесплодия, но у каждого 5 бесплодного мужчины обнаруживается варикоцеле. Данная ситуация обусловлена сложностью ранней диагностики, большим количеством различных видов хирургических вмешательств, высокой частой рецидивов [8]. Детский и особенно подростковый возраст является наиболее уязвимым с точки зрения формирования таких расстройств, которые по достижении репродуктивного возраста уже не могут быть подвергнуты эффективной коррекции, так как патологические изменения атрофического характера в половых железах уже необратимы [6]. Но на данный момент не изучена зависимость между длительностью течения варикоцеле и ухудшениями в показателях спермограммы.

В настоящее время абсолютными показаниями к оперативному лечению варикоцеле являются:

- признаки орхопатии (уменьшение объема яичка по сравнению со здоровым на 20% и более).
- наличие болевого синдрома или психологический дискомфорт;
- изменения качественных и количественных показателей в спермограмме у подростков, достигших 15 лет (облигатный признак), при этом в реальных условиях в нашей стране третий пункт практически невыполним [1].

Данные современных исследований показывают, что параметры фертильности эякулята, которые характеризуют подвижность и число нормальных форм сперматозоидов, снижаются при варикоцеле у обследованных подростков и взрослых на дооперационном этапе. Неэффективность операции у взрослых пациентов с варикоцеле, вероятно, можно связать с низким дооперационным уровнем подвижности сперматозоидов и, возможно, с малым катamnестическим сроком [3]. У подростков оперативная коррекция, в большинстве случаев, дает положительный результат [6,9]. Также существуют исследования по оценки функционального состояния стенок яичковых сосудов и внутриорганного кровотока в результате которых выявлены начальные склеротические процессы

в удаленных венах [4]. Другие исследователи отмечают явное улучшение спермограммы после оперативного вмешательства. У детей старшего возраста с минимальными клиническими проявлениями и нормальными показателями спермограммы возможна замена хирургического лечения, консервативным [6].

Варикоцеле у детей является актуальной проблемой сегодняшнего медицинского сообщества, остается много споров и мнений по тактике ведения таких больных, выборе наиболее оптимального оперативного пособия.

Целью исследования является оценка эффективности оперативного лечения варикоцеле у детей с различными хирургическими вмешательствами и доступами.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ 549 случаев варикоцеле у детей, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2» за период 2011-2018 годы Средний возраст детей составил $13,8 \pm 1,8$ лет, из которых 188 прооперированы открытым доступом по Паломо (1 группа), 337 детей – лапароскопически по Паломо (2 группа), 24 ребенка (3 группа) – по Иванисевичу открытым доступом. Результаты оценивались через 1 год после выполнения оперативного лечения.

Результаты и обсуждения. По продолжительности оперативного пособия время операции в первой группе пациентов составило $46,5 \pm 10,8$ мин, во второй группе – $43,5 \pm 14,1$ мин и в третьей – $44,8 \pm 11,1$ мин. соответственно.

В первой группе на протяжении 12 месяцев после выписки из стационара у 12 пациентов имели место явления водянки слева (6,4%), тогда как во второй группе пациентов такие случаи были зарегистрированы у 6 пациентов (1,8%), в третьей группе – 2 случая (8,4%). В первой группе рецидивы были у 13 пациентов (6,9%), тогда как у пациентов второй группы – 3 случая (0,9%) и в третьей группе – 1 (4,2%).

Важно отметить, что количество операций по Паломо открытым доступом и лапароскопическим прямо пропорциональны во временном промежутке. Так в 2011г. 58 пациентов прооперированы открытым доступом, а 2018 г. – 3 случая. Лапароскопических операций увеличилось в 14 раз с 2011 г. по 2018 г. и составило 5 и 70 случаев, соответственно. Методика по Иванисевичу с 2015 г. не использовалась.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о большей эффективности лапароскопического доступа при выполнении операции по Паломо у детей с варикоцеле. При использовании методики Паломо снижается частота развития водянки в послеоперационном периоде и рецидива варикоцеле.

Список литературы.

1. Бердников М.А., Антипов Н.В. Варикоцеле: современная проблема / М.А. Бердников, Н.В. Антипов // Журнал фундаментальной медицины и биологии. – 2016. – № 3. – С.2-5.
2. Кадыров З.А., Мингболатов Ф.Ш. Сравнительный анализ оперативного лечения варикоцеле / З.А. Кадыров, Ф.Ш. Мингболатов // Андрология и генит. хирургия. – 2005. – № 5. – С. 12-21.
3. Капто А.А. Клинические аспекты сосудистой анатомии у пациентов с варикоцеле /А.А. Капто // Экспериментальная и клиническая урология – 2016. – № 2.
4. Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Дерунова Т.И., Севергина Э.С., Склярова Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при варикоцеле у детей // Практическая медицина. – 2008. –№ 30.
5. Пугачев А.Г., Евдокимов В.В., Захариков С.Д., Ерасова В.И. Варикоцеле у подростков: проблема мужской фертильности // Андрология. Экспериментальная и клиническая урология. 2010. № 3. С. 43-47.
6. Харченко И.В., Чекмарев В.М., Машков А.Е. Современные подходы к диагностике и лечению варикоцеле // Альманах клинической медицины. – 2007. № 1. С. 263-268.
7. Bong G.W. Koo L.P. The adolescent varicocele: to treat or not to treat // Urol. Clin. North. Am. 2004, vol. 3, pp.509-515.
8. Kocvara R, et al. Division of lymphatic vessels at varicocelectomy leads to testicular oedema and decline in testicular function according to the LH-RH analogue stimulation test. EurUrol, 2003, vol. 43(4), pp.430-5.
9. Li F. et al. Effect of varicocelectomy on testicular volume in children and adolescents: a meta-analysis. Urology, 2012, vol. 79(6), pp.1-5.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Полухинских А.Э., Асланова А.В.

**Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А.Вагнера**

**Кафедра пропедевтики детских болезней и сестринского дела
Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.И.Аверьянова**

Актуальность исследования. Физическое развитие, согласно определению ВОЗ, является одним из ключевых критериев комплексной оценки состояния здоровья [2], его мониторинг позволяет определять характеристики роста и развития детей, своевременно выявлять нарушения и разрабатывать профилактические меры [1]. В нашей стране помимо центильного метода оценки физического развития, который долгое время был основным в практическом здравоохранении, в настоящее время стали использоваться компьютерные программы: Z-score «WHO Anthro» –с 2-х до 5 лет, и «WHO

AnthroPlus» – с 5 лет до 18, использование этих программ позволяет легко и удобно оценивать физическое развитие, визуализировать полученные результаты [4].

Целью данного исследования явилась оценка показателей физического развития младших школьников центильным методом и методом шкал Z-score и сопоставление результатов.

Материалы и методы. Проведена оценка основных антропометрических показателей (рост и масса тела) 191 учащегося младших классов «Гимназии № 11 им. С.П. Дягилева» г. Перми центильным методом и по шкалам Z-score. Дети разделены на возрастные группы: 35 школьников в возрасте 7 лет, 58 – в возрасте 8 лет, 76 детей девятилетнего возраста и 22 – в возрасте 10 лет.

Результаты и их обсуждения. Оценка антропометрических показателей центильным методом показала, что в группе семилетних детей у 27% школьников выявлен высокий рост, что связано с периодом первого вытяжения, детей с низким ростом в этой возрастной группе не выявлено. При оценке роста средний показатель Z-score составил 0,4, при этом у 15% детей отмечается высокий рост ($CO > +2$), у 6% низкий рост ($CO < -2$). 19% школьников при оценке массы тела центильным методом имели избыток массы тела первой степени, дефицита массы в этой возрастной группе не наблюдается. При оценке по нормам ВОЗ, средний показатель Z-score равен 0,6, избыток массы выявлен у 15% учащихся, ($CO > +2$) дефицит у 2%. ($CO < -2$). При оценке по центильному методу нормальное физическое развитие имеют только 54% детей, при оценке по методу Z-score – 62% ($p < 0,05$). Достоверные различия показателей получены прежде всего при оценке роста за счёт детей с высоким ростом, что в свою очередь уменьшило число детей с нормальным развитием (Таблица 1).

Интересные данные получены при оценке физического развития детей 8,9,10-летнего возраста: по центильному методу 66% детей в каждой из этих возрастных групп имели нормальное физическое развитие. При оценке по нормам ВОЗ данный показатель отличается в зависимости от возраста. Поскольку период первого вытяжения в этих возрастных периодах закончился, стало меньше детей с высоким ростом.

По центильному методу в группе 8-летних не было детей с низким ростом, а у 20% диагностирован высокий рост, по шкалам Z-score высокий рост – у 7% учащихся ($CO > +2$), низкий – у 3% ($CO < -2$). При оценке массы тела по центилям как избыток, так и дефицит выявлены у 7% детей. При оценке по шкалам Z-score средний показатель Z-score составил 0,1. У 3% детей выявлен дефицит массы тела, у 8% – избыток. Нормальное физическое развитие по методу шкал Z-score имеют 79% детей.

В группе детей 9-летнего возраста при оценке по центильному методу 11% детей имеют высокий рост, детей с низким ростом в этой возрастной группе не выявлено. По стандартам ВОЗ у 5% школьников высокий рост ($CO > +2$), у такого же количества детей низкий рост ($CO < -2$), при этом средний показатель Z-score по росту соответствует – 0,02. При оценке массы

тела центильным методом 10% учащихся имеют избыток массы первой степени, дефицит диагностирован у 13%. По нормам ВОЗ средний показатель Z-score равен 0,02, при этом избыток массы у 8% учащихся ($CO > +2$), дефицит – у 9% ($CO < -2$). Нормальное физическое развития по стандартам ВОЗ имеют 73% детей.

Среди десятилеток по центильному методу не выявлено детей с отклонением в росте. По шкалам Z-score у 3% учащихся выявлялся высокий рост ($CO > +2$), у 4% – низкий ($CO < -2$), средний показатель Z-score – (-0,2). Оценка массы тела по центилям выявила значительный рост числа детей с избытком массы (22%), в основном девочки, что связано с началом пубертатного периода. Дефицит массы тела выявлен у 12% детей. Согласно оценке по стандартам ВОЗ избыток массы у 7%, дефицит – у 8%, средний показатель Z-score составил 0,01, при этом нормальное физическое развитие у 78% детей.

Табл.1 Сопоставление показателей физического развития обследованных детей центильным методом и по шкалам Z-score

Возраст Показат.	7 лет n=35		8 лет n=58		9 лет n=76		10 лет n=22		Всего n=191	
	Цент	Z	Цент	Z	Цент	Z	Цен	Z	Цен	Z
	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс	Абс
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Высокий рост	9 27%	5 15% *	12 20%	4 7% *	8 11%	4 5%*	0 0%	1 3%	28 14,5 %	15 7,5% *
Низкий рост	0 0%	2 6%*	0 0%	2 3%	0 0%	4 5%	0 0%	1 4%	0 0%	9 4,5%
Избыток массы	7 19%	5 15%	4 7%	5 8%	8 10%	6 8%	5 22%	2 7%	29 15%	18 9,5%
Дефицит массы	0 0%	6 2%	4 7%	2 3%	10 13%	7 9%*	3 12%	2 8%	15 8%	11 6%
Нормальн ое ФР	19 54%	22 62% *	38 66%	46 79 %*	50 66%	55 73%	15 66%	17,6 78 %*	119 62,5 %	138 73% *

* – при $p < 0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Сопоставление показателей физического развития всех обследованных детей младшего школьного возраста подтвердило общую тенденцию: при оценке по центильному методу получается достоверно больше детей с высоким ростом, за счёт чего уменьшается количество детей с нормальным физическим развитием (Таблица 1).

Закключение. Сопоставление результатов оценки физического развития детей центильным методом и методом ВОЗ с использованием шкал Z-score свидетельствует о том, что показатели имеют одинаковую тенденцию. Показатели массы тела достоверно практически не отличаются, при этом

при оценке по центильному методу получается достоверно больше детей с высоким ростом, что в свою очередь уменьшает число детей с нормальным физическим развитием. Центильный метод оценки физического развития с использованием отечественных стандартов более строг к включению показателей в средние значения, чем по шкале Z-score, прежде всего это относится к детям с высоким ростом. При этом, учитывая современные тенденции развития, возникает вопрос, у всех ли детей высокий рост следует считать отклонением в физическом развитии?

Список литературы.

1. Антонова А.А. Сравнительная характеристика физического развития детей / А.А. Антонова, С.Н. Ченцова, В.Г. Сердюков // Астрахан.мед. журнал. –2012. – № 4. – С. 26-29.
2. Методика объективного обследования ребенка/ Н.И. Аверьянова [и др.]; ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ. – Пермь, 2014. – 220 с.
3. Методы оценки развития детей/ Н.И. Аверьянова [и др.]; ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ. – Пермь, 2018-315 с.
4. Порецкова Г.Ю. Апробация рекомендаций ВОЗ по оценке физического развития при обследовании школьников г. Самары. Аспирантский вестник Поволжья 2012.

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Проконова Е.А., Узленкова П.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Емельянова Т.А.

Атипичный ГУС (аГУС) – заболевание, обусловленное нарушением регуляции альтернативного пути активации комплемента, но общепризнанного определения атипичного гемолитико-уремического синдрома не существует [1]. Можно сказать, что атипичный гемолитико-уремический синдром – это синдром без сопутствующей патологии (пневмококковая пневмония, системная красная волчанка, гемоколит, вызванный STEC-инфекцией) [2].

Целью настоящего исследования является описание особенностей клинических проявлений, методов лабораторной диагностики и современных направлений терапии редкого заболевания- атипичный гемолитико-уремический синдром, с частотой встречаемости от 1 до 7 случаев на 1000000 детского населения, с использованием доступных литературных источников.

Актуальность исследования состоит в изучении современных литературных источников по редкому заболеванию, которое относится к группе системных-атипичный гемолитико-уремический синдром.

Основные звенья патогенеза: четыре протеина – CFH, CFI, MCP и THBD – локально взаимодействующие для расщепления C3b до неактивной молекулы (iC3b). Мутации этих белков приводят к утрате защиты эндотелиальных клеток. aГУС ассоциируется с мутациями CFH у 20-25% пациентов, MCP – у $\approx 15\%$ и CFI – у $\approx 10\%$. Мутации фактора В (CFB) встречаются крайне редко [3], в то время как мутации C3 фракции комплемента встречаются у 10% пациентов. Приблизительно 10% детей имеют сочетанные мутации. Все идентифицированные генетические дефекты приводят к усилению образования C3-конвертазы, а, следовательно, и C5-конвертазы, и расщеплению C5. Вследствие этого усиливается высвобождение C5a и МАК на поверхности клеток эндотелия, вызывающее дополнительное их повреждение с обнажением субэндотелиального матрикса и образованием тромбов. Это приводит к потреблению тромбоцитов и повреждению эритроцитов. Кроме того, продемонстрирована значительная роль CFH в регуляции структуры и функции тромбоцитов. При наличии С-концевых мутаций способность CFH связываться с тромбоцитами снижается, что приводит к активации комплемента на поверхности тромбоцитов. Это, в свою очередь, вызывает активацию тромбоцитов, их агрегацию, высвобождение тканевого фактора, экспрессирующего микрочастицы, и содействует образованию тромбов в микроциркуляторном русле [4,5].

Для клинических проявлений данного заболевания характерно очень раннее возрастное начало (до 1 года), что связано с наличием таких провоцирующих факторов, как различные инфекции (верхних дыхательных путей, лихорадка, гастроэнтериты) [3]. Начало заболевания манифестирует с уменьшения степени выраженности симптомов предшествующего инфекционного заболевания, например, уменьшение степени выраженности диареи при кишечной инфекции. Для атипичного ГУС характерна триада симптомов: микроангиопатическая гемолитическая анемия (неиммунная Кумбс-негативная гемолитическая анемия), повышение свободного гемоглобина плазмы, гаптоглобина, билирубина (особенно непрямого), ЛДГ, а также шизоцитоз в периферической крови, тромбоцитопения (число тромбоцитов $< 150,000 / \text{mm}^3$ или снижено в пределах 25% от исходного, отражая потребление), острая почечная недостаточность [6].

Основные проявления: резкая бледность кожных покровов; петехии; наличие пастозности; снижение объема мочи или ее полное отсутствие; вялость; сонливость; снижение или полное отсутствие аппетита; клонико-тонические судороги (как проявление энцефалопатии); при особо тяжелом течении – ДВС-синдром, кома.

Диагностика основывается на тщательном сборе анамнеза, анализе жалоб пациента и данных объективного исследования.

В общем анализе крови всегда наблюдается анемия (концентрация гемоглобина 50-85 г/л), тромбоцитопения (меньше $150\,000 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоцитоз [7].

В биохимическом анализе крови – гиперазотемия (концентрация креатинина больше 100 мкмоль/л, мочевины больше 7 ммоль/л), повышение уровня ЛДГ [7].

Определение в плазме крови отношения C3d/C3 и присутствие отложений C3 в биоптате почек (повышение показателя отношения), измерение уровня HFI в сыворотке крови (снижение уровня HFI), поиск мутаций по генам HFI и MCP [8].

Основным эффективным методом лечения атипичного ГУС до сегодняшнего дня является проведение гемодиализа [9]. У детей требуется от 2 до 9 сеансов гемодиализа на курс ежедневно при острой почечной недостаточности. С помощью диализа поддерживается уровень метаболитов водно-электролитного обмена, предотвращаются гипергидратация, отек мозга и легких. Также в комплекс лечения входит введение компонентов крови, антикоагулянтная терапия, применение антибиотиков широкого спектра действия, препаратов, улучшающих микроциркуляцию.

В лечении атипичного гемалитико-уремического синдрома имеют место несколько таких методов, как: 1) Терапией первой линии лечения у детей является препарат экулизумаб (гуманизированное моноклональное антитело к C5 фракции) [9].

2) В России всем детям и взрослым с аГУС лечение начинают с плазмотерапии в режимах инфузий свежезамороженной плазмы или плазмообмена. Плазмотерапию рекомендуется начинать в первые 24 часа после госпитализации и продолжать до нормализации числа тромбоцитов, прекращения гемолиза (нормализации активности ЛДГ) и улучшения функции почек. (50-60 мл на 1 кг массы тела).

3) При отсутствии выраженной тромбоцитопении и кровоточивости введение плазмы сочетают с введением гепарина (2500-5000 ед).

Трансплантация почки рекомендована как вид заместительной почечной терапии у пациентов с терминальной ХПН в исходе аГУС [9].

В основном прогноз аГУС неблагоприятный. Смертность в острой стадии составляет 5-10%. У 50% пациентов развивается ХПН. Рецидивы заболевания отмечаются во всех вариантах заболевания, которые провоцируются различными инфекциями. Наиболее благоприятный прогноз отмечается при наличии MCP мутации [1].

На фоне проведения терапии экулизумабом у детей отмечается статистически достоверное увеличение числа тромбоцитов (73-109/л; $p=0,0001$). По данным исследований нормализация гематологических показателей наблюдалась у 13 (76%) из 17 пациентов, получавших препарат. Также у пациентов, получающих экулизумаб, наблюдается сокращение числа эпизодов МАГА, улучшение функции почек, снижение потребности в диализе и улучшение качества жизни [10, 11].

Список литературы.

1. Атипичный гемолитико-уремический синдром у детей / Т.П. Макарова [и др.] // Практическая медицина.– 2012.– № 62.– С.58-59
4. Noris M., Remuzzi G. Hemolytic Uremic Syndrome // J. Am. Soc. Nephrol. – 2005. – Vol. 16. – P. 1035-1050.
2. Министерство здравоохранения РФ. Союз педиатров России. Клинические рекомендации. Гемолитико-уремический синдром у детей, 2015. – 7с.
3. Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://nczd.ru/gemolitiko-uremicheskij-sindrom-gus-u-detej/> – Гемолитико-уремический синдром (ГУС) у детей. – (Дата обращения: 10.02.2019).
4. Попа А.В., Лифшиц В.И., Эмирова Х.М., Абасеева Т.Ю., Зверев Д.В., Панкратенко Т.Е. Современные представления об атипичном гемолитико-уремическом синдроме (NON-Stx-HUS) // Педиатрия. – 2012. – Т. 90, № 4. – С.134-140.
5. Цыгин А.Н., Вашурина Т.В., Маргиева Т.В., Ананьин П.В., Мазо А.М., Пушков А.А., Савостьянов К.В. Федеральные клинические рекомендации по оказанию помощи детям с гемолитико-уремическим синдромом. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (4): 447-455.
6. Шанталь Луара. Гемолитико-уремический синдром. Детская нефрология / Под редакцией Э. Лоймана, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. – М.: Литтерра, 2010. – С. 184-193.
7. Шпикалова И.Ю. Панкратенко Т.Е. Эмирова Х.М. Зверев Д.В. Толстова Е.М. Поражение ЦНС у больных с Шига-токсин ассоциированным гемолитикоуремическим синдромом (STEC-ГУС): современные аспекты патогенеза, клиники и стратегии лечения (Обзор литературы) Нефрология и диализ, 2014; 16(3): 328-338
8. Delvaeye M., Noris M., De Vriese A., Esmon C.T., Esmon N.L., Ferrell G., Del-Favero J., Plaisance S., Claes B., Lambrechts D., Zoja C., Remuzzi G., Conway E.M. Thrombomodulin mutations in atypical Hemolytic-Uremic Syndrome // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 361. – P. 345-357.
9. Loirat C., Babu S. et al. Eculizumab efficacy and safety in patients with atypical hemolytic uremic syndrome (ahus) resistant to plasma exchange/infusion [poster]. Presented at the 16th Congress of European Hematology Association (EHA). London, UK. 2011.
10. Loirat C., Fremeaux-Bacchi V. Атипичный гемолитико-уремический синдром // Нефрология. – 2012. – Т. 16. № 2. – С. 16-4В.

СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Проняева Т.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хохлова Е.Н.

Актуальность исследования заключается в том, что последнее десятилетие заболеваемость коклюшем среди детей резко возросла, стала проявляться стертость клинической картины – характерные симптомы данного заболевания отсутствуют. Тенденция к такой статистике происходит вследствие отказа населения от вакцинации либо неполное соблюдение курса вакцины, а также несвоевременное обращение пациентов в соответствующие медицинские учреждения либо к специалистам первичного звена [1].

Целью исследования является оценка особенностей клинико-эпидемиологической ситуации в Курской области по коклюшу, изучение различных групп детского населения в возрасте от 0 до 14 лет, выявление групп риска при контакте с заболевшими, а также оценка имеющейся клинической картины в сравнении с характерными симптомами для коклюша, методов диагностики и лечения.

Материалы и методы: для исследования были отобраны истории болезни детей, проходивших лечение на базе Областной клинической инфекционной больницы им. Н.А. Семашко г. Курска в 2015-2017 годы. Были рассчитаны показатели по клиническим симптомам и их выраженности, методам диагностики, группам антибиотиков для лечения. Также для сравнения были приведены данные по возрастным группам, месту жительства, наличию вакцинации.

Результаты и их обсуждение: Выборка составила 50 детей. В свою очередь лиц женского пола – 58% (29 человек), мужского – 42% (21 человек). Относительно возрастной категории в исследовании приняли участие дети в возрасте от 0 до 14, среди которых: от 1 месяца до 1 года – 30 (60% детей), от 1 года до 3 лет – 4 (8%), от 3 до 7 лет – 6 (12%), 7 лет и старше – 8 (16%). Среди участников исследования преобладали сельские жители – 32 человека (64%), городских было 18 пациентов (36%).

В стационаре в среднем было проведено 6 койко-дней. Пациенты в среднем поступали на 12 – 15 день болезни. Это связано с несвоевременным обращением в больницу, включая первичное звено, а также вследствие только лишь ошибочного симптоматического лечения. В 9% случаев у детей встречались сопутствующие заболевания других систем органов – ПЭП (1%), анемия (7%), аплазия легкого (1%). В 11% случаев наблюдались осложнения – апноэ, дыхательная недостаточность. Преобладали среднетяжелые формы заболевания (92% больных) [3]. Осложнения в большинстве случаев наблюдались у непривитых детей 1 года жизни. Инфекция практически в 90% случаев протекала под маской ОРВИ.

Около 65% детей были привиты АКДС-вакциной по графику (включая АКДС-м), 19% не были привиты вследствие отказа родителей и 11%

не привиты АКДС-м. В то же время коклюш – лидирующая инфекция среди вакциноуправляемых. Имеются версии о том, что вакцинопрофилактика является недостаточно эффективной, вследствие этого число заболевших все увеличивается. К другим причинам повышения уровня заболеваемости относятся: низкий уровень полностью привитых детей, отсутствие иммунизации матери, низкий социальный статус, недостаточная освещенность сельских жителей о важности вакцинопрофилактики, перебои с поставкой АКДС-вакцины в больницы [2].

Изучая анамнез болезни было определено, что преобладающая часть детей контактировали длительное время с кашляющими членами семьи (родители, братья, сестры) – 89% случаев.

Изучая лабораторные данные было получено, что в 72% случаев наблюдался лейкоцитоз и лимфоцитоз. Это говорит о том, что лабораторные признаки не всегда будут указывать на наличие инфекции в организме, хотя все это время заболевание может прогрессировать, давая в последующем осложнения.

В 79% случаев было проведено рентгеновское исследование для дифференциального диагноза с хроническим бронхитом и пневмонией. На снимке было обнаружено усиление легочного рисунка.

Относительно диагностики и ценности методов обнаружено, что на данный момент самый эффективный метод – высоко точная ПЦР (у 42% пациентов), входящая в «золотой стандарт» диагностики. Бактериологическое исследование хоть и выполняется по сей день, но диагностической ценности не имеет и уступает ПЦР (в 100% случаев дала отрицательный результат).

В лечении коклюша в соответствии с национальным протоколом ведения пациентов использовались макролиды – 31 (62%), цефалоспорины 3 и 4 поколений – у 17 (34%), аминогликозиды у 2 (4% больных). Имеется четкая связь применения антибиотиков со степенью доказательности.

Выводы. Таким образом, изучая течение коклюша в современных условиях в Курской области, можно сделать вывод о том, что данное заболевание скрывается под маской ОРВИ, тем самым обеспечивая трудности в диагностике. Дети в возрасте от 1 до 5 лет являются высокой группой риска по данному заболеванию. Наиболее диагностически ценный метод – ПЦР. Эффективность лечения среди антибиотикотерапии доказана у макролидов.

Список литературы.

1. Гасилина, Е.С. Коклюш у детей – клинико-эпидемическая характеристика в Самарской области // Детские инфекции. – 2018. – № 17. – С. 54-55.
2. Николаева, И.В. Коклюш на современном этапе // Обзоры. – 2016. – Т.9. – С. 25-26
3. Современные аспекты коклюша у детей // Педиатрия – 2016. -№ 3. – С. 66-70.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУРФАКТАНТТЕРАПИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Прохоров Д.М.

**Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФДПО
Научный руководитель – к.м.н., доцент, Ибатулин А.Г.**

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время проблема недонашивания беременности, является одной из актуальных. Наибольшую значимость среди других патологий составляет респираторный дистресс-синдром (РДС), который является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных. Встречаемость его тем выше, чем меньше гестационный возраст (ГВ) и масса тела ребенка при рождении [1].

Целью исследования явилось изучение динамики состояния новорожденных, изменений рентгенологических показателей, газового состава крови на фоне проводимой сурфактанттерапии препаратом «Куросурф» у глубоконедоношенных детей различного гестационного возраста, а также влияние профилактики РДСН с учетом материнского анамнеза.

Материалы и методы: ретроспективно изучено 35 историй болезни новорожденных с диагнозом РДСН тяжелой степени, родившихся с гестационным возрастом от 25 до 28 недель, и их матерей.

Все наблюдаемые дети были распределены на 2 группы, в зависимости от ГВ: 1-я группа- дети до 26 недель (n=16), 2-я группа – дети ГВ 27-28 недель (n=19). ГВ определялся на основании акушерского анамнеза, по шкале Ballard и соответствие его антропометрическим данным.

В каждой из наблюдаемых групп изучался материнский анамнез, антропометрические показатели, оценивалась клиническая картина, рентгенография органов грудной клетки (ОГК) в динамике, газы крови, длительность респираторной поддержки, включая ИВЛ и НСРАР, кратность и дозы введения препарата «Куросурф». Статистическая обработка проводилась с помощью онлайн-программы [4]. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

Результаты: у недоношенных детей 1-й группы 6 (37,5%) матери имели крайне отягощенный анамнез, искусственное прерывание беременности, у 16 (100%) женщин наблюдались воспалительные заболевания репродуктивной сферы, угроза прерывания беременности и угроза преждевременных родов, у 14 (81,25%) – гестоз 1-й половины беременности. 9 (56,25%) женщин неоднократно находились на лечение по поводу сохранения настоящей беременности. 8 (50%) женщин получили профилактику РДС при сроке беременности 23-24 недели. Профилактика проводилась препаратом «Дексаметазон» в дозе 6 мг. каждые 12 часов в течении 2-х дней в среднем за неделю до родов [1]. Роды при сроке 23-24 недели у 5 (31,3%) матерей и в 25-26 недель у 11 (78,5%). Масса родившихся составила 745 ± 112 гр.

По шкале Апгар на 1-й минуте оценки были от 2-х до 5 баллов, т.е. дети родились в состоянии асфиксии тяжелой и умеренной степени.

В 100% случаев дети с лечебной целью получили препарат «Куросурф», в дозе 200 мг\кг массы [2]. В данной группе терапия препаратом сурфактанта проводилась однократно у 5 (31,25%) пациентов, двукратно у 7 (43,75%) пациентов и трехкратно у 4 (25%) пациентов, в зависимости от клинико-рентгенологической картины и тяжести состояния. Длительность респираторной поддержки, в которую входило ИВЛ и НСРАР, составила $30,5 \pm 6,8$ дней.

У недоношенных детей второй группы матери имели менее отягощенный анамнез: искусственное прерывание беременности у 3 (16%), также наблюдались воспалительные заболевания репродуктивной сферы 8 (42,1%), угроза прерывания беременности и угроза преждевременно родов 16 (84,2%). 13 (68,4%) матерей неоднократно находились на лечении по поводу сохранения настоящей беременности. 13 (68,4%) ($p > 0,05$) матерей получили профилактику РДС при сроках беременности 27-28 недель. Роды при сроке 27 недель у 7 (36,8%) матерей, и в 28 недель у 12 (63,1%) наблюдаемых. Масса родившихся составила 1017 ± 75 гр. ($p > 0,05$). По шкале Апгар на 1-й минуте оценки были от 1 до 5 баллов, т. е. данные дети также родились в состоянии асфиксии тяжелой и умеренной степени.

Во второй группе терапия препаратом сурфактанта проводилась однократно у 14 (73,7%) ($p < 0,05$) пациентов, двукратно у 5 (26,3%) ($p > 0,05$) пациентов, трижды препарат не вводился ни одному из недоношенных. Так же в данной группе наблюдалось значительное снижение времени нахождения на респираторной поддержке и составило $18 \pm 6,1$ ($p > 0,05$) суток, что вдвое меньше по сравнению с первой группой.

Между данными группами были выявлены основные различия: в первой группе наблюдался более тяжёлый анамнез с большей частотой встречаемости описанных выше патологий, также первая группа недоношенных отличилась большим временем нахождения на респираторной поддержке: 31 и 14 сутки, соответственно у 1-ой и 2-ой группы, а также большей частотой введения препарата «Куросурф»: у первой преобладало двукратное введение, в то время как у второй превалировало однократное введение сурфактанта.

В таблице 1 представлены данные о среднем значении количества дней, при которых началась положительная динамика на рентгенологических снимках, среднее значение длительности респираторной поддержки и среднем значении вводимых доз «Куросурф». Из данной таблицы видно, что в обеих группах детей, матерям которых проводилась профилактика дексаметазоном снизилась длительность пребывания на респираторной поддержке, быстрее наступала положительная рентгенологическая динамика, а также данным детям требовалась меньшая кратность введения доз препарата «Куросурф».

Так же особого внимания заслуживает тот факт, что у детей с профилактикой препаратом «Дексаметазон» при рождении наблюдалось неадекватное, но самостоятельное дыхание, а у группы не получавших

профилактики в большинстве случаев наблюдалось дыхание типа «гаспинг», либо вообще дыхание отсутствовало.

Выводы. Профилактика РДСН положительно влияет на динамику состояния глубоконедоношенных детей, следовательно, всем беременные с угрозой преждевременных родов нуждаются в профилактике РДС в сроках не более недели до родов.

Необходима своевременная санация очагов хронической инфекции, сокращение искусственных прерываний беременности.

Большая эффективность препарата «Куросурф» при лечении РДСН отмечается у детей гестационного возраста свыше 26 недель, что связано с их большей морфофункциональной зрелостью.

Список литературы.

1. «Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом». Клинические рекомендации РАСПМ-Москва-2016- ред.Н.Н Володин.
2. Рыдин А.Ю., Ионов О.В. Малоинвазивное введение сурфактанта у глубоко недоношенных новорожденных (обзор). Неонатология 2013-С.33.
3. Неонатология. Национальное руководство (краткое издание) – Москва. -2016 -972 с.
4. <http://medstatistic.ru/calculators/averagestudent.html>

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Сибилёва А.А., Бабенко А.С., Николаенко Ю.Н, Проконова С.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность. В настоящее время проблема задержки внутриутробного развития (ЗВУР) у детей связана с сохраняющейся высокой частотой заболевания (22%-48%), связью с гестационным возрастом [1,3,5,8]. Нарушения роста и развития плода в анте- и интранатальном периоде обуславливают высокие показатели мертворождений, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности [2,6], а также негативно сказываются на последующем росте, развитии и здоровье детей [3,4,7]. Несмотря на многочисленные исследования, посвящённые проблеме задержки внутриутробного развития у детей [2,3,4,5,8], развитие ЗВУР у недоношенных детей заслуживает особого внимания у неонатологов и педиатров в связи с сочетанными нарушениями постнатального роста и развития и серьёзным прогнозом для жизни и здоровья у этой категории больных

Целью исследования является определение частоты ЗВУР и особенности состояния здоровья у глубоконедоношенных детей с экстремально низкой

массой тела при рождении (МТР) – менее 1000 граммов (ЭНМТ) и с очень низкой массой тела (ОНМТ) – от 1000 до 1499 граммов.

Материалы и методы: проведено исследование 560 новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, со сроком гестации 24-37 недель.

Основную группу составили 245 детей с задержкой внутриутробного развития со средними показателями массы тела при рождении $1162,0 \pm 68,7$ граммов, роста – $37,0 \pm 0,82$ сантиметра, окружности головы – $26,4 \pm 1,4$ сантиметра, окружности груди – $24,4 \pm 1,2$ сантиметра.

В контрольную группу вошли 315 новорожденных с физическим развитием, соответствующим гестационному возрасту со средними показателями массы тела при рождении $1287,0 \pm 144,1$ граммов, роста – $38,0 \pm 3,1$ сантиметров, окружности головы – $26,4 \pm 4,4$ сантиметров, окружности груди – $25,6 \pm 2,2$ сантиметров. Для обработки полученных результатов ($M \pm m$) использован пакет статистических программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Нормальные показатели физического развития, соответствующие гестационному возрасту достоверно чаще регистрировались у более зрелых недоношенных, в то время, как у детей менее 1000 граммов этот показатель был только у 25,7% младенцев (таблица 1).

Таблица 1. Частота ЗВУР среди глубоко недоношенных детей в зависимости от массы тела при рождении

Показатели физического развития	ОНМТ	ЭНМТ
Норма	55,8%	25,7%
ЗВУР 1 степени	24,8%	30,6%
ЗВУР 2 степени	7,6%	14,3%
ЗВУР 3 степени	11,8%	29,4%

В ходе исследования нами определена обратная зависимость степени тяжести ЗВУР от степени недоношенности. У 32,4% детей с ЭНМТ зарегистрирована средняя и тяжелая степени задержки внутриутробного развития, тогда как у детей с ОНМТ чаще (32,4%) была легкая и среднетяжелая форма заболевания. ЗВУР регистрировалась чаще (80,0%) у детей, рожденных на сроке 28-33 недели.

У всех (100%) обследованных глубоко недоношенных новорожденных имели место следующие заболевания: перинатальное гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы; внутрижелудочковые кровоизлияния (60%-64%), натальная травма (8,5-8,9%). Достоверных различий по частоте, степени тяжести и исходам ПЭП у детей со ЗВУР не обнаружено.

Внутриутробные инфекции также выявлены у всех обследованных детей (Рисунок 1): в группе контроля достоверно чаще ($p < 0,01$) регистрировались пневмонии (82,2% против 67,3%); у детей со ЗВУР – генерализованное течение TORCH инфекций (11,9%, против 6,0% в группе контроля), сепсис (4,4% против 2,5%), гепатит (6,1%, против 2,5%) и менингит (1,6%, против 0,3%),

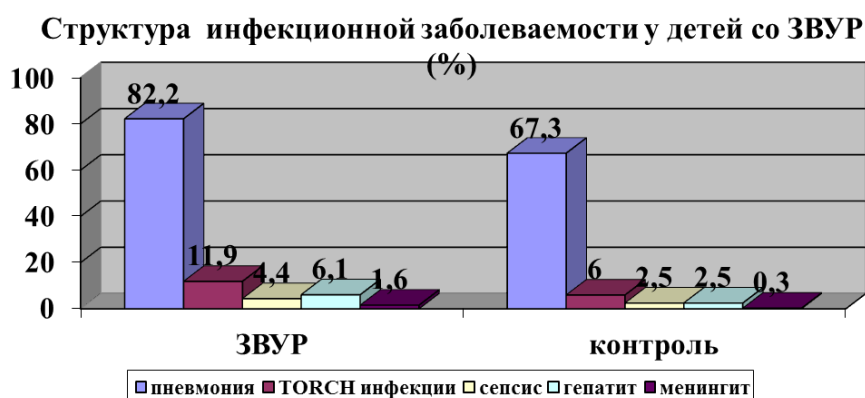


Рисунок 1. Структура инфекционной заболеваемости у детей со ЗВУР

Нами не обнаружено различий в частоте и тяжести респираторного дистресс-синдрома (РДС), однако у детей со ЗВУР чаще регистрировалась классическая форма бронхолегочной дисплазии (40,9% против 33,9%).

Определено, что у детей со ЗВУР чаще, чем в контроле были врожденные пороки сердечно-сосудистой системы (11,4% и 6,7%), малые аномалии развития сердца (24,8% и 7,6%), множественные пороки развития и аномалии центральной нервной системы – по 1,6% и 0,6% соответственно.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования, регистрируется наиболее частое ЗВУР у детей с ЭНМТ, рожденных на 28-33 неделе гестации, ассоциируемое с тяжёлым течением внутриутробных инфекций и формированием врождённых пороков и аномалий развития органов и систем.

Список литературы.

1. Кислюк Г.И. Показатели здоровья у детей с задержкой внутриутробного развития // Матер. I Межд. Конгр. по перинатальной медицине, посвященного 85-летию академика РАМН В.А. Таболина, и VI Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины. 2011. С. 71.
2. Кислюк Г.И., Гладких О.Ю., Янчук О.Я. Некоторые демографические показатели, отражающие состояние здоровья матерей и новорожденных детей г. Курска // Матер. II межд.науч-практ.конф. «Медико-биологические аспекты мульти-факториальной патологии». 2011. С 197-198.
3. Клинико-диагностические параллели между соматическим статусом недоношенных детей и риском возникновения у них перивентрикулярной лейкомаляции Теория и практика современного научного знания. Проблемы. Прогнозы. Решения / Кислюк Г.И., [и др.] // Сб научных статей по итогам международной научно-практической конференции 19 – 20 апреля 2017. С. 26-28.
4. Ковалева Н.И. Кислюк Г.И., Гладышкина Н.С. Эпидемиологические аспекты бронхолегочной дисплазии у глубоконедоношенных детей // Межд. Науч-практ. конференция «Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни». 2016. С. 21-23.

5. Кочугова Е.И. Кислюк Г.И. Анализ заболеваемости в периоде неонатальной адаптации детей, рожденных с экстремально низкой массой тела «Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование в 21 веке: возможности, проблемы и перспективы»: Сб. тр. Науч.-практ. конф. с межд. участ. [Электронный ресурс] / Лазаренко В.А., Комиссинская И.Г., Степченко А.А. – Курск: КГМУ, 2017. С. 246-252.

6. Любимцева Т.В. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития и влияние плацентарных белков на субпопуляции лимфоцитов: авт. дис.... к.м.н.: Иваново, 2004 19 с.

7. Ожегов А.М., Тарасова Т.Ю., Петрова И.Н. Клинико-иммунологические особенности внутриклеточных внутриутробных инфекций у новорожденных с задержкой внутриутробного развития // Детская больница № 1. 2011. С. 31-36.

8. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода // Русский медицинский журнал. 2005 Т13(1). С. 31-33.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Сотникова В.В., Волчек В.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент.Груздева М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что хронические кишечные заболевания воспалительной природы часто называют истощающими, и свое название они оправдывают в полном объеме. Подобные патологии сопровождаются тяжелыми симптомами, быстрым развитием осложнений, плохо поддаются лечению и приводят к инвалидизации ребенка [1]. Хронические колиты у детей представляют собой гетерогенную группу воспалительных заболеваний кишечника, для которых характерны изменения слизистой оболочки кишки дистрофического или деструктивного характера. К хроническим воспалительным заболеваниям кишечника (ХВЗК) относят несколько отдельных нозологических форм, общим для которых является воспаление слизистой оболочки кишки, а также схожесть клинических проявлений [2].

К возникновению ХВЗК у детей предрасполагают искусственное вскармливание на первом году жизни, пищевая аллергия, наличие хронических очагов инфекции, интоксикация солями тяжёлых металлов, длительная антибактериальная терапия, врождённые аномалии развития кишечника [3]. Возможно формирование колитов смешанной этиологии, например, при сочетании инфекционного и алиментарного факторов. У ряда больных заболевание возникает под влиянием сосудистых нарушений, эндокринных

расстройств, белковой и витаминной недостаточности. Нередки случаи, когда заболевание развивается у детей, страдающих другими заболеваниями ЖКТ, особенно часто он выявляется у больных с хроническим панкреатитом, энтеритом, холециститом, язвенной болезнью ДПК [4].

Целью исследования является изучение клинических проявлений у пациентов с ХВЗК.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ 10 историй болезней пациентов с диагнозом «неспецифический язвенный колит», находившихся на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (далее – У «ГОКБ») в 2017 году.

Средний возраст пациентов составил $11,2 \pm 3,88$ лет. Индекс массы тела, в среднем, равен $17,41 \pm 11,20$ кг/м². Соотношение по полу – 1:2,75 (мальчики и девочки, соответственно).

Статистический анализ полученной информации проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0 (USA).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что все пациенты с диагнозом «ХВЗК» (3 пациента (30%) – с болезнью Крона (во всех случаях – илеоколит), 7 пациентов (70%) – с НЯК (у 1 пациента – дистальный колит (14,29%), у 6 – проктосигмOID (85,71%)) были направлены в стационар консультативной поликлиники У «ГОКБ»: 4 пациента (40%) – в экстренном порядке, 6 пациентов (60%) – в плановом.

У 4 (40%) пациентов наблюдалась низкая степень активности основного заболевания, у 4 (40%) – умеренная и у 2 – высокая (20%).

2 пациента (20%) являлись сельскими жителями, 8 (80%) – городскими.

В среднем, заболевание у пациентов началось в возрасте $8,60 \pm 4,4$ лет.

В отношении ХВЗК лишь у 2 пациентов (20%) была отягощена наследственность (в обоих случаях со стороны сестры матери).

В среднем, систолическое артериальное давление (далее – САД) равно 101,0 мм рт.ст., диастолическое (далее – ДАД) – 62,5 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 86,6 ударов в минуту, частота дыхания (далее – ЧД) – 18,4 дыхательных движений в минуту.

У 4 пациентов наблюдалась обложенность языка у корня, у 1 – всего языка и у 5 – язык вовсе не был обложен.

Кратность стула колеблется от 1 раза (5 пациентов) до 12 раз. Слизь, как патологическая примесь кала присутствовала у 1 пациентов, кровь – у 4. Сочетание слизи с кровью – у 2 человек.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что девочки в 2,75 раза ($p < 0,05$) чаще имеют ХВЗК. Статистически достоверным является наличие с материнской стороны отягощенной наследственности (в 20% случаев, $p < 0,05$). Обложенность языка не является прогностическим признаком появления ХВЗК, в то же время появление в стуле примесей кала и/или слизи является статистически значимым критерием появления ХВЗК.

Список литературы.

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. – СОТИС: Санкт-Петербург, 1997. – С. 359–371.
2. Златкина А.Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения. – Москва.: Медицина, 1994. – С. 197–210.
3. Наследственная предрасположенность при болезни Крона: увеличение риска взаимосвязи от возраста и связь с клиническими особенностями / M. Peters et. al. // Gastroenterology. – 1996. – V. 111. – P. 597–603.
4. Щербakov П.Л. Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и неспецифический язвенный колит // Детский доктор. 2000 № 4. С. 22-26.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Статина М.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – д.м.н., профессор Гаврилюк В.П.

Актуальность данного исследования состоит в том, что острый гематогенный остеомиелит – одно из тяжелейших гнойно-септических заболеваний, которое приводит при недостаточно ранней диагностике и неадекватном лечении к формированию тяжелейших септических осложнений с возникновением полиорганной недостаточности, сепсису вплоть до летального исхода. При неверной или несвоевременной постановке диагноза начало применения верной лечебной тактики, чаще уже в стадии развивающегося сепсиса, может приводить к осложнениям, хронизации процесса, и даже к инвалидизации ребенка. Но помимо вышеперечисленных факторов, в патогенезе осложнений также имеет место и игнорирование корректировки иммунологических показателей, к которым в первую очередь относятся система цитокинов, комплемента и активность полиморфноядерных лейкоцитов периферической крови [1]. Острый гематогенный остеомиелит является частным вариантом инфекционного иммунозависимого воспаления. Тяжесть данного заболевания зависит от следующих факторов: от возраста ребёнка, иммунологического статуса макроорганизма и вирулентности микроорганизма, обширности и локализации поражения, сроков от начала заболевания, объема проводимого лечения, а также сопутствующих заболеваний пациента. Нарушение иммунного гомеостаза в виде дисбаланса синтеза гормонов, простагландинов, компонентов системы комплемента, а также цитокинов является провоцирующим механизмом развития гнойных осложнений и хронизации процесса [2].

Целью исследования является оценка иммунологических параметров у детей при остром гематогенном остеомиелите с определением

корректирующих иммунологических свойств лонгидазы (свечи) при местно-очаговой форме острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материалы и методы: наблюдению подверглись 35 детей (средний возраст $9,7 \pm 1,4$ лет), у которых имелась местно-очаговая форма острого гематогенного остеомиелита. Было выявлено, что самая распространённая локализация процесса у детей – поражение большеберцовой кости: 36%, затем бедренной кости – 32%, на последнем месте – плечевая кость (18% обследуемых). Методом контроля являлись показатели обследуемых 18 детей (средний возраст которых составлял $9,4 \pm 1,5$ лет). Отмечалось, что на момент исследования, у детей отсутствовали какие либо соматические и хирургические заболевания. Помимо того, 17 детям вводился препарат «Лонгидаза» в свечах per rectum (3000 МЕ с третьих суток – 5 свечей per rectum каждые 72 часа). Объём лечебных мероприятий включал в себя предоперационную подготовку, выполнение оперативного вмешательства (наложение остеоперфоративных отверстий, санация местного гнойного очага), также антибактериальную терапию (в объёме Цефотаксим, Амикацин, Метрагил) в послеоперационном периоде – антибактериальную терапию с дальнейшей сменой схемы лечения по результатам посева с учётом флоры и чувствительности, инфузионную и противогрибковую терапию. Забор плазмы крови производился до оперативного вмешательства (в первые сутки поступления), после оперативного вмешательства (через 48 часов) и на 21 сутки пребывания в стационаре. Были использованы реагенты ProCon (ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург), с помощью которых был определён уровень интерлейкинов 4, 8, 10, 1β , компонентов системы комплемента (C3, C4), ФНО α , фактора Н, С1-ингибитора. [3]. Критерии активности и интенсивности фагоцитоза нейтрофилов периферической крови: фагоцитарное число, процент фагоцитоза. Значения НСТ-теста, то есть кислородзависимую активность нейтрофилов, определяли по восстановительной реакции нитросинего тетразолия. По общепринятым критериям вариационно-статистического анализа, посредством оценки показателей описательной и вариационной статистики, результаты исследования подвергались обработке. Рассчитывали средние величины (М) и ошибки средней арифметической (m). По U-критерию определяли достоверность различий. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. На момент поступления в стационар у исследуемых в плазме крови было выявлено повышение концентрации ФНО α , ИЛ- 1β , ИЛ-8, ИЛ-4, в то время как концентрация ИЛ-10 оставалась в допустимых пределах, уровня здоровых детей. Установлено возрастание концентрации С1-ингибитора и фактора Н, также С3-компонента системы комплемента, в то время как концентрация С4-компонента была на уровне группы здоровых доноров. Также при поступлении отмечалось снижение фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, то есть снижалась фагоцитарная активность нейтрофилов. Выполненное оперативное лечение привело к еще большему возрастанию концентрации ФНО α , ИЛ-4 и С3-компонента системы комплемента. Наблюдалось увеличение показателей

НСТ-теста, как проявление увеличения кислородзависимой активности нейтрофилов периферической крови. Уже на 21-е сутки от поступления в клинику у исследуемых с острым гематогенным остеомиелитом из первой группы имеют место нормализация уровня компонентов комплемента (С3 и С4), интерлейкина-8, и коррекция концентрации фактора Н, С1-ингибитора, но не до уровня здоровых детей. У доноров, получавших препарат «Лонгидаза» в виде свечей уже к 21-м суткам отмечалась нормализация функционально-метаболической активности нейтрофилов периферической крови, концентрация регуляторов компонентов системы комплемента: уровень С1-ингибитора и фактора Н.

Выводы. При остром гематогенном остеомиелите имеет место внедрение инфекционного агента, сопровождающегося изменениями представительства цитокинов, активности нейтрофилов и компонентов системы комплемента. Полученные результаты исследования, могут свидетельствовать о выраженных изменениях цитокинового звена иммунитета, системы комплемента и функционально-метаболической активности нейтрофилов периферической крови у детей при местно-очаговой форме заболевания, которые усугубляются проводимым оперативным лечением и анестезиологическим пособием. Изменения в иммунном статусе, которое удалось выявить у детей при остром гематогенном остеомиелите, не полностью корригируются стандартными методами лечения данного заболевания, в то время как применение препарата «Лонгидаза» в свечах per rectum позволило предотвратить дальнейшие изменения иммунологических показателей крови. В результате чего удалось выписать всех пациентов с исходом в виде выздоровления. Осуществлялось динамическое наблюдение в течении 6 месяцев после выписки из стационара и не было выявлено ни одного случая хронизации процесса.

Список литературы.

1. Жанкин Б.А., Альходжаев С.С., Килыбаев А.К., Джаксыбаев М.Н., Нурлыбеков Д.К. Ронколейкин в комплексном лечении хронического остеомиелита // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – 3-2. – С. 225-227.
2. Костин С.В., Гаврилюк В.П., Северинов Д.А., Статина М.И. Иммуномодулирующая фармакотерапия детей с острым гематогенным остеомиелитом // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28206> (дата обращения: 16.03.2019).
3. Кошель И.В., Щетинин Е.В., Быкова Н.И., Сирак С.В., Гатило Ю.Ю. Исследование иммуногенных свойств микроорганизмов, выделенных у больных с хроническим остеомиелитом верхней челюсти // Аллергология и иммунология. – 2017. – 18 (2). – С. 106-111.
4. Крестова Е.И., Лебедев М.Ю., Живцов О.П., Ашкинази В.И. Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии в лечении хронического остеомиелита длинных трубчатых костей // Медицинский альманах. – 2018. – 2 (53). – С. 63-67.

5. Лебедев М.Ю., Крестова Е.И., Живцов О.П. Оценка применения иммуномодулирующей терапии в лечении хронического остеомиелита длинных трубчатых костей // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – 5. – С. 174-175.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА КУРСКА

Телепова Е.В., Яковлева С.Г.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Пронская О.А

Актуальность. Достоверные сведения о состоянии здоровья детей выявляют определенные тенденции, имеющие ценность для планирования приоритетных медицинских и социальных мероприятий с учетом территориальной специфики.

Целью исследования была оценка состояния здоровья детского населения города Курска.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ОБУЗ «Курская городская детская поликлиника № 8» в ходе которого были проанализированы статистические отчеты работы поликлиники за 2015-2018 годы

Результаты и обсуждения. По результатам анализа работы Курской городской детской поликлиники за 2015-2016-2017-2018 годы показатель общей заболеваемости составил по годам: 2118,6 – 2291,5 – 2284,2 – 2080,4 на 1000 детского населения от 0 до 17 лет. Возросли показатели общей заболеваемости по следующим классам: инфекционные и паразитарные болезни на 7,8 на 1000 детского населения от 0 до 17, болезни эндокринной системы – на 5,2, новообразования – на 0,4 по сравнению с 2017 годом. Снизилась заболеваемость по следующим классам: болезни крови и кроветворных органов, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, болезни мочеполовой системы, болезни костно-мышечной системы, заболевания ЦНС, врожденные аномалии развития. Анализ заболеваемости детей в детских дошкольных учреждениях показал тенденцию к росту до 2017 года, с 2018 года наблюдается снижение данного показателя. В 2015г. заболеваемость на 1000 составила 1241,5, в 2016г. – 1346,8, в 2017 – 1515,4, в 2018 – 1508,8. Регулярность наблюдения за здоровьем и физическим развитием детей в течение первого года жизни составила 100%, охват диспансерным наблюдением детей в возрасте 3-х и 7 лет – 100%. Охват диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями, высокий и остается почти неизменным (2015г, 2016г. – 99,7%, 2017г., 2018г. – 99,8%). Количество диспансерных на 1000 детского населения 0-14 лет – снижается (2015 г. – 235,5, 2016 г. – 225,4, 2017 г. – 228,0, 2018г. – 226,0), а подросткового возраста (15-17 лет) за указанный промежуток времени

прогрессивно увеличивается (2015 г. – 282,3, 2016 г. – 353,2, 2017 г. – 374,1, 2018г. – 344,0). В течение последних 4-х лет ведущей патологией, занимающей первое место в структуре заболеваемости по данным диспансеризации, являются болезни костно-мышечной системы, из них основной патологией стали деформирующие дорсопатии, на их долю приходится около 19%. Второе место – болезни нервной системы – 14%, на третьем месте находятся болезни органов дыхания и болезни эндокринной системы – 12%, на четвертом – болезни пищеварительной системы – 11%, на пятом – болезни глаз – 10%, на шестом – врожденные аномалии развития – 6%, на седьмом – болезни мочеполовой системы – 5% [2, 3, 4].

Важную информацию о состоянии здоровья детей дает распределение их по группам здоровья. В 2016, 2017, 2018 годах доля детей, относящихся к первой группе здоровья, в сравнении с 2015 годом снизилась с 41,0% до 26,3%, относящихся ко второй – несколько возросла, с 34,1% до 41,6%. Детей с третьей группой здоровья стало больше на 7,5%. Доля детей с четвертой группой здоровья в 2018 году уменьшилась на 0,6% по сравнению с 2015г, однако количество детей с 5 группой здоровья увеличилось на 0,6% за счет их перехода из четвертой группы, что отражает не очень благоприятную тенденцию.

За последние 4 года отмечается рост числа детей инвалидов по всем нозологиям. Значительно увеличилось число детей инвалидов с заболеваниями нервной системы, дыхательной системы, врожденными аномалиями, новообразованиями по сравнению с 2015 годом [1, 5].

Выводы. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей представляют собой огромную медико-социальную проблему. Возросшие показатели заболеваемости по таким нозологиям как болезни костно-мышечной системы, органов дыхания, болезни нервной системы диктуют необходимость повышения эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Необходимо активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности.

Следует уделять особое внимание проведению профилактической работе. Необходимо повышать уровень санпросвет работы, что позволит уменьшить количество отказов от профилактических прививок и увеличит своевременность и полноту их проведения.

Дети со стойкими и выраженными нарушениями здоровья и развития, а особенно дети-инвалиды, требуют особой индивидуализации как кратности, так и содержания процессов диспансеризации; они нуждаются не только в специальных оздоровительных и профилактических мероприятиях, но и в систематическом лечении (периодически – в стационарах или санаториях). Отмечается значительный рост детей инвалидов с заболеваниями нервной системы. Следует осуществлять углубленный

контроль за состоянием здоровья детей с патологией ЦНС, в частности детей с перинатальным поражением ЦНС, стремиться к выявлению групп риска по данной патологии на более ранних этапах.

Список литературы.

1. Багирокова Ф.Ч., Структура и общая заболеваемость детей и подростков по данным диспансеризации за 2010 год в городе Майкопе [Электронный ресурс] / Ф.Ч. Багирокова // ФЭН-НАУКА. – 2011. – № 2 (2). – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17844618> – (Дата обращения: 25.02.2019).
2. Бородулина Т.В., Роль диспансеризации в оценке здоровья детей [Электронный ресурс] / Т.В. Бородулина, Н.Е. Санникова, Л.Н. Малямова, С.В. Татарева // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 2 (2). – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17038973> – (Дата обращения: 25.02.2019).
3. Клинические нормы. Педиатрия [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html> – (Дата обращения: 25.02.2019).
4. Рзянкина, М.Ф., Молочный, В.П., Бережанская, Е.В. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения [Текст] / М.Ф. Рзянкина, В.П. Молочный, Е.В. Бережанская. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 446 с.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А. Баранова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 592 с.

РАННЯЯ АНЕМИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Урус А.А., Босенко А.Н., Ягодкина А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кислюк Г.И.

Актуальность. Ранняя анемия недоношенных развивается в первые месяцы жизни у 90% глубоконедоношенных детей вследствие дефицита гемопоэтических факторов, недостаточности эритропоэтина, повышенного гемолиза эритроцитов, преобладания фетального гемоглобина, физиологической гемодилюции, лабораторных потерь и т.д.

Тяжелая анемия, требующая переливания эритроцитарной массы, развивается в первые месяцы жизни у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г) и гестационным возрастом менее 30 нед. Ее частота составляет до 90% [1,2,5,6,7]

Анемия недоношенных была впервые описана Shulman J. (1959 г.), который выделил в этом состоянии 3 фазы [5]:

Первая фаза – ранняя анемия недоношенных, характеризуется снижением уровня гемоглобина на 1-2 месяце жизни

Вторая фаза – промежуточная – сохранение низких уровней гемоглобина.

Третья фаза – поздняя анемия недоношенных, связанная с дефицитом железа, характеризуется продолжительным падением уровня гемоглобина и клиническими симптомами железодефицитной анемии.

Основные звенья патогенеза ранней анемии недоношенных: гемолиз эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин, недостаточная функциональная активность костного мозга на фоне низкой продукции эритропоэтина, физиологическая гемодилюция на фоне быстрого увеличения массы тела в первые 3 месяца жизни. К возрасту 3-4 недель уровень гемоглобина снижается до 70-90 г/л [1,3,4,5]. Развившаяся анемия стимулирует секрецию эритропоэтина, вследствие чего восстанавливается эритропоэз, что приводит к окончанию ранней фазы процесса. Об этом свидетельствует появление ретикулоцитов в периферической крови. Снижение уровня гемоглобина прекращается благодаря восстановлению эритропоэза (в возрасте 3 месяцев гемоглобин составляет 100-110 г/л).

Отчетливые клинические проявления ранней анемии обычно отсутствуют: некоторая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, которая нарастает при снижении уровня гемоглобина ниже 90-80 г/л; несколько снижается двигательная активность и активность при сосании, возможно появление систолического шума на верхушке сердца. Течение ранней анемии у большинства детей благоприятное.

При исследовании периферической крови обнаруживают нормо- или гиперхромную, норморегенераторную анемию, часто достигающую тяжелой степени. В зависимости от уровня гемоглобина в периферической крови ранняя анемия недоношенных подразделяется на три степени:

I степень – 100-85 г/л;

II степень – 84-70 г/л;

III степень – ниже 70 г/л.

Цель исследования. Выявить частоту ранней анемии недоношенных среди детей, родившихся с массой до 1500 г, определить роль массы тела при рождении в формировании ранней анемии недоношенных детей.

Материалы и методы. Нами проведено исследование изменений результатов общего анализа крови в динамике – с рождения и в течение первых 2-3 месяцев жизни (до достижения постконцептуального возраста 36,2±2,4 недели) у 300 недоношенных детей с массой тела при рождении 480-1499 г.

Забор капиллярной крови у новорожденных детей производился в утреннее время. При анализе результатов учитывались показатели гемоглобина (Hb), эритроцитов (Эр), гематокрита(Ht) и ретикулоцитов в динамике. Для диагностики степени тяжести анемии (в соответствии с классификацией А.И. Хазанова) использовались самые низкие показатели, полученные у ребенка в течение периода неонатальной адаптации. Для обработки полученных результатов ($M \pm m$) использован пакет статистических программ Microsoft.Excel.

Результаты и обсуждения: В соответствии с классификацией, в зависимости от показателей гемоглобина (Hb), все дети были разделены на 4 группы: контрольная группа – 128 недоношенных детей с нормальными показателями Hb; 128 детей – с анемией I степени; 45 младенцев – с анемией II степени, и 11 недоношенных с тяжелым течением анемии (рисунок 1).

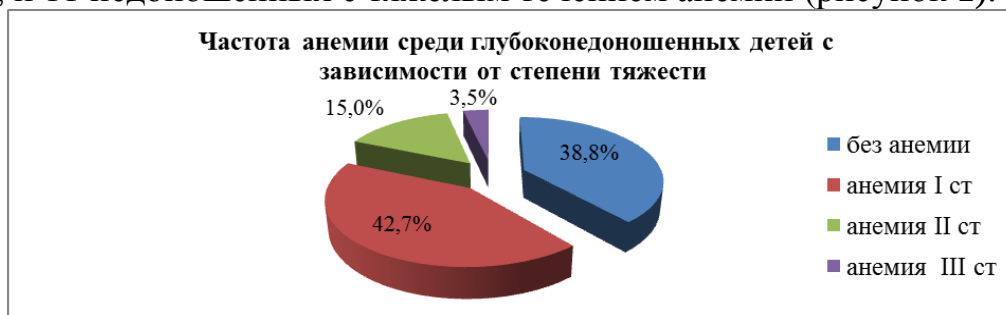


Рисунок 1. Частота анемии среди глубоконедоношенных детей в зависимости от степени тяжести.

Нами установлено, что ранняя анемия развивается у подавляющего большинства глубоконедоношенных детей (61,2%), чаще (42,7%) имеет легкое течение, средней и тяжелой степени – в 15,0% и 3,5% соответственно.

Среди всех обследованных недоношенных детей, 193 ребенка было с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) и 107 детей – с очень низкой массой тела (1000-1499 г) – ОНМТ

При исследовании частоты ранней анемии недоношенных в зависимости от массы тела при рождении определено, что анемия с лёгким и среднетяжелым течением регистрируется с одинаковой частотой в обеих группах (таблица 1).

Таблица 1. Показатели крови новорожденных в зависимости от гестационного возраста и вес при рождении (М+-m)

Дети	Дети с ЭНМТ, n=193	Дети с ОНМТ, N=107
Контроль	66 (33,0%)	53 (49,5%)
Анемия 1 ст	82 (43,0%)	45 (42,1%)
Анемия 2 ст	35 (18,4%)	9 (18,7%)
Анемия 3 ст	10 (18,4%)	–

Однако в группе более зрелых недоношенных достоверно чаще встречались дети без анемии, а тяжелая степень анемии регистрировалась только у глубоконедоношенных с ЭНМТ (100%), из которых умершие составили 90%, дети с массой тела при рождении до 470-750 г – 60%.

Выводы

Ранняя анемия недоношенных развивается в течение первых двух месяцев жизни у 61,2% глубоконедоношенных детей (у 67% детей с ЭНМТ и 50,5% – с ОНМТ);

У более зрелых глубоконедоношенных детей анемия, как правило, развивается реже, имеет легкое и средне-тяжелое течение;

У детей с ЭНМТ, кроме того, что анемия регистрируется чаще, у 5,2% младенцев имеет место тяжелое течение анемии с критически низкими показателями гемоглобина (48-70 г/л);

Тяжелое течение ранней анемии определено у 10 детей, 60% имели массу тела при рождении менее 750 г;

Развитие тяжелой анемии значительно ухудшает прогноз для жизни прогноз, 90% детей погибли в периоде неонатальной адаптации, несмотря на проводимую интенсивную терапию с использованием повторных гемотрансфузий;

Список литературы.

1. Быцань О.И. Современный взгляд на лечение анемии недоношенных детей / Педиатрия, неонатология. 2003.- № 10.- С 7-10.
2. Дегтярев Д.Н., Курмашева Н.А., Володин Н.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей. // Лекции каф. неонатологии ФУВ РГМУ М. –2010. Кислюк Г.И. Особенности периферической крови новорожденных. Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2000. – № 2. – С. 33-37
3. Кислюк Г.И. Анемия у новорожденных и детей раннего возраста. Матер. Респ. науч-практ. конф. «Актуальные вопросы онкогематологии и неонатологии» Караганда, 2003, – С. 24-25
4. Кислюк Г.И. Особенности течение анемии у новорожденных детей на современном этапе / Матер. Межд. науч-практ. конф. «Инновационные технологии в медицине и образовании», Караганда, КГМА. – С. 112-113.
5. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Дуковской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, – 656 с.
6. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Анемии недоношенных. Патогенез, диагностика, лечение, профилактика / Медицинский совет, 2015. – № 6. – С. 10-16.
7. Султанова Г.Ф., Краснов М.В. Анемии недоношенных детей.// М.: Медицина -2010. – 256 с.

ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Фёдорова В.В., Микитюк А.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Скуратова Н.А.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости среди детей [1]. В настоящее время значительный прогресс в этом направлении достигнут в связи с внедрением

в клиническую практику методов неинвазивного суточного мониторингирования артериального давления (СМАД) с помощью портативных автоматических систем [1,2]. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) – метод оценки суточного ритма АД, позволяющий выявить у детей повышенные или пониженные цифры АД на фоне развития заболеваний [2,3]. Важным является изучить особенности показателей СМАД у детей при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС).

Целью исследования является установка особенностей параметров суточного мониторирования артериального давления у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: на базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 103 ребенка в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 58 (56,3%) мальчиков и 45 (43,7%) девочек. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) составили 16 детей, 2 группа – дети с врожденными пороками сердца (ВПС) составили 11 ребенка, 3 группа – дети с нарушениями ритма сердца (НРС) составили 25 детей, 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД) составили 29 ребенка, 5 группу составили дети с артериальной гипертензией АГ – 22 ребенка. Наряду с клиническим обследованием всем детям проводилось СМАД. Оценивались следующие параметры АД за сутки: значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), а также суточный индекс (СИ). В зависимости от величины СИ выделяли следующие группы пациентов: с нормальным снижением АД в ночное время («диппер»), с отсутствием снижения АД в ночное время («нон-диппер»), с повышенным снижением АД в ночное время («овер-диппер») и с подъемом АД в ночное время («ночная АГ» или «найт-пикер»).

Результаты и обсуждения. При анализе результатов СМАД у детей 1 группы нормотензия САД зарегистрирована у 12 детей (75%), стабильная гипертензия САД выявлена у 1 ребенка, что составило 6,25%, лабильная АГ – у 1 (6,25%) человека, лабильная гипотензия САД выявлена у 2 (12,5%) детей. По степени снижения САД в ночное время дети-«дипперы» составили 12 (75%) человек, «нон-дипперы» – 4 (25%) лиц. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 13 (81,25%) пациентов, дети с избыточным снижением ДАД («овер-диппер») – 3 (18,75%) ребенка.

У детей 2 группы нормотензия САД зарегистрирована у 7 детей (63,6%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2 ребенка, что составило 18,2%, лабильная – у 2 (18,2%) лиц. Дети с достаточным снижением САД в период сна («диппер») составили 8 (72,7%) человек, пациенты с недостаточным снижением САД («нон-диппер») – 2 (18,2%) человека, с ночной АГ – 1 (9,1%) ребенок. По степени снижения ДАД в ночное время дети-«дипперы» составили 8 (72,7%) человек, дети-«нон-дипперы» – 3 (27,3%) ребенка.

У детей 3 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (64%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2 ребенка, что составило 8%, лабильная – у 4 (16%) детей, лабильная гипотензия САД выявлена у 3 (12%)

детей. По степени снижения САД «дипперы» составили 14 (56%) человек, «нон-дипперы» – 10 (40%) детей, «найт-пикеры» – 1 (4%) ребенок. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 18 (72%) лиц, «нон-дипперы» и «овер-дипперы» – 2 (8%) и 5 (20%) детей соответственно.

У детей 4 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (55,2%), стабильная АГ САД выявлена у 3 (10,35%) человека, лабильная АГ САД – у 5 (17,2%) лиц, лабильная гипотензия САД установлена у 3 (10,35%) детей, стабильная гипотензия САД – у 2 (6,9%) человек. Достаточное снижение САД в ночное время установлено у 20 (69%) детей, недостаточное снижение САД – у 8 (27,6%) лиц, избыточное снижение САД выявлено у 1 (3,4%) ребенка. Достаточное снижение ДАД ночью установлено в 17 (58,6%) случаях, недостаточное – у 6 (20,7%) лиц, избыточное снижение ДАД – в 6 (20,7%) случаях.

У детей 5 группы по данным СМАД нормотензия САД зарегистрирована у 8 детей (36,35%), стабильная АГ САД выявлена у 6 (27,3%) детей, лабильная АГ САД – у 8 (36,35%) пациентов. В зависимости от значений СИ САД «дипперы» составили 21 (95,5%) человек, «нон-дипперы» – 1 (4,5%) ребенок. По степени снижения ДАД выявлено 12 (54,5%) детей с достаточным снижением ДАД в ночное время, 6 (27,3%) детей с недостаточным снижением ДАД и 4 (18,2%) ребенка с избыточным снижением ДАД.

Выводы:

У большинства детей с МАРС и детей ВПС зарегистрирована нормотензия САД с достаточным снижением САД и ДАД в период сна.

По данным СМАД у детей с НРС доминировали пациенты с нормальными цифрами САД на фоне нормального и недостаточного снижения САД, а также с достаточного снижения ДАД в ночной период.

У детей с ВД преобладала нормотензия САД на фоне нормального снижения систолического давления в период сна, однако у 1/3 пациентов данной группы выявлены лабильная и стабильная гипотензия САД, причем у детей данной группы ночью зарегистрировано недостаточное и избыточное снижение ДАД.

Среди детей с АГ доминировали лица с лабильной и стабильной АГ САД при нормальном снижении систолического АД, а также недостаточного и избыточного снижения диастолического АД в ночное время.

Список литературы.

1. Ивкина, С.С., Клиническая характеристика детей с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу / С.С.Ивкина, Н.А.Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. 2018 г.–№ 3 (57).– С. 23-26.
2. Методы функциональной диагностики в детской кардиологии. учебно-методич. пособие для студентов 3-6 курсов, врачей- педиатров, кардиологов, врачей общей практики, врачей функциональной диагностики, слушателей курсов повышения квалификации и переподготовки. Скуратова, Н.А. [и др.]. –Гомель: ГомГМУ, 2018. –52 с.
3. Пшеницин, А.И. Суточное мониторирование артериального давления / А.И. Пшеницин, Н.А. Мазур. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 216 с.

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ходерян К.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и педиатрии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хохлова Е.Н.

Актуальность исследования. Инфекция мочевых путей (ИМП) – одно из наиболее частых острых воспалительных заболеваний новорожденных детей. Зарубежными авторами установлено, что ИМП страдает около 5% новорожденных лихорадящих детей [6]. Развитие ИМП зависит от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний. До 1 года болеют чаще мальчики, после 1 года – чаще девочки. Данное заболевание занимает одно из первых мест среди бактериальных инфекций у детей. В большинстве случаев, ИМП у новорожденных детей протекает бессимптомно [1]. Поэтому каждому врачу необходимо вовремя диагностировать инфекцию мочевых путей, назначить адекватное лечение, а также разработать меры по профилактике данного заболевания.

Целью данного исследования является изучение особенностей течения инфекции мочевых путей у новорожденных детей, которые находились на лечении в Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко г. Курска в 2015-2017 годах.

Материалы и методы. В качестве материала исследования были взяты истории болезни 28 новорожденных детей в возрасте от 9 до 28 дней, проходивших лечение по поводу ИМП в Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко г. Курска в 2015-2017 годах. В данном исследовании были использованы статистические методы исследования. Из всех детей двое (7%) были недоношенными. На естественном вскармливании находилось 19 детей (68%), на искусственном – 5 (18%), на смешанном – 4 (14%) ребенка. Мальчиков и девочек было поровну – по 14 человек. Средний возраст при поступлении – $24 \pm 1,65$ дня. В городе

проживал 21 ребенок (75%), в селе 7 (25%) детей. В зимнее время года ИМП диагностировали у 10 человек, весной – у 7, летом – у 4, осенью – у 7. У 18 (64%) детей инфекция мочевых путей была основным заболеванием в диагнозе, у 10 (36%) – сопутствующим заболеванием. Среднее количество койко-дней, проведенных детьми в стационаре – $6,25 \pm 0,42$ дня. Все дети госпитализировались с жалобой на повышение температуры тела, которая в среднем составила $37,8 \pm 0,15$ °С. Кроме этого, у новорожденных могут наблюдаться такие неспецифические симптомы, как потеря веса, отсутствие аппетита, рвота, желтуха, беспокойство, вялость, гипервозбудимость [2]. У 10 (35,7%) детей отмечались признаки ОРВИ, у 2 (7,1%) – ОКИ, у 1 (3,6%) ребенка была ветряная оспа. Из всех детей у 7 (25%) был контакт с людьми, болеющими инфекционными заболеваниями. Лейкоцитоз в общем анализе крови при поступлении в стационар составил в среднем $14,2 \pm 1,54 \cdot 10^9/\text{л.}$, при выписке $9,8 \pm 0,47 \cdot 10^9/\text{л.}$ ($P < 0,05$). В общем анализе мочи при поступлении протеинурия составила $0,08 \pm 0,02$ мг/л, при выписке – $0,014 \pm 0,01$ мг/л ($P < 0,01$), эпителиальные клетки при поступлении – $5 \pm 0,7$, при выписке – $3 \pm 0,54$ ($P < 0,01$). Лейкоцитурия при поступлении – $20 \pm 3,3$ в поле зрения, а при выписке из стационара – $7 \pm 1,64$ в поле зрения ($P < 0,01$). В анализе мочи по Нечипоренко у наблюдавшихся детей лейкоцитов было $8 \pm 1,69 \cdot 10^3/\text{л.}$, эритроцитов – $1 \pm 0,26 \cdot 10^3/\text{л.}$, цилиндров – 0. С-реактивный белок в крови был повышен у 8 (28%) детей, уровень мочевины и креатинина в крови – у 1 (3,6%) ребенка. При ультразвуковом исследовании почек у 22 (79%) детей была выявлена пиелозктазия, у 10 (36%) детей – диффузные изменения паренхимы почек, у 3 (10,7%) новорожденных – гидронефроз, у 4 (14%) детей – неомогенное содержимое мочевого пузыря. Как отечественные, так и зарубежные эксперты признают, что наиболее часто инфекцию мочевых путей вызывает грамотрицательная флора, причем на долю инфицирования бактериями *E.coli* приходится 90% [3, 4]. Поэтому всем детям была проведена антибактериальная терапия цефалоспоринами в течение $6 \pm 0,3$ дней. Цефепим получили 15 (54%) детей, сульзонцеф – 5 (18%) детей, цефобактам – 5 (18%) детей, цефтазидим – 3 (10%) ребенка. 27 (96%) детей были выписаны для амбулаторного исследования в удовлетворительном состоянии под наблюдением нефролога, 1 ребенок переведен в соматический стационар.

Выводы. На основании проведенного исследования, можно сделать вывод, что инфекция мочевых путей у новорожденных встречается с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек, чаще заболеваемость приходится на зимний период, основным проявлением заболевания является повышение температуры тела [5]. ИМП характеризуется умеренными воспалительными изменениями в крови и моче и ультразвуковыми изменениями в виде пиелозктазии, диффузных изменений паренхимы почек и формированием гидронефроза. В терапии эффективны цефалоспорины 3-4 поколения.

Список литературы.

1. Детская нефрология: практическое руководство / под ред. Э. Лоймана, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. М.: Литтерра, 2010. 400 с.
2. Есаян А.М., Нимгирова А.Н. Инфекции мочевых путей у детей: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, современные подходы к терапии // Вопросы современной педиатрии. 2012. № 11 (5). С. 79-85.
3. Новые подходы к диагностике и лечению инфекции мочевой системы у детей / Захарова И.Н. [и др.] // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2012. № 1. С. 59-62.
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей. [Электронный ресурс] М.: Союз педиатров России, 2015. Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_imvp.pdf (дата обращения: 23. 02. 2019).
5. Хохлова Е.Н., Ходерян К.С., Лисеенко О.Г. Особенности течения инфекции мочевых путей у новорожденных детей // Детские инфекции. Спецвыпуск: Материалы XVII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». 2018. № 17. С. 114-115.
6. Hoberman A. Treatment of urinary tract infections // J. The Pediatr. Infect. Disease. 1999. № 18. С. 1020 –1022.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Шабанов Б.С., Маркова И.Ю., Антонов А.В.

Ивановская государственная медицинская академия

Кафедра детских болезней лечебного факультета

Научный руководитель – д.м.н., профессор Краснова Е.Е.

Актуальность исследования. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – это полигенное мультифакториальное состояние, проявляющееся внешними и висцеральными фенотипическими признаками и клинически значимыми нарушениями функций различных органов и систем. Практически любой орган, любая система могут быть вовлечены в патологический процесс. Пищеварительная система не является исключением, поскольку ее органы богаты коллагеном – одним из основных компонентов соединительной ткани. В настоящее время доказана высокая частота встречаемости ДСТ у пациентов с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом [1, 3, 4, 5]. Однако данные о частоте встречаемости ДСТ у детей с функциональными расстройствами органов пищеварения (ФРОП) немногочисленны.

Целью исследования является выявление встречаемости дисплазии соединительной ткани у детей с функциональными расстройствами органов пищеварения.

Материалы и методы: Обследовано 56 детей 5-17 лет с функциональными расстройствами органов пищеварения (функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки, функциональные запоры, дисфункции билиарного тракта), находившихся на обследовании в детской городской больнице и консультативно-диагностическом центре г. Иваново. Среди них дошкольников было 4 (7%) человека, младших школьников – 29 (51,8%), старших школьников – 23 (41,1%) человека.

У всех пациентов при осмотре выявляли внешние проявления ДСТ и определяли уровень их стигматизации. Наличие от 1 до 5 диспластических признаков квалифицировали как низкий уровень стигматизации (популяционная норма), 6-9 признаков – как средний, а более 9 признаков – как высокий уровень стигматизации. Затем с учетом балльной оценки каждого диспластического признака определяли тяжесть ДСТ [2].

Результаты и обсуждения. У 26 детей (46,2%) выявлены единичные диспластические проявления, что соответствует низкому уровню стигматизации и расценивается как популяционная норма. У остальных 30 (53,6%) детей количество диспластических признаков превышало пороговый уровень, что указывало на наличие у них системной дисплазии соединительной ткани.

Среди проявлений ДСТ у пациентов с функциональными расстройствами органов пищеварения наиболее часто встречались диспластические нарушения костно-связочного аппарата: крыловидные лопатки – у 18 (60%) детей, сколиоз – у 16 (53,3%), гиперлордоз – у 3 (10%), прямая спина – у 2 (6,7%), воронкообразная деформация грудной клетки – 8 (26,7%), множественный кариес – у 12 (40%), долихостеномелия – у 11 (36,7%), гипермобильность суставов – у 7 (23,3%), плоскостопие у – 10 (33,3%), диспропорция пальцев кисти у – 19 (63,3%) детей, искривление носовой перегородки – у 4 (13,3%) детей.

Часто встречались изменения со стороны кожи и ее придатков: пигментные пятна – в 12 (40%) случаях, тонкая кожа с хорошо видимой венозной сетью – в 8 (26,7%), повышенная растяжимость кожи – в 6 (20%), атрофические стрии – в 4 (13,3%), секущиеся волосы – в 16 (53,3%), изменения ногтей – в 10 (33,3%) случаях. Умеренная мышечная гипотония определялась у 20 (66,7%) детей, вентральные грыжи (в том числе в анамнезе) были у 7 (23,3%) детей. Нередко выявлялись такие дизморфические проявления как гипертелоризм сосков и глаз в 10 (33,3%), аномалии ушных раковин 9 (30%). Для подавляющего большинства этих детей 21 (70,0%) был характерен астеноидный тип конституции.

С учетом балльной оценки выявленных признаков ДСТ у обследованных пациентов диагностирована I степень ДСТ в 16 случаях (53,3%), II степень ДСТ – в 12 (40%) случаях, III степень – в 2 случаях (6,7%).

Значимость наличия ДСТ у детей с ФРОП показывают отличия их течения в сравнении таковыми у детей без ДСТ. Так у детей с ДСТ в 3 раза чаще выявлялось сочетание различных вариантов ФРОП, а сами функциональные расстройства значительно чаще, чем у детей без ДСТ протекали с гипотонией органов желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Таким образом, у детей с функциональными расстройствами органов пищеварения нередко имеет место дисплазия соединительной ткани, среди фенотипических проявлений которой наиболее часто выявляются изменения со стороны костно-связочного аппарата, кожи и ее придатков. Поскольку течение этой патологии может зависеть от несостоятельности соединительной ткани, то у всех детей с ФРОП необходимо целенаправленно выявлять ДСТ, при их ассоциации лечение и реабилитация таких пациентов должны дополняться применением препаратов, направленных на нормализацию метаболических процессов в соединительной ткани. Полученные данные показывают необходимость дальнейшего изучения влияния ДСТ на характер функциональных расстройств органов пищеварения.

Список литературы.

1. Арсентьев В.Г., Баранов В.С., Шабалов Н.П.. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных нарушений у детей. СПб: СпецЛит, 2015. 231 с.
2. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Российские рекомендации / Л.Н. Аббакумова, В.Г. Арсентьев, С.Ф. Гнусаев, И.И. Иванова и др. // Педиатр. 2016. Т.7. № 4. С. 30-37.
3. Особенности клинического течения язвенной болезни у детей пубертатного возраста на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани / О.В. Сидорович, В.И. Горемыкин, С.Ю. Елизарова, О.В. Нестеренко, А.В. Хижняк // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 4 (часть 2). С. 254-257.
4. Трутнева Л.А. Развитие хронического гастроудоденита у детей с признаками дисплазии соединительной ткани / Л.А. Трутнева, В.В. Чемоданов [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 1. С. 53-57.
5. Чемоданов, В.В. Особенности течения заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани / В.В. Чемоданов, Е.Е. Краснова. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009. – 140 с.

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Шуленина М.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель – ассистент Серёжкина А.В.

Актуальность исследования. Бронхиальная астма является актуальной проблемой педиатрии и клинической медицины в целом. Это заболевание, которое начинается в детском возрасте и перетекающее в более взрослом возрасте, является причиной инвалидности, а иногда и других исходов [3]. Все это и определяет значимость проблемы бронхиальной астмы, объясняет внимание, которое она привлекает во всем мире. Бронхиальная астма – это одно из самых распространенных рецидивирующих заболеваний у детей, что объясняет ее высокую социальную значимость [2]. Частота заболеваемости по России составляет от 0,2-0,5% до 8%. Распространенность бронхиальной астмы среди детей в разных странах варьирует от 1,5 до 8–10%. Различия между данными официальной статистики по обращаемости и результатами эпидемиологических исследований связаны с гиподиагностикой бронхиальной астмы в различных возрастных группах [5]. Болезнь может начаться в любом возрасте. У половины детей симптомы развиваются к 2 годам и в целом до 80% больных заболевают бронхиальной астмой к школьному возрасту [4].

Также актуальность БА связана с тем, что исследуемое заболевание характеризуется постоянным ростом заболеваемости среди детей и подростков [1]. Но несмотря на это пациентам предлагают разные методы лечения данной болезни. Заболевание подвластно лечению, но оно должно быть комплексным и длительным.

Целью исследования является изучение роли экзогенных факторов в развитии бронхиальной астмы у детей, находящихся на лечении в аллергологическом отделении базы ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Курска, выявление зависимости данных факторов и степени тяжести развития бронхиальной астмы, а также частоту возникновения данной патологии у детей г. Курска и Курской области.

Материалы и методы: для решения поставленной цели было обследовано 100 детей, проходивших лечение по поводу БА в ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Курска. Возраст пациентов составил от 3,5 до 16 лет. От всех больных было получено информированное согласие.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выявлено, что бронхиальная астма наблюдалась у 48 мальчиков (48%) и 52 девочек (52%). При этом средний возраст больных составил 9,75 лет, а медиана длительности заболевания – 11,05 лет. Все больные были разбиты на группы по следующим показателям: 1 – по месту жительства, 2 – сроку кормления грудью, 3 – антропометрическим показателям (ИМТ), 4 – по наличию триггеров, 5 – по наличию вредных привычек у родителей, 6 – по показателям ФЖЕЛ и ОФВ1. Больные, участвовавшие в исследовании и являвшиеся жителями

г.Курска составили 52 человека (52%), г.Курчатова – 21 человек (21%), г.Железногорска – 16 человек (16%) и в группу больных детей с Курской области вошли 11 человек (11%). В зависимости от срока кормления грудью преимущественно преобладавшей группой были дети, находившиеся на искусственном вскармливании – 37 человек (37%). Дети, срок кормления грудью которых составил до 6 месяцев, составили группу из 11 человек (11%), до 1 года – 9 детей (9%) и со сроком кормления более 1 года – 12 человек (12%). Также во всех группах больных преобладали дети с повышенной массой тела (ИМТ более 25 кг/м², но менее 30 кг/м²), их количество составило 35 человек (35%), и дети с ожирением I степени (ИМТ более 30 кг/м²) – 75 человек (75%). В ходе исследования были выявлены наиболее встречаемые триггеры – это пищевые аллергены, которые наблюдались у 49 больных (49%), наличие ОРЗ/ОРВИ/простуды – у 37 детей (37%), экологические воздействия были выявлены у 11 пациентов (11%) и физические/нервные перегрузки – 3%. Также была выявлена сенсibilизация у 15 больных (25%) к бытовым и кожным аллергенам, у 11 больных (19%) – к бытовым и пылевым, а у 7 (13%) – исключительно бытовые. Курение табака родителями больных способствует более тяжелому протеканию бронхиальной астмы. Из 100 обследуемых данная группа составила 83 человека (83%) с последующим развитием тяжелой степени тяжести протекания БА. Более того, курение табака препятствует улучшению параметров ОФВ₁ и соотношения ОФВ₁/ФЖЕЛ, что было выявлено в ходе исследования. Группа детей, которые имеют нарушения соотношения ОФВ₁/ФЖЕЛ в связи с наличием вредных привычек у родителей составила 53 человека (63,8%).

Выводы. Исходя из выше перечисленных результатов, можно сделать следующие выводы о том, что экзогенные факторы оказывают непосредственное влияние на развитие БА у детей. Преимущественными факторами оказались показатели ИМТ, наличие различных триггеров заболевания, а также наличие вредных привычек у родителей, которые ухудшают показатели ОФВ₁ и ФЖЕЛ.

Данные факторы способствуют более тяжелому протеканию БА у детей и заслуживают внимания к изучению.

Список литературы.

1. Балаболкин, И.И. Значение генетических факторов в развитии бронхиальной астмы у детей / И.И. Балаболкин, О.Н. Брянцева // Иммунопатология, аллергология. -2015.- № 2. – С. 60-67.
2. Дрожев М.Е., Лев Н.С., Котюченко М.В. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей. Пульмонология. 2013; 1: 42–46.

3. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ / Под ред. А.А. Баранова, В.А. Тутельяна. М., 2013.
4. Павлич Т.П. Современные проблемы заболеваемости детского населения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2016. № 2. С. 43.
5. Федосеев Г.Б. Проблемы этиологии и патогенеза бронхиальной астмы // Пульмонология. – 2017. – № 2, С. 73-80.

РАЗДЕЛ 12.

ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ОФТАЛЬМОЛОГИИ

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ОБ ОТТИСКАХ

Бабкина И.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Сидоров К.Г

Актуальность исследования состоит в том, что в современной стоматологии оттиски получают для ортопедического лечения пациента и изготовления зубных протезов или лечебного аппарата, следовательно, точность оттиска определит дальнейшее качество работы.

Целью исследования является изучение видов оттисков и показания к их использованию, классификации оттискных материалов, преимуществ и недостатков, основных представителей каждой группы, а также рассмотрение техники снятия оттисков с верхней и нижней челюстей.

Методы и материалы: теоретические – анализ, синтез и обобщение

Результаты и обсуждения. В настоящее время представлена широкая классификация оттисков, оттискных материалов, оттискных ложек и методов снятия оттисков. Все эти знания постоянно обновляются и совершенствуются [5].

Для получения качественной модели следует наиболее точно и правильно следовать всем этапам снятия оттиска. Для начала нужно правильно подобрать оттискную ложку, лучше всего подойдут индивидуальные, так как они изготавливаются в соответствии с анатомо-топографическими особенностями зубочелюстной системы данного пациента [3]. Не менее важно правильно подобрать оттискный материал. Главное свойство, которым он должен обладать – это пластичность (способность изменять форму при нагрузке и сохранять форму после ее снятия). Но следует учитывать, что универсальной массы, которая будет подходить для всех видов оттисков, не существует. Поэтому врач должен руководствоваться своими знаниями и навыками при выборе материала так, чтобы выбранный материал наиболее точно соответствовал поставленным задачам [1]. Для получения качественного оттиска необходимо точно соблюдать технику снятия, учитывать анатомотопографические особенности пациента, материал с которым работаем.

Оттискные материалы применяются не только в клинике, но и в зуботехнической лаборатории для изготовления протетических конструкций (например, для дублирования гипсовых моделей применяются силиконовые материалы, которые постепенно вытеснили агар-агаровые гидроколлоиды) [4].

Выводы. Конечно же, работа стоматолога-ортопеда не заканчивается получением оттисков и передачей их в зуботехническую лабораторию. Впереди важные этапы контроля и оценки качества каркасов, промежуточных и конечных конструкций, коррекция и фиксация и грамотная мотивация пациента, однако план лечения и подготовка рабочего поля для техника – это наиболее важные этапы, которые порой с большим трудом поддаются корректировке и должны находить своё полное отражение именно в оттиске.

Как и при любой манипуляции, процесс снятия оттисков имеет свои особенности, которые могут приводить к осложнениям: рвотный рефлекс возникает при раздражении нервных окончаний твердого и мягкого неба, реже корня и боковых поверхностей языка; аспирация кусочков гипса, попадающих на корень языка; травма слизистой оболочки острыми краями гипса при грубом извлечении частей слепка без предварительных надрезов; случайное удаление подвижных зубов с высокой клинической коронкой; аллергические реакции на оттискные материалы [2]. Чтобы избежать вышеперечисленных осложнений, следует провести беседу с пациентом, объяснить последовательность его действий

при том или ином осложнении, соблюдать технику снятия оттисков, придавать пациенту правильное положение, которое обеспечит его безопасность.

Список литературы.

1. Аболмасов, Н.Г. Ортопедическая стоматология : учеб. для студентов, обучающихся по специальности – Стоматология / Н.Г.Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А.Бычков. – МЕДпресс-информ, 2011. – 510 с.
2. Бароян М.А., Ячменева Л.А. Международный Студенческий Научный Вестник // Пенза 2016.- 169с.
3. Жулев, Е.Н. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс. Учебник. / Е.Н. Жулев, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин. – М.:МИА,2011.-720с.
4. Коновалов, А.П. Фантомный курс ортопедической стоматологии: учеб. пособие для студентов стоматолог. фак. мед. вузов / А.П.Коновалов, Н.В.Курякина, Н.Е.Митин. -М.: Мед. кн.; Н.Новгород: НГМА, 2003.-341с.
5. Трезубов, В.Н. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: учеб. Для мед. вузов / В.Н.Трезубов, М.З. Штейнгатт, Л.М.Мишнев. – СПб.: Спец. лит.,2001.-351 с.

ВАЖНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТАКАНЕЙ ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Беляева В.В., Зубкова А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Зубкова А.А.

Актуальность настоящего исследования состоит в высокой распространенности поражений твердых тканей зубов у студентов 3 курса стоматологического факультета КГМУ.

Современная студенческая молодежь не всегда оказывает должное внимание профилактике стоматологических заболеваний. Неправильно подобранные средства индивидуальной гигиены, нерегулярные посещения врача стоматолога, стресс, неправильное питание и многие другие факторы оказывают большое влияние на стоматологический статус [1,3].

Целью исследования является разработка профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня распространенности стоматологических заболеваний у студентов 3 курса стоматологического факультета Курского государственного медицинского университета и разработка профилактических мероприятий.

Материалы и методы. В ходе исследования, для получения данных о факторах риска и причинах возникновения заболеваний, было проведено анкетирование студентов, выполнен осмотр твердых тканей зубов, при котором были выявлены кариозные и некариозные поражения.

Результаты и обсуждение. В настоящее время выделяют три вида профилактики стоматологических заболеваний:

Первичная профилактика направлена на предотвращение возникновения стоматологических заболеваний с использованием различных методов и средств;

Вторичная профилактика направлена на сохранение здоровых тканей в ходе лечения патологического процесса. Она включает в себя лечение кариеса зубов терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта и других заболеваний полости рта;

Третичная профилактика заключается в восполнение анатомической и функциональной целости зубочелюстной системы. Предусматриваются использование средств, необходимых для замещения отсутствующих органов и тканей, и проведение реабилитации пациентов, приближая насколько возможно их состояние к норме [2].

На основании предъявляемых жалоб, а именно: гиперестезия (8%), боли при накусывании (1%), боли ВНЧС (2%), боли при прорезывании 3 моляров (3%), затрудненное открывание рта (1%), боли при употреблении холодной пищи (4%), наличие корней с разрушенной коронкой (2%), были разработаны методы первичной профилактики.

Каждому студенту были подобраны средства индивидуальной гигиены полости рта с учетом их патологии, даны рекомендации по санации полости рта, характеру употребляемой пищи и срокам посещения врача стоматолога.

При повторном осмотре и сборе жалоб, было выявлено, что полученные рекомендации благоприятно повлияли на стоматологический статус студентов. Количество и уровень распространенности заболеваний полости рта значительно снизился.

На долю гиперестезии приходится 5% среди осмотренных студентов, боли при накусывании 1%, боли ВНЧС 1%, боли при прорезывании 3 моляров 2%, затрудненное открывание рта 1%, боли при употреблении холодной пищи 2%, наличие корней с разрушенной коронкой 0,5%.

Закключение. На основании полученных данных были сделаны выводы о важности и эффективности профилактических мероприятий. Снизив факторы риска развития стоматологических заболеваний, откорректировав характер питания и подобрав средства индивидуальной гигиены, мы добились значительного улучшения состояния полости рта обследуемых.

Список литературы.

1. Зубкова А.А. Стоматологический статус современной студенческой молодежи на примере студентов стоматологического факультета / А.А. Зубкова, М.А. Бароян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 9. С. 35-39.
2. Корнеева Н.М. Эффективность профилактических мероприятий у студентов с патологией твердых тканей зубов: автореф. дис....канд. мед.наук. – Волгоград, 2014. 25 с.
3. Лунева Н.А., Михайлова М.А., Маслак Е.Е. Состояние полости рта, качество жизни и отношение студентов к посещению стоматолога // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматоло-гии. – Волгоград, 2005. № 2. С. 169 – 174.

ОЦЕНКА ОБОНЯТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Бобохина Т.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мезенцева О.Ю.

Актуальность исследования. На сегодняшний день актуальность проблемы хронических полипозных риносинуситов состоит в статистике заболевания, так как распространенность клинически манифестированных форм среди различных групп населения составляет от 1 до 5%. Эпидемиологические исследования, проведенные на территории Российской Федерации, выявили, что заболеваемость полипозным риносинуситом составила 1-1,3%. Таким образом, можно сделать вывод, что данной патологией в нашей стране страдает до 1,5 млн. человек. Хронический полипозный риносинусит – заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, основным проявлением которого является образование и рецидивирующий рост полипов. Клиническими проявлениями данной нозологии являются затруднение носового дыхания, головная боль или боль в области проекции околоносовых пазух, а также выделения из носа, гнусавость голоса, общая слабость и недомогание. Основным же симптомом данного заболевания является снижение обоняния различной степени выраженности, что резко снижает качество жизни пациента ввиду того, что даже небольшие полипы, которые располагаются в верхних отделах полости носа, хотя пока и не препятствуют дыханию, приводят к значительному нарушению обонятельной функции (поскольку объем обонятельной щели очень небольшой – в среднем от 0 до 3,25 мм) [1, 2, 3].

Целью нашего исследования является оценка обонятельной способности пациентов и сравнение результатов лечения хронического полипозного риносинусита в исследуемых группах (хирургическое лечение –

полипоэктомию, а также сочетание оперативного лечения с применением ингаляционных форм глюкокортикостероидов).

Материалы и методы: было проведено обследование 30 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 42 до 78 лет (средний возраст $59,1 \pm 10,48$; 12 (40%) женщин и 18 (60%) мужчин), находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении БМУ «Курской областной клинической больницы» с 2017 по 2018 годы. Диагноз был подтвержден рентгенологически или данными компьютерной томографии. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 18 человек, которым была проведена полипоэктомию, а на этапе предоперационной подготовки дополнительно проведен курс ГКС-терапии Назонексом.

Контрольную группу составили 12 пациентов. Им проводилась только полипоэктомию. Ольфактометрия была выполнена всем пациентам с помощью теста Sniffin' Sticks (Burghardt, Wedel, ФРГ).

Подсчет общего TDI-балла для обеих групп проводился до начала лечения, а также на 4 день и на 8 день лечения.

Результаты, полученные в ходе анкетирования, были проанализированы с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10 с применением теста Хи-квадрат. Различия расценивались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: в тесте Sniffin' Sticks запахи предлагаются в виде 12 флажков (сокращенный тест [4]), в которых пахучее вещество занимает место красящего. Для каждого запаха возможно 4 варианта ответа, из которых пациент выбирает один. В случае правильно определенного запаха присваивался 1 балл. При этом максимально возможное количество набранных на каждом этапе баллов достигало 12, а в общем тесте – 36 [4, 5]. Данный показатель определялся как TDI-индекс или общий индекс обоняния. При общем индексе обоняния от 11 баллов и менее, считалось, что у пациента имеет место функциональная (не посттравматическая или ятрогенная) аносмия, при общем индексе обоняния от 12 до 22 – гипосмия, общий индекс обоняния более 23 – нормосмия. При поступлении в стационар у 19 пациентов (63,3%) была выявлена функциональная аносмия, у 9 пациентов (30%) – гипосмия, у остальных 2 (6,7%) – нормосмия.

В основной группе общий индекс обоняния при госпитализации в стационар составил $15,72 \pm 6,43$, на 4 день лечения – $21,27 \pm 5,51$; на 8 день – $24,83 \pm 3,76$, в контрольной группе общий индекс обоняния – $11,17 \pm 3,64$; на 4 день – $18,33 \pm 2,72$; на 8 день лечения – $21,75 \pm 2,80$. Была выявлена следующая закономерность: в обеих группах TDI-балл принимал большие значения при каждом последующем визите и закономерно увеличивался: различия между двумя группами были достоверны.

Вывод. Таким образом, лечение хронического полипозного риносинусита с применением полипоэктомии в комплексе с применением глюкокортикостероидных препаратов быстрее улучшает обонятельную способность пациента, по сравнению с исключительно оперативным лечением.

Список литературы.

1. Диагностика и лечение обонятельной дисфункции у больных острым риносинуситом // Российская ринология. Оригинальные статьи. – 2010. – № 2. – с. 8-11.
2. Острый риносинусит: клинические рекомендации / под ред. А.С. Лопатина. Российское общество ринологов. – М., 2017. – 36 с.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – с. 560.
4. «Shiffin' sticks»: olfactory performance assessed by the combined testing of odor identification, odor discrimination and olfactory threshold / T. Hummel, B. Sekinger, S.R. Wolf [et al.] // Chem. Senses. – 1997. – Vol. 22. – P. 39-52.
5. Prevalence of olfactory dysfunction: the Skovde population-based study / A. Bramerson, L. Johansson, L. Ek. [et al.] // Laryngoscope. – 2004. – Vol. 114. – P. 733-737.

ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ЦВЕТА ЗУБОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБНОГО РЯДА

Гатилова М.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Бароян М.А.

Актуальность исследования состоит в важности подбора цвета при восстановлении целостности зубного ряда, т.к. одной из основных жалоб при обращении пациента, является наличие эстетического дефекта.

Целью исследования является максимально точное определение и подбор нужного цвета эмали зубов в соответствии с требованиями.

Материалы и методы: объектом данного исследования является шкала Vita. Была выяснена значимость требований к организации стоматологического кабинета. [2]

Чтобы добиться желаемого результата при подборе цвета зубов, нужно учитывать ряд требований:

- Рекомендуются назначать время приема с 11 до 13 часов дня;
- Стены, потолок и пол в стоматологическом кабинете, а также имеющееся оборудование и мебель должны иметь оптимальную цветовую гамму (желто-бело-голубая) с коэффициентом отражения не ниже 40%. Яркие цвета искажают восприятие цвета;
- Отсутствие помады на губах, ярких румян и других контрастных по цвету лицевых наложений, т.к. это отвлекает от цветовосприятия;
- Подбор нужного оттенка цвета рекомендуется проводить при увлажненных зубах до их препарирования;

- Изоляция одного зуба, что позволяет исключить влияние соседних зубов на определение оттенка. Правильным фоном в стоматологии принято считать серый цвет с отражающей способностью 18%. Используется именно серый фон в связи с тем, что он не создает резкого контраста оттенкам зуба;

- Цвет необходимо определять быстро, в течение 10 секунд, т.к. первое ощущение является самым правильным. Кроме того, за зубы ставится белый валик, для исключения темной среды полости рта. [1]

В качестве выбора оттенка, врачи используют специальную шкалу Vita.

Инструмент представляет собой рейку, куда крепятся модели, имеющие следующие групповые отличия:

А – красновато-коричневые оттенки;

В – красновато-желтоватые;

С – сероватые оттенки;

D – красновато серые.

В качестве определения цвета обязательно учитываются некоторые характеристики:

1) окраска/тон – название цвета/сочетание цветов;

2) насыщенность – чем больше пигментов окраски, тем выше насыщенность;

3) яркость – определяется наличием сероватого оттенка.

Шкалу располагают параллельно длинной оси зуба, что позволяет более точно определить оттенки по зонам. Шкалу и зуб увлажняют, т.к. это создает более естественную ситуацию. Для более точного результата цвет определяется по трем углам.

Определяя цвет, коронку зуба условно делят на 3 взаимно перпендикулярные горизонтальные и вертикальные плоскости. Горизонтальные плоскости делят на:

1) пришеечную;

2) экваторную;

3) режущо-окклюзионную.

Для удобства справа от букв фиксируется цифровое обозначение яркости, где 1 – самый яркий оттенок, а 4 – самый тусклый. Таким образом, буквы определяют тип оттенка, а цифрами обозначается яркость, например, цвет зубов A1, A2, A3 и так далее.

Ошибка в степени яркости сразу же выявляет реставрацию в полости рта. Она заметна лучше, чем ошибки в насыщенности или цвете.

Кроме этого пациенту необходимо объяснить важность правильного выбора оттенка, что, в свою очередь, бывает затруднительно, т.к. пациенты убеждены, что чем ярче оттенок, тем лучше. Однако слишком светлые оттенки будут выглядеть не совсем естественно.

В дальнейшем пациенту следует объяснить, что существует множество факторов, влияющих на изменение цвета эмали зубов. Таких как – кофе, курение сигарет, частое потребление в пищу продуктов, содержащих красители, неправильная гигиена полости рта и т.д. И чтобы сохранить правильный оттенок зубов, нужно выполнять регулярный уход за зубами,

отказаться от вредных привычек, чрезмерного употребления кофе и стараться посещать стоматолога дважды в год. Если все рекомендации будут соблюдаться, то проблем с изменением цвета не возникнет.

Выводы. Таким образом, для определения цвета зубов необходимо учитывать требования и факторы, влияющие на восприятие оттенка. При нарушении одного из требований, может быть косметический дефект, который будет доставлять пациенту дискомфорт. Помимо этого, необходимо дальнейшее посещение и выполнение рекомендаций стоматолога.

Список литературы.

1. Луцкая И.К. Основы эстетической стоматологии. – Мн.: Интерпрессервис, 2005. – 332 с.
2. Туати Б., Миара П., Нэтэнсон Д. Эстетическая стоматология и керамические реставрации. – М., 2004. – 448 с.

ВВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Герасимчук А.А., Денисова В.Ю., Карлаш А.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель – к.м.н., доцент Денисова В.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что согласно научной статистике, число зубочелюстных аномалий с каждым годом возрастает [4]. По данным многих авторов, полученным в ходе осмотра пациентов в г. Курске, уровень нуждаемости в ортодонтическом лечении среди детей в возрасте от 3 до 15 лет на 1000 обследованных человек составил 59,3%. Причем, в период временного прикуса – 36,4%, в период раннего сменного прикуса – 52,2%, в период позднего сменного прикуса – 56,8%, в период постоянного прикуса – 58,8%.

То есть, намечена тенденция к увеличению зубочелюстных аномалий в периоды сменного и постоянного прикуса [2,3]. Поэтому вопросы профилактики и лечебных мероприятий, предупреждающих развитие зубочелюстных аномалий, на сегодняшний день остаются актуальными [4].

Целью данной работы является выявление факторов риска и разработка более эффективной тактики ведения профилактических мероприятий для предотвращения формирования аномалий прикуса.

Материалы и методы. На базе МБОУ СОШ № 39 имени К.Ф. Ольшанского города Курска и стоматологической поликлиники ООО «Дантист» было осмотрено 129 человек в возрасте 6-9 лет. Осмотренные дети были распределены по диспансерным группам.

К первой группе диспансерного наблюдения отнесли здоровых детей, в данную группу вошло 33 человека, что составило 26% от общего количества осмотренных. Все остальные 74% (96 чел.) распределены по следующим диспансерным группам. Во вторую диспансерную группу вошло 18% (23 чел.) с нарушением функции дыхания, глотания, жевания и речи, способствующих формированию зубочелюстных аномалий. В третью диспансерную группу вошло 24% (32 чел.) с формирующимися зубочелюстно-лицевыми аномалиями. Остальные дети 32% (41 чел.) со сформированными зубочелюстными аномалиями, нуждающиеся в активном аппаратном лечении были распределены в четвертую диспансерную группу. Все дети получили рекомендации по аппаратному лечению имеющихся аномалий и регулярному осмотру по назначению врача ортодонта.

Результаты и обсуждения. Детям, относящимся к первой диспансерной группе 26% (33 чел.) даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, регулярной санации полости рта при необходимости. Посещать стоматолога с целью профилактического осмотра рекомендовано один раз в год.

Для детей, относящимся ко второй диспансерной группе разработаны следующие рекомендации. Детям с ротовым типом дыхания 9% (2 чел.) рекомендована консультация лор-врача с целью санации носоглотки, разработан комплекс миогимнастики для профилактики нарушения миодинамического равновесия. К нарушениям функции жевания 61% (14 чел.) от количества осмотренных во второй группе: нестершиеся бугры молочных клыков 13% (3 чел.) этим детям рекомендовано включать в рацион питания твердую пищу, в дальнейшем, при отсутствии признаков стирания молочных клыков, рекомендовано проведение избирательного пришлифовывания бугров молочных клыков. Детям с ретенированными зубами 18% (4 чел.) даны инструкции по массажу альвеолярных отростков, предложено включать в рацион питания твердую пищу. Детям с нарушением целостности зубного ряда, после раннего удаления зубов 30% (7 чел.) рекомендовано зубное протезирование съёмными конструкциями. Детям 30% (7 чел.) с дисфункцией языка рекомендовано использование вестибулярной пластинки с упором для языка, разработан комплекс миогимнастики для нормализации положения языка, занятия с логопедом.

Детям из третьей диспансерной группы с формирующимися аномалиями прикуса 87,5% (28 чел.) от количества осмотренных в третьей группе рекомендовано своевременное устранение этиологических факторов, являющихся причинами этих аномалий, разработаны индивидуальные комплексы миогимнастики для восстановления миодинамического равновесия, применение лечебно-профилактических ортодонтических аппаратов, преортодонтических трейнеров. Детям с формирующимися аномалиями положения зубов 12,5% (4 чел.), таких как скученность зубов, тортоаномалия, рекомендовано применение лечебно-профилактических ортодонтических аппаратов, преортодонтических трейнеров для стимуляции роста альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей.

Детям из четвертой диспансерной группы 32% (41 чел) для дальнейшего лечения и устранения имеющихся аномалий сконструированы индивидуальные ортодонтические лечебные аппараты и разработан комплекс миогимнастических упражнений.

Через три месяца контрольный осмотр показал, что у детей, которым рекомендовано избирательное пришлифовывание и включение в рацион питания твердой пищи, наметилось истирание бугров молочных клыков. У детей, которым рекомендован массаж альвеолярных отростков и введение твердой пищи в рацион через три месяца при контрольном осмотре отмечено освоение техники массажа альвеолярных отростков, а еще через три месяца наметилось прорезывание ретинированных зубов. У детей, с дисфункцией языка, после трех месяцев применения вестибулярной пластинки с упором для языка и комплекса миогимнастики для языка произошла адаптация к аппарату, а еще через три месяца положение языка нормализовалось. У детей с ротовым типом дыхания на контрольном осмотре через три месяца отмечается нормализация типа дыхания, со слов родителей, превалирование носового дыхания над ротовым, также продолжаются занятия с логопедом и проводится миогимнастика. У 7 детей после использования съемных протезов на осмотре через три месяца наблюдается адаптация к протезу, а ещё через три месяца незначительное прорезывание ретинированных зубов. При контрольном осмотре третьей группы отмечено, что дети с формирующимися аномалиями прикуса 87,5% (28 чел.) занимаются миогимнастикой и используют лечебно-профилактические аппараты, 12,5% (4 чел.) с формирующимися аномалиями положения зубов применяют миогимнастические упражнения с лечебно-профилактическими аппаратами несложной конструкции (преортодонтические трейнеры, эластопозиционеры). Дети четвертой группы 32% (41 чел.) на момент осмотра продолжают активное аппаратное лечение выраженных сформированных челюстно-лицевых аномалий. Все пациенты продолжают следовать назначенным рекомендациям. Следующий осмотр запланирован через три месяца.

Таким образом, у детей наблюдается положительная динамика устранения факторов, способствующих формированию зубочелюстно-лицевых аномалий, что позволяет говорить о целесообразности проведения профилактических мероприятий у детей в раннем сменном прикусе.

Список литературы.

1. Денисова В.Ю., Профилактика зубочелюстных аномалий/ В.Ю. Денисова, Т.В. Личутина, Я.В. Морозова//Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта: материалы III Рос. науч.-практ. конф. – Казань, 2010. – С. 66-69.
2. Денисова, В.Ю. Методы диагностики зубочелюстных аномалий: учеб. – метод. пособие / В.Ю. Денисова, А.Е. Карлаш, В.А. Журбенко, – Курск: КГМУ, 2018. – 119 с.

3. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Основы ортодонтии (руководство к практическим занятиям). – М.: Медицинская книга; Н.Н.: Изд-во НГМА, 2001. – С. 39–54.

4. Персин, Л.С. Стоматология детского возраста: рекомендовано методсоветом по направлению/ Л.С. Персин, В.М. Елизарока, С.В. Дьякова. – 5-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008, -640с.

5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, миофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: Мединформ, 2006. – 544 с.

ПОСЛОЙНАЯ ТЕХНИКА РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА КЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЯХ

Деревягин Д.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – преподаватель Сопова Е.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в стоматологии мало внимания уделяется созданию естественных форм и просветов зубных рядов, улучшающие эстетические качества керамических конструкций.

Целью исследования является рассмотреть и изучить современные технологии послойной техники реставраций зубных рядов на керамических конструкциях, а также выявить ряд особенностей протезирования.

Материалы и методы: курсы для зубных техников, медицинская энциклопедия. Информационно-аналитический.

Результаты и обсуждения. В результате исследования нам удалось выявить важность создания естественных просвечиваний на зубах, так называемых мамелонов, которые повышают эстетические свойства протезирования. Удалось обсудить и изучить послойную технику реставраций зубных рядов на керамических конструкциях.

Невозможно найти две одинаковые снежинки, так и с клиническими случаями пациентов. У каждого человека своя история зубного ряда. Его индивидуальные и анатомические особенности зубов передать при помощи обычной керамической массы практически невозможно. Зубы в полости рта должны смотреться максимально естественно: просвечиваясь, градиентно переливаясь, отображая белые полосы и полупрозрачные пятна, а также так называемые мамелоны. Даже высококвалифицированному зубному технику не по силам обычными керамическими массами добиться максимального эффекта.

Многие зубные техники сталкиваются с рядом проблем:

- керамические покрытия имеют усадку, из-за чего может возникнуть вероятность смещения воспроизводимого эффекта после обжига в печи.

- при шлифовке и полировке, а также нанесении дополнительных порций фарфоровой массы для корректировки анатомических особенностей зубов может возникнуть смещение или утрата воспроизводимого эффекта.

Получение требуемого оттенка занимает долгий промежуток времени и расходует слишком много материалов.

Для решения подобных проблем был создан метод «внутреннего окрашивания». Данная методика требует от зубного техника высокий уровень мастерства, овладеть ею сможет далеко не каждый. Эта техника позволяет с огромной точностью передать особенности каждого отдельного зуба.

Выводы. Разрушение и утрата зубов влечет за собой ряд взаимосвязанных проблем. Нарушение эстетики является причиной плохого настроения, неуверенности в себе, а проблемы с процессами пищеварения приводят к общему нарушению привычного ритма жизни. Современная стоматология предлагает эффективные методики восстановления целостности зубного ряда и функций жевания. С каждым годом материалы, используемые для протезирования, становятся лучше и совершеннее. Послойная техника реставрации зубных рядов способна решить множество проблем.

Список литературы.

1. Хитоси Аосима. Перевод с японского – Е.Дьяконенко. // Журнал Зубной техник. 2001, № 3. С.40–46
2. Эрнст А. Хегенбарт. Воссоздание цвета в керамике: практическое руководство. М.: Издательство «Квинтэссенция». 1998. С.9-35

ДЕНТОФОБИЯ ИЛИ СТРАХ ПОСЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГА

Дмитриева Ю.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель – ассистент Журбенко В.А.

Дентофобия – это страх проведения стоматологического лечения. Наиболее часто подвержены данной фобии дети.

Актуальность исследования: среди проблем в современной стоматологии дентофобия занимает одно из лидирующих позиций.

Детей в стоматологическом кабинете окружает большое число раздражителей, которые могут вызывать как физический дискомфорт, так и тревожные эмоции, поэтому поведение пациента-ребенка часто принимает протестный характер. То как будет вести себя ребёнок на стоматологическом лечении обусловлено разными факторами: характером и силой раздражителей; характером актуальных потребностей пациента – ребенка; уровнем пороговой чувствительности ребенка к раздражителям; уровнем базовой тревожности ребенка; интенсивностью и лабильностью

эмоций тревоги; эффективностью психологической защиты ребенка и его самоконтроля [1].

Цель исследования: определение эмоционального статуса пациентов дошкольного и младшего школьного возраста, а также выявление факторов, вызывающих дентофобию у детей.

Главными причинами дентофобии среди пациентов младшего возраста на стоматологическом приеме являются:

- Родители. Они часто запугивают своих детей врачами;
- Неудачный, болезненный опыт при предыдущих стоматологических манипуляциях;
- Вид стоматологических инструментов, игл, звуков, исходящих от стоматологической установки;
- Неизвестная и пугающая обстановка, серьезный вид врача.

Из-за чувства страха дети не хотят посещать стоматологический кабинет и приходят на прием уже с острой болью и осложнениями.

В настоящее время можно выделить 3 степени выраженности дентофобии [2]:

- легкая — пациент испытывает легкое беспокойство, сидя в стоматологическом кресле;
- средняя — в зависимости от вида стоматологического вмешательства пациент испытывает тревогу, но сразу после проведенного успешного лечения чувство дискомфорта исчезает;
- тяжелая степень — пациент посещает стоматолога только в случае крайней необходимости, создает трудности в процессе лечения, часто не выполняет рекомендации врача.

В связи с актуальностью проблемы был проведен опрос 85 пациентов с использованием рейтинговой шкалы Франкла, а также был использован метод анкетирования. Анкета состояла из одного вопроса — «Чего больше всего вы боитесь при посещении врача-стоматолога?» и 5 вариантов ответов: А) Боли; Б) Уколов; В) Звук стоматологической установки; Г) Другое; Д) Не испытываю страх

Результаты исследования: по шкале Франкла выделяют четыре типа поведения детей: F1 — полностью негативное, ребенок отказывается от лечения; F2 — негативное, ребенок с трудом принимает лечение; F3 — позитивное, ребенок принимает лечение с настороженностью, но выполняет требования врача; F4 — полностью позитивное: хороший контакт с врачом, ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, он спокоен.

По результатам опроса к типу F1 по Франклу относятся 50 детей (из них 90% — до двух лет); к типу F2 — 25 детей (большинство старше 2 лет); к типу F3 — 8 детей (из них 80% — дети до 4 лет); к типу F4 — 2 ребёнка (дети в возрасте 6-7 лет).

При анализировании данных анкеты было выявлено, что 50% опрошенных детей отмечали страх причинения боли, 25% детей бояться уколов, 10% детей бояться звука стоматологической установки и 15% отметили, что бояться стоматологов по другим причинам.

Выводы. Таким образом, данные нашего исследования также доказывают, что это тема весьма обострена в стоматологии. Ведь если пациент испытывает страх перед посещением врача-стоматолога, то это будет мешать проведению адекватного лечения. Поэтому очень важно определить эмоциональный статус пациента, так как, зная, как настроен пациент в данный момент, врач сможет выработать нужную тактику общения с ним, особенно это важно, если в кресле сидит ребёнок. Врач должен быть отличным психологом, должен чувствовать своего пациента. Поэтому очень важно сначала провести беседу, настроить ребёнка положительно, чтобы тот освоился в новом для него месте. Очень важно наладить контакт врач-пациент. Ведь если ребёнок будет доверять врачу, то и само лечение пройдёт быстрее и легче как для него, так и для врача-стоматолога. Это называется премедикация [3].

Многие детские врачи-стоматологи предлагают родителям как можно чаще приводить своих детей на профилактические осмотры. Так ребёнок будет быстрее привыкать к обстановке и не бояться врача.

Из всего выше перечисленного можно сделать вывод, что врач-стоматолог должен серьёзно и со всей ответственностью подходить к данной проблеме, чтобы в дальнейшем провести качественное лечение и не навредить своему пациенту не только физически, но и морально.

Список литературы.

1. Власова Д.С., Лестева М.Ф. Методы определения тревожности и страха у детей при посещении врача-стоматолога // сборник научных трудов. Волгоград: ООО «Бланк», 2009. 432 с.
2. Маргарян А.Ш. Дентофобия. Особенности стоматологического приема // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017. № 9. С. 1436-1437.
3. Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Психоземotionalный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 5-7.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ И БЕЗМЕТАЛЛОВЫЕ КОНСТРУКЦИИ

Домашева С.В., Ячменева Л.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра ортопедической стоматологии
Научный руководитель – ассистент Ячменева Л.А.**

Кариес зубов относится к самым распространенным заболеваниям населения. Ему способствуют плохая экология, структура питания, образ жизни, вредные привычки, наследственный фактор, гигиена полости рта. Каждый хотя бы раз в жизни сталкивался с данной проблемой.

Когда разрушение коронковой части зуба достигает 2/3 или когда восстановление эстетических свойств и анатомической формы зуба пломбированием или вкладкой неэффективно, применяются искусственные коронки.

Целью работы было выявление более эффективного метода препарирования под металлокерамические и керамические коронки. Задачи: определить плюсы и минусы металлических и безметалловых коронок, сравнить особенности препарирования под эти конструкции.

Коронки на сегодняшний день являются одним из самых популярных способов протезирования. Это удачный компромисс между прочностью, эстетикой и стоимостью. Каждый пациент, нуждающийся в данной конструкции, стоит перед выбором, какую именно коронку ему ставить. Чтобы принять правильное решение, следует обратить внимание на плюсы и минусы коронковых протезов.

Металлокерамические коронки свое названия они получили за то, что внутри имеют литой металлический каркас, толщиной 0,3-0,5 мм, который изготавливают из благородных и неблагородных сплавов металлов и облицовочный материал – керамики. Средняя толщина такой коронки – 1,5-1,8 мм, а на жевательной поверхности или режущем крае может достигать 2 мм. Основными особенностями препарирования зубов под металлокерамическую коронку являются: глубокое препарирование твердых тканей зуба 1,5-2мм; конвергенция апроксимальных стенок коронки зуба 5-7 градусов; формирование уступа в пришеечной области с углом 135° (возможен и без уступный способ препарирования, если мы говорим о резцах на нижней челюсти с недостаточной толщиной). [1]

Металлокерамические коронки являются одними из распространенных конструкций благодаря своим положительным свойствам: прочность, долговечность, гигиеничность, не подвергаются негативному воздействию микроорганизмов ротовой полости, приемлемая эстетика, функциональность, цветоустойчивость, долговечность.

Наряду с достаточно большим количеством плюсов, имеются минусы. Для препарирования под коронку данного типа требуется сошлифовывание большого объема тканей зуба, что является необходимостью для минимальной толщины стенок металлической части. В большинстве случаев, врачи депульпируют такие зубы, во избежание перегрева или ожога пульпы.

Также металлокерамические коронки хоть и очень близки по цвету к натуральным зубам, сильно уступают безметалловым конструкциям. При изготовлении безметалловых керамических коронок необходимо соблюдать правила: правильный подбор пластической и фарфоровой масс, соблюдение всех этапов и правил обжига, придание правильной анатомической формы коронке. Соблюдение их позволяют сделать ее идентичной по внешним параметрам натуральному зубу. Препарирование под такие конструкции осуществляется на глубину 1-1,5 мм. Боковые стенки сошлифовывают, придавая зубу форму едва заметного конуса с наклоном стенок 3-5 градусов. Данные протезы имеют хорошую светопроницаемость, не изменяют цвет

десны, менее аллергены по сравнению с металлокерамическими коронками. Наряду с плюсами, есть и недостатки: не рекомендуется изготовление на боковой группе зубов, при повышенной стираемости, аномалии прикуса, высокая стоимость. Данные конструкции идеально подходят для протезирования фронтальных зубов.

Хорошей альтернативой является керамика на оксиде циркония. Так как прочность оксида циркония высока, то для препарирования зуба требуется снятие всего 0,4 мм твердых тканей зуба. Безметалловая керамика на оксиде циркония придает зубам максимально натуральный вид, не аллергенна, не изменяет цвет при носке, обладает высокой амортизационной способностью, долговечность. Недостатком является высокая цена.

Объем снятия твердых тканей зубов для разных видов конструкций			
	Безметалловые керамические коронки	Металлокерамические коронки	керамика на оксиде циркония
Фронтальные зубы			
Режущий край	2,0мм	,3мм	2,0мм
Вестибулярная сторона	1,5мм	1,8мм	1,5мм
Оральная сторона	1,5мм	1,8мм	1,5мм
Пришеечная область	1,5мм	1,8мм	1,5мм
Уступ	90-120градусов	135градусов	90-120градусов
Жевательные зубы			
Бугры	2мм	2,3мм	2мм
Фиссуры	1,5мм	1,8мм	1,5мм
Вестибулярная сторона	1,5мм	1,8мм	1,5мм
Оральная сторона	1,5мм	1,8мм	1,5мм
пришеечная область	1,5мм	1,8мм	1,5мм

Рисунок 1. Объем снятия твердых тканей зубов для разных видов конструкций

Выводы. После проведения исследования были сравнены методы препарирования под разные конструкции.

Анализируя таблицу, делаем вывод, что под металлокерамические коронки тканей сошлифовывается больше, из-за присутствия металлического каркаса. Выбор коронки будет опираться на возможности и толщину опорных зубов. В зависимости от выбранной работы необходимо делать уступ правильной формы.

Список литературы.

1. Кононова Е.В., Милова Е.В. Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов. // В книге: Молодежная наука и современность 71-я итоговая межвузовская конференция студентов и молодых ученых : в 2 ч.. 2006. С. 5.

ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ В ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЁКА

Дорощенко А.А. Колесник Д.Г.

**Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Дравица Л.В.**

Актуальность исследования. В последние годы СД рассматривается не только как серьезное хроническое заболевание, но и как важная медико-социальная проблема, приобретающая все большую актуальность. В Беларуси, по данным республиканского регистра «Сахарный диабет», диабетическая ретинопатия (ДР) зарегистрирована у 15,9% всех пациентов с СД, в том числе у 44,36% пациентов с СД 1 и 14,14% – с СД 2 типа. [1]

Многочисленными клиническими исследованиями установлено, что одной из основных причин снижения зрения у больных СД является макулярный отек. Риск возникновения отека макулы выше у пациентов с СД 2-го типа. С увеличением тяжести ДР частота макулярного отека возрастает, достигая 70% при пролиферативной стадии данного осложнения. Развитию диабетической макулопатии способствуют два процесса:

- микроокклюзия капилляров (наиболее раннее проявление);
- гиперпроницаемость капилляров, связанная с прорывом внутреннего гематоретинального барьера (стенки капилляров сетчатки), иногда в сочетании с нарушением наружного гематоретинального барьера (пигментного эпителия сетчатки).

Единственным общепринятым методом лечения ДР и диабетического макулярного отека, эффективность которого доказана многоцентровыми исследованиями, является лазерная фотокоагуляция сетчатки. Установлено также, что принципиально важным условием успеха является ранее лазерное лечение [2].

Целью данного исследования было оценить эффективность использования лазерной коагуляции сетчатки при лечении диабетической ретинопатии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 24 пациента, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» с диагнозом пролиферативная диабетическая ретинопатия. Всем пациентам проводилась лазерная коагуляция сетчатки. Также перед этим была проведена оптическая когерентная томография на аппарате “Stratus – 3000» фирмы Karl Zeiss, Германия. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы «Microsoft Excel 2013».

Результаты и обсуждения. В работе были проанализированы данные 24 пациента (45 глаз) из них 18 женщин и 6 мужчин, их средний возраст составил $65,11 \pm 7,15$ и $56,17 \pm 10,83$ соответственно.

Пациенты были разделены на 4 группы исходя из диагноза:

1. Диабетическая препролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (15).

2. Диабетическая пролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (7).

3. Диабетическая непролиферативная ретинопатия. Диабетическая макулопатия (2).

4. Пациенты с другим диагнозом (1 – Постромбическая ретинопатия. Макулопатия. миопия высокой степени. 2 – Частичный гемофтальм, субретинальное кровоизлияние OU: начальная осложненная катаракта, диабетическая ретинопатия, диабетическая стадия СД 1. 3 – OD: диабетическая ретинопатия 1-2 ст. Начальная возрастная катаракта. Открытоугольная 3а глаукома OS: диабетическая ретинопатия 2 ст. Диабетическая макулопатия. Незрелая возрастная катаракта. Открытоугольная 2-3а глаукома СД 2).

Значения оптической когерентной томографии проведенной до лазеркоагуляции сетчатки занесены в таблицу 1.

Таблица 1. Средние значения ОКТ

	Средняя толщина сетчатки в центре макулы, мм	Средний объем сетчатки, мм ³	Средняя толщина сетчатки, мкм
1 группа	295,04±76,93	11,27±1,62	427,13±559,21
2 группа	439,82±212,54	15,07±5,55	424±160,05
3 группа	314,75±18,79	10,9±0,24	302,75±7,09
4 группа	264,2±83,43	9,72±0,98	270,4±27,34
Норма	249,41±15,50 (220-284)	10,14±0,34 (9,3-10,7)	281,66±9,34 (259-298)
Отклонение от нормы.	79,04±77,1	1,6±2,316	74,41±81,34

Как видно из таблицы у пациентов во всех трех группах, имеющих диабетическую ретинопатию значения ОКТ превышают норму, что свидетельствует о наличие макулярного отека.

Значения остроты зрения занесены в таблицу 2.

Таблица 2. Средние значения остроты зрения

До		После	
Корригированное	Некорригированное	Корригированное	Некорригированное
1 группа			
0,83±0,23	0,34±0,34	0,83±0,23	0,4±0,396
2 группа			
0,35±0,21	0,13±0,24	0,36±0,39	0,14±0,26
3 группа			
0,75±0,07	0,8	0,75±0,07	0,8
4 группа			
0,4±0,1	0,35±0,30	0,4±0,1	0,42±0,28

Как следует из таблицы № 2 во всех группах в послеоперационном периоде получено значимое улучшение как корригированной, так и некорригированной остроты зрения.

Значения внутриглазного давления измеренного методом пневмотонометрии занесены в таблицу 3.

Таблица 3. Средние значения ВГД

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
17,88±2,57	18,75±1,06	17,25±1,5	16,17±3,25

Как видно из таблицы 3 ВГД входит в норму, однако в некоторых случаях оно достигает его верхней границы.

Пациентам была проведена одна или несколько операций: сложная микрохирургическая операция с применением оптических систем. Транспупиллярная паравазальная лазеркоагуляция сетчатки.

До операции состояние глазного дна было следующим: ДЗН имел бледно-розовый цвет или был деколорирован, границы четкие, экскавация была физиологическая до 0,4 ДД. Артерии сужены на всем протяжении, вены четкообразные, умеренно извитые и полнокровные. Паравазально интравитреальные геморрагии, твердые и влажные экссудаты, ИРМА, макулярный отек. По ходу сосудистых аркад парапапиллярно плоскостной глиоз с новообразованными сосудами, макулярная зона сглажена, отечна, с геморрагиями. После операции на глазном дне наблюдали проявление свежих лазеркоагулятов 2 степени.

Выводы. После проведенной хирургии получено уменьшение макулярного отека, что способствовало улучшению остроты зрения в среднем на 0,02. Лазеркоагуляция также способствует снижению развития дегенеративных изменений сетчатки глаза у пациентов, имеющих диабетическую ретинопатию.

Список литературы.

1. Романенко И.А., Черкасова В.В., Егоров Е.А.. Диабетический макулярный отек. Классификация, клиника, лечение // Клиническая офтальмология. 2010. № 1. С. 30.
2. Салко О.Б., Богдан Е.Л., Шепелькевич А.П., Щавелева М.В., Ярош Е.А.. Распространенность хронических осложнений сахарного диабета в Республике Беларусь (по данным республиканского регистра «Сахарный диабет») // Лечебное дело. 2016. № 5(51). С. 31-34.

ВЫБОР МАТЕРИАЛА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЕЙ НА ПЛАСТМАССУ

Дрюпина А.А., Кривцова А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Бароян М.А.

Актуальность исследования. Ведущими задачами ортопедической стоматологии являются замещение дефектов зубных рядов и восстановление утраченной функции, в том числе с помощью съёмных пластиночных протезов. Материалы, используемые в стоматологии, должны соответствовать определенным требованиям и обладать биологической совместимостью с тканями протезного ложа. Успех или неудача лечения почти напрямую зависит от состава и технологии изготовления протезов, так как гиперчувствительность к тому или иному химическому компоненту может спровоцировать аллергическую реакцию. Эта проблема приобретает все большую актуальность в связи с увеличением числа пациентов, имеющих непереносимость лекарственных препаратов или отмечающих в анамнезе аллергические заболевания. Таким образом, возникает необходимость дифференцированного подхода к выбору конструктивного материала съёмного протеза исходя из индивидуальных особенностей и соматического статуса пациента.

Цель исследования заключается в сравнении съёмных протезов на основе акриловой пластмассы с протезами, сделанных из термопластичных материалов для грамотного протезирования пациентов, имеющих повышенную чувствительность иммунной системы.

Материалы и методы: теоретический – изучение научной литературы, обработка, анализ и обобщение материала.

Результаты и обсуждение. В зависимости от дефекта зубных рядов: частичное или полное отсутствие зубов могут использоваться соответственно частичные или полные съёмные протезы. По типу конструкции съёмные протезы можно разделить на пластиночные и бюгельные. Частичный съёмный пластиночный протез состоит из базиса, опорно-удерживающих элементов и искусственных зубов. В конструктивных элементах бюгельного протеза выделяют металлический каркас, который состоит из дуги и фиксирующих элементов и также базиса, содержащего искусственные зубы. [4] Следует также обращать внимание на материалы, из которых изготовлены протезы, так они чаще всего оказывают токсическое действие на ткани протезного ложа. Самым распространенным материалом для изготовления базисов съёмных протезов является пластмасса на основе акрилатов. Это неудивительно, ведь она имеет много положительных качеств: доступность, дешевизна, достаточная прочность и в то же время легкость, которая уменьшает процесс адаптации пациентов к протезам, технологичность. Но не стоит забывать и об их недостатках. Пластмасса является высокополимерным соединением, но сама

по себе она не может вызывать аллергическую реакцию. [1] Однако мономер, входящий в ее состав, не имея белковой природы, но соединяясь с белками организма (гаптенами), способен превратиться в антиген и вызвать иммунный ответ в виде аллергического стоматита. [3] Микропористость структуры пластмассового базиса при низкой гигиене полости рта и плохим уходом за протезом, создает хорошие условия для колонизации микроорганизмов, накоплению их токсинов и развитию токсического стоматита.

Учитывая данную проблему, на стоматологическом рынке появились альтернативные термопластичные материалы, которые лишены тех основных отрицательных свойств, тем самым позволяя врачу выбрать тип базиса в зависимости от конкретной клинической ситуации. Термопласты имеют свои преимущества: они достаточно эстетичны, эластичны, гибкие, упругие, такие протезы не содержат микропор и они не обладают аллергическим и токсическим действием, очень прочные, но достаточно тяжелые. В настоящее время используют 5 видов термопластов: нейлон, полипропилен, полиоксиметилен, этилен-винил-ацетат, акриловые (полиметилметакрилат).

Таким образом, можно сделать вывод, что современный ассортимент базисных материалов достаточно велик. Это позволяет врачу-ортопеду выбрать альтернативный материал ортопедической конструкции у лиц с отягощенным аллергическим анамнезом, тем самым повысив эффективность своего лечения.

Список литературы.

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология, СГМА, 200. 576 с.
2. Жижикин О.И., Терешина Т.П., Романова Ю.Г. Способ оценки аллергических проявлений в полости рта на акриловые пластмассы // Вестник стоматологии. 2010. № 2. С. 13-15.
3. Жолудев С.Е., Олешко В.П., Баньков В.И. Способы лечения непереносимости съемных зубных протезов // Панорама ортопедической стоматологии. 2003. № 3. С. 28-34.
4. Трегубов И.Д., Михайленко Л.В., Болдырева Р.И., Маглакелидзе В.В., Трегубов С.И. Использование термопластов в ортопедической стоматологии. М.: Медицинская пресса, 2007. 140 с.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ РОСТА РАЗЛИЧНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПРИСУТСТВИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ГЛАЗНЫХ ПЛЕНОК

Захарова К.В., Ярмамедов Д.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научные руководители: д.м.н., профессор Липатов В.А.,

к.м.н., доцент Медведева М.В.

Актуальность. На данный момент в Российской Федерации болезни глаз и его придаточного аппарата занимают четвертое место в структуре общей заболеваемости [2, 4]. Из общего числа офтальмологических заболеваний более 20% случаев приходится на детей [3, 5]. Болезни глаза и придаточного аппарата среди детей встречаются с частотой 13911,4 на 100 000 детского населения [1]. В Курской области ситуация аналогична: воспалительные заболевания переднего отрезка глаза стоят на первом месте в структуре общей распространённости заболеваний.

Целью работы является изучение степени роста различных микроорганизмов в присутствии антибактериальных глазных пленок.

Материалы и методы. Совместно с кафедрой микробиологии, вирусологии, иммунологии проведено исследование *in vitro*. Изучена зона задержки роста микроорганизмов вокруг глазных пленок с антибактериальным эффектом и образцов без антибиотиков. В ходе исследования были использованы 4 колонии наиболее распространённых микроорганизмов, которые вызывают воспалительные заболевания переднего отрезка глаза: *S. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Pr. vulgaris*. Были сформированы 2 группы: исследуемая и контрольная. Экспериментальная группа составила 40 образцов, контрольная группа – 40. Оценка результатов исследования была проведена через 12 часов после начала эксперимента. Результаты были оценены в мм. При исследовании были использованы следующие методы: микробиологический, статистический.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования зоны задержки роста, в препаратах *S. aureus* анализируемый показатель составляет $14,6 \pm 0,694$ мм. Зона задержки роста в присутствии *Ps. aeruginosa* составляет $14,8 \pm 0,784$ мм. При анализе бактерицидного действия антибактериальных глазных пленок в препарате *E. coli* зона задержки роста составила $15,2 \pm 0,676$ мм. Образцы, находившиеся в культуре *Pr. vulgaris* зона задержки роста – $18,2 \pm 0,902$ мм. В группе без использования антибактериальных пленок зоны задержки роста на изучаемых культурах микроорганизмов не выявлено.

Таблица 1. Зона задержки роста различных микроорганизмов
вокруг антибактериальных глазных пленок

	Зона задержки роста, мм			
	S. aureus	Ps. aeruginosa	E. coli	Pr. vulgaris
Глазная пленка с антибактериальным эффектом	14,6±0,694	14,8±0,784	15,2±0,676	18,2±0,902
Контроль	0	0	0	0

Вывод. Таким образом антибактериальные глазные пленки оказывают выраженную бактерицидную активность на широкий спектр микроорганизмов.

Список литературы.

1. Офтальмология: национальное руководство/под ред. С.Э.Аветисова – 2-е изд. М.:ГЕОТАР-Медиа, 2018. 904 с.
2. Ярмamedов Д.М., Медведева М.В., Липатов В.А. Динамика регенерации инфицированного дефекта роговицы с применением различных методов лечения // Медицинский вестник Башкортостана. 2018. № 1(73) Т.13. С. 16-18.
3. Chang V.S., Dhaliwal D.K., Raju L. et al. Antibiotic Resistance in the Treatment of Staphylococcus aureus Keratitis: a 20-Year Review // Cornea. 2015 № 34(6). P. 698-703. doi: 10.1097/ICO.0000000000000431.
4. Flaxman S.R., Bourne R.R.A., Resnikoff S. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Global Health. 2017. № 5(12). P. 1221-1234. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30393-5.
5. Sabanayagam C., Cheng C.Y. Global causes of vision loss in 2015: are we on track to achieve the Vision 2020 target? // Lancet Global Health. 2017. № 5(12). e1164-e1165. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30412-6.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СФЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Кащеев В.Н

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н. Никитин Н.А.

Актуальность исследования. Гнойно-воспалительные заболевания со стороны придаточных пазух носа у детей рассматриваются как полиэтиологичное заболевание, прежде всего за счет особенностей их анатомо-топографического строения и иммунологической незрелостью организма. Слизистые оболочки полости носа первыми встречают разнообразные патогены, поэтому должны обеспечивать местную защиту

организма. При сбое в работе защитных механизмов в результате общего или местного переохлаждения организма развивается воспалительная реакция.

Учитывая высокий риск осложнений риносинусита в детском возрасте при диагностировании данной патологии, ребенок должен получать комплексное лечение, включающее как местную санацию всех вовлеченных в воспалительный процесс придаточных пазух носа, так и препараты общего воздействия на организм ребенка. Среди воспалительных заболеваний ППН у детей, сфеноидит занимает третье место, после гайморита и этмоидита. Заболевание обычно протекает в форме полисинусита, комбинируясь с воспалением задних решетчатых клеток и гайморовых пазух. Изолированные сфеноидиты в детском возрасте встречаются крайне редко.

В связи со стремительным развитием медицины и повсеместным внедрением рентгеновской компьютерной томографии, которая является «золотым» стандартом, диагностика сфеноидита и у детей и у взрослых не вызывает каких-либо трудностей и позволяет в 100% случаев установить диагноз. Необходимо отметить, что этот факт имеет и отрицательные стороны, связанные в большинстве своем с гипердиагностикой гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР органов и, как следствие, назначением бесчисленного множества препаратов одному больному. В некоторых случаях мы встречали пациентов, которым назначалось более 10 препаратов одновременно.

В большинстве случаев наличие сфеноидита, сопряженного с патологией других придаточных пазух носа, хорошо поддается консервативному лечению, и только лишь при отсутствии положительных результатов, особенно при присоединении неврологической и офтальмологической симптоматики, является показанием к хирургическому лечению – эндоскопической сфеноидотомии.

В отделение оториноларингологии БМУ «Курская областная клиническая больница» с 2015 по 2018 годы находилось на лечение 21 ребенок, с острым сфеноидитом: в 2015 году – 7 больных, в 2016 – 5 детей, в 2017 – 4 ребенка, в 2018 – 5 детей. Проявлений «изолированного» сфеноидита у детей за этот период времени нами не отмечено.

Всем без исключения больным проводилась системная антибактериальная терапия, ирригационная терапия полости носа, назначались местные деконгестанты, интраназальные глюкокортикостероиды, физиотерапевтическое лечение – лазеро-магнитная терапия, ингаляции с антисептиками. В 4 случаях у пациентов с осложненным полисинуситом, сопровождавшимся реактивным отеком век глаза и формированием ретро- и субпериостальных абсцессов, была выполнена полисинусотомия, в том числе включающая в себя эндоскопическую сфеноидотомию. В 2 случаях консервативное лечение в течении 3 суток было неэффективно, что потребовало выполнения эндоскопической сфеноидотомии сопряженной с аденотомией. Необходимо отметить тот факт, что у детей важную роль играют аденоидные вегетации в состоянии воспаления, инфекция из ткани глоточной миндалины может легко проникнуть в рядом расположенные клиновидные пазухи. Развитию воспаления способствует нарушение

дренажной функции соустья, которое наиболее выражено при переднем и асимметричном прилегании задних решетчатых ячеек к клиновидной пазухи.

Список литературы.

1. Бузычкин В.Н. Возрастные и индивидуальные особенности строения клиновидных пазух и их значение для клиники и лечения сфеноидита: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.; 2006: С. 22.
2. Кутина А.В. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход к диагностике и лечению. Российская оториноларингология. 2013; С. 62-65.
3. Мельник В.Ф. Методы хирургического лечения хронического сфеноидита и этмоидита. Вестник оториноларингологии. 2013; С. 78.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПО ДАННЫМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.С. КОРОТКОВА»

Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Березников А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза являются распространенной проблемой современной офтальмологии [1]. В настоящее время увеит является одной из причин слепоты [4]. В результате многочисленных исследований было выявлено, что среди пациентов, больных увеитом, 10-15% становятся слепыми или слабовидящими, что указывает не только на ухудшение функциональных возможностей органа зрения и качества жизни пациентов, но и приводит к возникновению существенных медико-социальных последствий, так как зачастую данным заболеванием страдают пациенты трудоспособного возраста [3, 6].

В современной офтальмологии для полной, детальной диагностики и качественного лечения воспалительных процессов сосудистой оболочки глаза необходимо уделять пристальное внимание на изменение основных лабораторных показателей, характеризующих воспалительный процесс во всем организме [2, 5].

Целью исследования является анализ основных лабораторных показателей у больных увеитом, отвечающих за воспалительные изменения в организме, а также определить корреляцию между развитием воспалительного процесса в сосудистой оболочке глаза и основными лабораторными изменениями.

Материалы и методы: материалом для настоящего исследования послужила выборка из 73 пациентов, больных увеитом, проходивших лечение в офтальмологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 1 им. Н.С. Короткова» в период с января 2017 по февраль 2019 года. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 0,3$ года. Среди пациентов 36 – мужчины (49%), 37 (51%) – женщины. Для исследования нами были выбраны основные лабораторные показатели, характеризующие воспалительные изменения в общем анализе крови (ОАК), в общем анализе мочи (ОАМ), в биохимическом анализе крови.

Результаты и обсуждения. Исследуя основные лабораторные показатели ОАК у больных увеитом, воспалительные изменения (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формул влево, ускорение СОЭ) нами были выявлены в 6 случаях, что соответствует 8,2%. В остальных случаях в ОАК патологических изменений не наблюдалось.

Анализируя основные показатели ОАМ, характеризующие воспаление, нами было выявлено наличие патологических изменений в 32 случаях, что соответствует 43,8%. В структуре патологических изменений отмечается наличие изолированной лейкоцитурии в 9 случаях (28,1%). В 10 случаях (31,3%) отмечается наличие солей – оксалатов, что указывает на наличие возможной корреляции воспалительных процессов в сосудистой оболочке глаза и мочекаменной болезни. Лидирующую позицию в патологических изменениях в ОАМ заняло сочетание основных лабораторных показателей, характеризующих воспалительные изменения (лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия, наличие плоского эпителия и слизи в большом количестве). Данные изменения наблюдались в 13 случаях, что соответствует 40,6%. Стоит отметить, что наличие патологии мочевыделительной системы до появления увеита отмечалось лишь в 3 случаях (9,3%) от общей патологии. Из этого следует, что развитие патологии мочевыводящей системы имеет взаимосвязь с развитием увеита и, возможно, выполняет роль пускового механизма в развитии воспаления в сосудистой оболочке глаза. Данные значения представлены в диаграмме № 1.

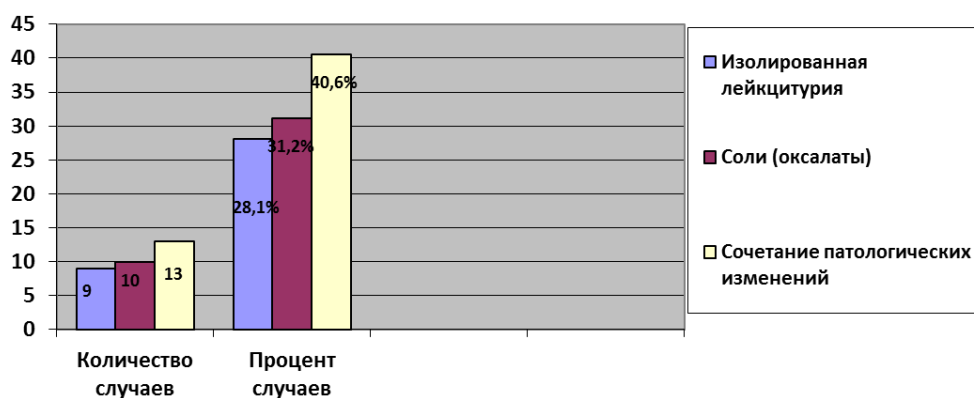


Диаграмма 1. Структура воспалительных изменений в ОАМ

Исследуя основные показатели биохимического анализа крови, отвечающих за воспаление: С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), было выявлено присутствие СРБ у 23 пациентов больных увеитом, что составило 31,5%. Наиболее часто отмечается выраженная положительная реакция («+++») – в 12 случаях (52,2%), в то время как резко положительная реакция («++++») наблюдалась в 4 случаях (17,4%), а слабо положительная реакция («+») – в 7 (30,4%) случаях. Положительной реакции («++») в ходе исследования выявлено не было. Данные значения наглядно представлены в таблице № 1.

Таблица № 1. Выраженность реакции СРБ у пациентов с увеитом

Количество пациентов, у которых было выявлено наличие СРБ	Количество пациентов со слабо положительной реакцией («+»), %	Количество пациентов с выраженной положительной реакцией («+++»), %	Количество пациентов с резко положительной реакцией («++++»), %
23	7 (30,4%),	12 (52,2%)	4 (17,4%)

Появление РФ наблюдалось всего у 3 (4,1%) пациентов. Следует отметить, что все случаи обнаружения РФ сочетались с наличием СРБ.

Вышеперечисленные данные указывают на наличие определенного системного воспалительного процесса в организме, следствием чего может являться увеит.

Выводы. 1) Воспалительные изменения в ОАК у больных с увеитом отмечалось в 6 случаях, что соответствует 8,2%.

2) Патологические изменения в ОАМ у больных воспалительными заболеваниями сосудистой оболочки наблюдались в 32 случаях (43,8%), что указывает на возможную корреляцию между развитием патологических процессов в мочевыделительной системе и возникновению увеита.

3) Количество пациентов, у которых в биохимическом анализе крови было выявлено наличие СРБ и РФ составило 23 (31,5%) и 3 (4,1%) соответственно, что свидетельствует об активном воспалительном процессе во всем организме и возможной роли системного воспаления в качестве пускового механизма увеита.

Список литературы.

1. Гусева М.Р. Особенности течения увеитов у детей // Российская детская офтальмология. 2013. № 1. С. 22-25.
2. Дроздова Е.А. Вопросы классификации и эпидемиологии увеитов. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016. Т. 16. № 3. С. 155-159.
3. Коновалова Н.А., Пономарева М.Н., Гнатенко Л.Е. и др. Сравнительный анализ динамики заболеваемости пациентов с увеитами // Медицинская наука и образование Урала. 2015. Т. 16. № 1 (81). С. 92–94.

4. Конькова А.Ю., Гаврилова Т.В., Черешнева М.В. Состояние заболеваемости увеитами в Пермском крае // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2015. № 4 (11). Т. 2. С. 31-35.
5. Панова И.Е., Дроздова Е.А. Увеиты: Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 144 с.
6. Jabs D.A., Busingye J. Approach to the diagnosis of the uveitides // Am. J. Ophthalmol. 2013. Vol. 156 (2). P. 228-236.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Березников А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема глаукомы является базовой не только для офтальмологии, но и для всей медицины [2, 5]. Это подтверждается и многочисленными статистическими данными, по которым в Российской Федерации количество больных глаукомой составляет более 1 миллиона человек. По прогнозам к 2020 году количество больных данным заболеванием во всем мире составит более 58 миллионов человек, что влечет за собой и серьезные социально-экономические проблемы [3, 4].

На сегодняшний день современная фармакология достигла достаточно серьезных успехов – существует большое количество эффективных гипотензивных препаратов, однако и роль хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) нельзя умалять. Оперативное лечение данной патологии в современной офтальмологии широко распространено во всех развитых странах [1].

Целью настоящего исследования является определение метода хирургического лечения ПОУГ в зависимости от основных гидродинамических показателей.

Материал и методы исследования: материалом для настоящего исследования послужила выборка из 195 пациентов с диагнозом ПОУГ, проходивших лечение в офтальмологических стационарах города Курска в период с января 2018 по февраль 2019 года. Из них 91 (47%) – мужчины и 104 (53%) – женщины. Средний возраст пациентов на момент исследования составил $77,5 \pm 0,4$ года. Методы обследования включали общепринятые при ПОУГ. В зависимости от метода оперативного лечения ПОУГ пациенты были разделены на 4 группы.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выявлено, что модифицированная синустрабекулэктомия (СТЭ) с задней трепанацией

склеры (ЗТС) проводилась в 83 случаях, что соответствует 42,6%. Глубокая склерэктомия (ГСЭ) использовалась в качестве оперативного лечения ПОУГ в 65 случаях (33,3%), трабекулотомия – в 31 (15,9%) случае, а непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) – в 16 случаях, что составило 8,2%. Данные значения наглядно представлены в таблице 1.

Таблица 1. Структура методов оперативного лечения ПОУГ

Метод оперативного лечения	Количество случаев (чел.)	Процентное соотношение (%)
Модифицированная СТЭ с ЗТС	83	42,6%
ГСЭ	65	33,3%
Трабекулотомия	31	15,9%
НГСЭ	16	8,3%

При проведении модифицированной СТЭ с ЗТС уровень истинного внутриглазного давления (ВГД) (P_0) составил $31,3 \pm 0,02$ мм.рт.ст., а коэффициент легкости оттока (C) был равен $0,09 \pm 0,03$ мм³/мин·мм. рт.ст. При выполнении ГСЭ уровень истинного ВГД составил $29,7 \pm 0,03$ мм.рт.ст., а коэффициент легкости оттока – $0,11 \pm 0,02$ мм³/мин·мм. рт.ст. Данные значения свидетельствуют об универсальности данных оперативных методов лечения ПОУГ, так как они применялись при высоком уровне истинного ВГД и более низком коэффициенте легкости оттока по сравнению с другими хирургическими методами лечения. Трабекулотомия, представляющая собой фистулизирующий метод оперативного лечения ПОУГ, проводилась при относительно невысоком уровне истинного ВГД, равном $23,2 \pm 0,03$ мм.рт.ст., но большем коэффициенте легкости оттока по сравнению с другими видами хирургического лечения, который составил $0,19 \pm 0,03$ мм³/мин·мм. рт.ст. НГСЭ использовалась при значениях коэффициента легкости оттока равном $0,14 \pm 0,02$ мм³/мин·мм. рт.ст. и уровне истинного ВГД – $24,8 \pm 0,02$ мм.рт.ст. Данные значения представлены в таблице 2.

Таблица 2. Методы хирургического лечения ПОУГ в зависимости от гидродинамических показателей

Метод оперативного лечения	Уровень легкости оттока (C) мм ³ /мин·мм. рт.ст. M±m	Уровень истинного ВГД (P_0) мм.рт.ст. M±m
СТЭ с ЗТС	$0,09 \pm 0,03$	$31,3 \pm 0,02$
ГСЭ	$0,11 \pm 0,02$	$29,7 \pm 0,03$
Трабекулотомия	$0,19 \pm 0,03$	$23,2 \pm 0,03$
НГСЭ	$0,14 \pm 0,02$	$24,8 \pm 0,02$

* – при $p < 0,01$ различия между группами статистически достоверны.

Необходимо отметить, что средний уровень ВГД до проведения оперативного лечения составил $28,2 \pm 0,03$ мм.рт.ст, а уровень офтальмотонуса после хирургического лечения составил $16,2 \pm 0,02$ мм.рт.ст.,

что свидетельствует о полной компенсации уровня ВГД после оперативного лечения.

Выводы. Наиболее часто в качестве оперативного лечения ПОУГ использовались модифицированная СТЭ с ЗТС и ГСЭ. Модифицированная СТЭ с ЗТС и ГСЭ проводились при более высоких значениях истинного ВГД и более низких значения коэффициента легкости оттока по сравнению с трабекулотомией и НГСЭ. Трабекулотомия проводилась при самых низких значениях истинного ВГД и при самых высоких значениях коэффициента легкости оттока. Оперативные методы лечения ПОУГ привели к полной стабилизации уровня ВГД. Наиболее редко среди данных методов антиглаукомных операций проводилась НГСЭ. Высокая эффективность модифицированной СТЭ с ЗТС и ГСЭ позволяет отнести данные методы оперативного лечения к операциям выбора при ПОУГ.

Список литературы.

1. Абышева Л.Д., Авдеев Р.В., Александров А.С. и др. Оптимальные характеристики верхней границы офтальмотонуса у пациентов с развитой стадией первичной открытоугольной глаукомы с точки зрения доказательной медицины. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2015;3. С. 111-123.
2. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Еричев В.П. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 456 с.
3. Короев А.О., Короев О.А. Течение глаукомы у пациентов, оперированных в два этапа по поводу глаукомы и катаракты. Международный научно-исследовательский журнал. 2018;5(71): 99-102.
4. Подгорная Н.Н., Шерстнева Л.В. Современные подходы к диагностике и лечению глауком. Клиническая геронтология. 2012; 18(9-10): 13-18.
5. Mills R.P., Budenz D.L., Lee P.P. et al. Categorizing the stage of glaucoma from pre-diagnosis to end-stage disease. American Journal Ophthalmology. 2006;141(1):24-30.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА И НАЛИЧИЕМ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Березников А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что до сегодняшнего дня в современной офтальмологии существует множество вопросов о возможной этиологии переднего увеита [3]. Одной из главных причин развития иридоциклита является наличие системного воспалительного процесса,

благодаря которому становится возможным появление патологического процесса в переднем отделе сосудистой оболочки органа зрения [1, 2].

Организм человека представляет собой многокомпонентную, взаимосвязанную систему, в которой патологические изменения в одной из структур приводят к нарушению работы всего механизма [4].

Целью настоящего исследования является определить корреляцию между наличием системного воспалительного процесса и развитием иридоциклита, а также определить в какой из систем организма патологический процесс наиболее часто приводил к переднему увеиту.

Материалы и методы: материалом для настоящего исследования послужила выборка из 54 больных различными формами переднего увеита, проходивших лечение в офтальмологическом отделении ОБУЗ «Курская городская больница № 1 им. Н.С. Короткова в период с января 2017 года по февраль 2019 года. Средний возраст пациентов на момент исследования составил $43 \pm 0,4$ года. Количество пациентов мужского пола составило 25 (46%) человек, а женского пола – 29 человек (54%).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выявлено, что из 54 больных иридоциклитом в 31 случаях (57,4%) было обнаружено наличие сопутствующего воспалительного процесса в организме.

Соматические воспалительные процессы в организме нами были разделены на 4 группы, что наглядно представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение основных сопутствующих заболеваний по группам и их числовые показатели

Номер группы	Название группы	Количество пациентов, чел., (%)
1	Системные аутоиммунные заболевания	17 (54,8%)
2	Воспалительные изменения со стороны ЛОР органов	7 (22,6%)
3	Воспалительные изменения со стороны мочевыводящей системы	4 (12,9%)
4	Эндокринная патология	3 (9,7%)

Анализируя данную таблицу можно отметить, что системные аутоиммунные заболевания наблюдались в 17 случаях, что соответствует 54,8%. Лидирующую позицию в данной группе занимает Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), который наблюдался в 10 (58,8%) случаях. Наличие ревматоидного артрита было выявлено в 3 случаях (17,6%), суставная форма ювенильного артрита и двухсторонний коксартроз тазобедренных суставов наблюдались в 1 случае, что составило 5,9%. Наличие подагры в качестве сопутствующего заболевания наблюдалось в 2 случаях (11,8%). Данные значения наглядно представлены в диаграмме 1.

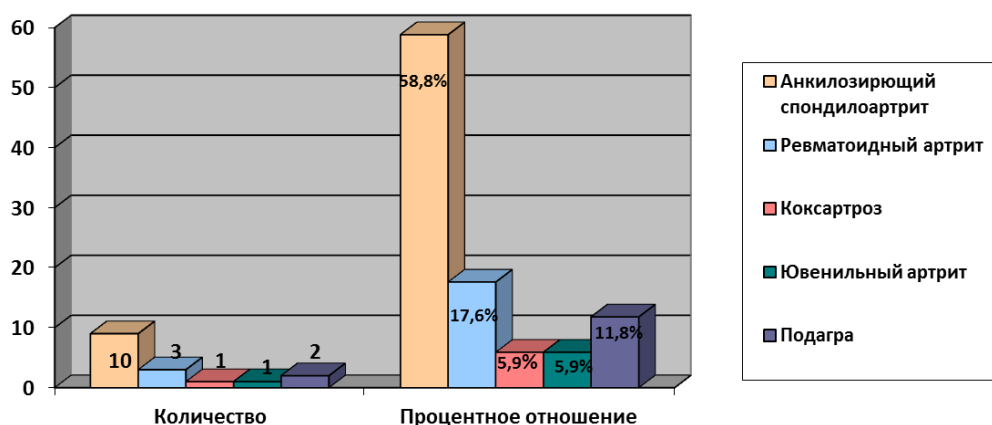


Диаграмма 1. Структура системных аутоиммунных заболеваний у пациентов, страдающих с передним увеитом

Воспалительные изменения со стороны ЛОР – органов наблюдались в 7 случаях (22,5%). Среди данной группы в 6 случаях (85,7%) отмечается наличие гайморита гнойного характера. Обострение хронического тонзиллита наблюдалось всего в 1 случае, что составило 14,3%.

Воспалительные изменения органов мочевыделительной системы наблюдались в 4 случаях, что составило 12,9% от общей патологии. В 2 случаях (50%) наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, в 2 других случаях (50%) – наличие мочекаменной болезни.

Патологические изменения в эндокринной системе составили 3 случая, что соответствует 9,7%. В 2 случаях (66,6%) наблюдалось сочетание сахарного диабета 2 типа с диффузным узловым зобом, в 1 случае – хронический аутоиммунный тиреоидит, что составило 33,4%.

Выводы.1) Причиной развития переднего увеита в 31 случаях (57,4%) являлось наличие системного воспалительного процесса в организме, который выполнял роль пускового механизма в развитии иридоциклита.

Наиболее часто в 17 случаях (54,8%) воспалительным процессом, имеющим взаимосвязь с возникновением иридоциклита, являлось системное аутоиммунное заболевания, что говорит о лидирующей роли патологии данной группы в качестве этиологического фактора эндогенного иридоциклита.

Патология ЛОР-органов, мочевыделительной системы, эндокринной системы также играют очень важную роль в возникновении воспалительных изменений в переднем отделе сосудистой оболочки глаза.

В связи с наличием корреляции между возникновением переднего увеита и наличием вышеперечисленных сопутствующих патологических процессов, для профилактики рецидивов воспалительных процессов в сосудистой оболочке глаза необходимо тщательное обследование данных пациентов ЛОР-врачами, врачами-ревматологами, урологами, эндокринологами, их совместное, комплексное лечение.

Список литературы.

1. Дроздова Е.А. Вопросы классификации и эпидемиологии увеитов. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016. Т. 16. № 3. С. 155-159.
2. Зулиан Ф. и др. Принципы лечения увеита при ювенильном идиопатическом артрите: состояние вопроса на 2012 г. // Вопросы современной педиатрии. 2012; № 11(5). С. 36–44.
3. Панова И.Е., Дроздова Е.А. Увеиты: Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 144 с.
4. Skare T.L. Ethnic influence in clinical and functional measures of brazilian patients with spondyloarthritis / T.L. Skare, A.D. Bortoluzzo, C.R. Gonçalves, J.A. Braga da Silva // J. Rheumatol. – 2012. – Vol. 39, N 1. – P. 141–147.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА

Костенко Д.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мезенцева О.Ю.

Актуальность исследования. Каждый год в России приблизительно 10 миллионов человек заболевают острым синуситом, который в 71% случаев имеет бактериальный этиопатогенез. Согласно общемировым показателям наиболее часто встречаемым возбудителем является *S.pneumoniae*, на втором месте по частоте обнаружения – *H.influenzae* и анаэробы, не образующие спор. [2].

В настоящее время необоснованное применение системных антибиотиков в дальнейшем формирует появление резистентных штаммов, что требует разработки других, более эффективных антибактериальных препаратов [1].

Цель работы: повышение эффективности лечения бактериального риносинусита на основании рационального выбора тактики ведения больного.

Методы исследования: изучение клинического течения бактериального синусита, в зависимости от выбранной тактики терапии.

За один календарный год в условиях ЛОР отделения в среднем пролечиваются около 250-350 пациентов с гнойным гайморитом и 150-250 пациентов с гнойным фронтитом. Помимо антибактериальной терапии каждому больному выполняется пункция и дренирование пораженной пазухи, положительная динамика отмечается уже в первые часы пребывания пациента в стационаре. Однако следует обратить внимание, что ещё в эксперименте И.В. Елькова, проведенном в 1990 году было доказано, что способность слизистой оболочки пораженной пазухи концентрировать вводимые лекарственные вещества значительно снижается (приблизительно в 3 раза в сравнении со здоровой слизистой оболочкой). [4] При этом, на фоне сниженной активности антибактериального препарата наблюдается сохранение ряда побочных эффектов, проявляющихся в зависимости от выбора врачом

группы антибактериального средства. [3] В связи с этим, всем больным после получения результатов бактериального посева отделяемого из синуса, каждому пациенту проводится местная антибактериальная терапия, путем введения по дренажу растворов антибиотиков с учетом чувствительности микроорганизмов. Указанная схема лечения приводила к эффективной элиминации возбудителя, угасанию симптоматики, излечению на 7-10 сутки пребывания в стационаре. В сравнении со схемами лечения с обширным местным применением антибактериальных препаратов, можно отметить резкое снижение количества побочных эффектов антибактериальной терапии, включая снижение частоты аллергических реакций на 37%, диспепсического синдрома на 21%. [3]

Целью антибактериальной терапии в ЛОР-практике является не только подавление симптомов и уменьшение продолжительности заболевания, но и предотвращение внутричерепных и орбитальных осложнений.

В оториноларингологии основой антибиотикотерапии является эмпирический выбор препарата. К сожалению, нередко нерациональное назначение антибиотиков приводит к формированию устойчивости возбудителя, а также проявлению нежелательных реакций у больного, в связи с чем стоит учитывать свойства каждой группы препаратов.

Пенициллины представляют собой бета-лактамы антибиотики, созданные на основе продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. При выборе начального препарата нужно учесть вероятность как моно-, так и множественной устойчивости трех различных классов антибиотиков, также наличие неклостридиальной анаэробной микрофлоры. Антибиотики класса цефалоспоринов оказывают влияние на иммунную систему пациента, однако наличие общего с пенициллинами бета-лактамного ядра, может привести к перекрестным реакциям с препаратами класса пенициллинов. При необходимости воздействия не только на внеклеточные формы возбудителя, но и на внутриклеточные, преимущество остается за группой макролидов. Фторхинолоны способны воздействовать на микрофлору, формирующую «колонизационный» иммунитет, однако в связи с таким активным антибактериальным воздействием на всю микрофлору организма являются препаратами резерва.

Вывод: на сегодняшний день все еще остается необходимость совершенствования методов воздействия на патогенную микрофлору, которая вызывает воспалительный процесс в околоносовых пазухах. Главной задачей является разработка оптимальной тактики лечения, во избежание неоправданного использования антибактериальных препаратов, а также неблагоприятного воздействия на организм пациентов.

Список литературы.

1. Караулов А.В. Современные представления о методах и принципах иммунотерапии и иммунопрофилактики респираторных инфекций: Всероссийская научно-практическая конференция «Фармакотерапия в педиатрии». Москва, 2006. С. 107-110.

2. Пискунов, С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Воронеж, 1991. 182 с.
3. Царёв В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии. М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. 143 с.
4. Cervin A., Wallwork B., Mackay-Sim A. et al. Effects of long-term clarithromycin treatment on lavage-2 fluid markers of inflammatory in chronic rhinosinusitis. Clin Phys Funct Imag 2009; 29:2: 136-142.

РОЛЬ ОДОНТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЙ ЛОР И ЧЛХ УГОКБ (2014-2018 ГОДЫ)

Костина Ю.М., Михальченко В.А.

**Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шляга И.Д.**

Актуальность исследования состоит в том, что воспаление верхнечелюстной пазухи относится к компетенции, как стоматологов, так и оториноларингологов. В зависимости от этиологии и патогенеза различают: одонтогенные, риногенные, гематогенные, травматические и аллергические верхнечелюстные синуситы (ВЧС). [2] Особого внимания заслуживает одонтогенный верхнечелюстной синусит (ОВЧС), т.к. он отличается патофизиологией, микробиологией и лечением. [1]

По данным литературы частота возникновения одонтогенных воспалений верхнечелюстной пазухи по отношению к риногенным колеблется от 1 до 50%. Таковую разноречивость можно объяснить тем, что в ЛОР-клиниках не всегда распознается одонтогенный характер верхнечелюстного синусита, а это приводит, в конечном итоге, к неправильной тактике лечения, хронизации процесса и развитию опасных внутричерепных и внутриорбитальных осложнений. [1]

Зная причину возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита, ее всегда можно устранить, что не удастся при других видах синуситов. Это чрезвычайно важное обстоятельство в значительной мере сказывается и на исходах лечения. [3]

Вопрос профилактики одонтогенных верхнечелюстных синуситов находится в прямой зависимости от проблемы своевременного устранения очагов инфекции в полости рта. Её решение практически полностью исключило бы влияние одонтогенных факторов на патологию верхнечелюстной пазухи. [1]

Учитывая вышеизложенное, приходится констатировать, что проблема верхнечелюстного синусита, который возникает вследствие распространения одонтогенной инфекции, является достаточно серьезной, а вопросы

профилактики, диагностики и лечения данного заболевания являются чрезвычайно актуальными.

Несмотря на огромное количество исследований по изучению одонтогенного верхнечелюстного синусита, ряд вопросов до сих пор остается неразрешенным. Ниже мы остановимся только на некоторых из них.

Целью исследования является выявить клинико-лабораторные особенности ОВЧС, изучить диагностику и тактику лечения для дальнейшего применения в лечении пациентов с острым и хроническим верхнечелюстным синуситом, для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 627 медицинских карт пациентов, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за 2014–2018 годы с диагнозом острый и хронический верхнечелюстной синусит. После проведения анализа медицинских карт была произведена интерпретация результатов.

Результаты и обсуждения. Нами были обработаны медицинские карты 418 (67%) пациентов ЛОР-отделения, 209 (33%) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз острый ВЧС был установлен 246 (39%) пациентам, из которых одонтогенная природа была установлена у 68 (28%) пациентов. Из них – 27 (40%) пациента ЛОР-отделения и 41 (60%) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз хронический ВЧС – 335 (61%) пациентов. Одонтогенная природа установлена у 239 (63%) пациентов. Из них 74 (31%) пациентов ЛОР-отделения и 165 (69%) пациентов отделения ЧЛХ. Диагноз первично-хронический одонтогенный ВЧС – 19 пациентов (6%), среди которых 17 пациентов (89%) ЛОР-отделения, 2 (11%) – ЧЛХ. Грибковый синусит (мицетома) – у 48 пациентов.

Среди обследуемых 205 (63%) пациентов женского пола, 121 (37%) – мужского.

Возраст обследуемых представлен в таблице 1:

Таблица 1. Возраст обследуемых

Острый верхнечелюстной синусит		Хронический верхнечелюстной синусит	
До 20 лет	5 (8%)	До 20 лет	7 (3%)
21-40	44 (65%)	21-40	100 (42%)
41-60	16 (24%)	41-60	113 (47%)
61 и старше	2 (3%)	61 и старше	19 (8%)

Причины, вызвавшие ВЧС распределены следующим образом: стоматологические (кариес, периодонтит, альвеолит) – 124 человека (38%), врожденные (ретенция и дистопия зубов) – 7 человек (2%), ятрогенные причины (неполное удаление зуба; инородные тела пазухи – пломбировочный материал, корень зуба, зубные импланты; синус-оральное сообщение после удаления зуба) – 195 человек (60%).

По результатам исследования среди пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 56 (82%) человек, у 12 (18%) – двусторонний. По количеству вовлеченных

в патологический процесс пазух: моносинусит – у 43 (63%) человек, гемисинусит – у 2 (3%) человек, полисинусит – у 23 (34%) человек. Среди пациентов с диагнозом хронический одонтогенный синусит односторонний процесс диагностирован у 213 (89%) человек, у 26 (11%) человек – двусторонний. По количеству вовлеченных в патологический процесс пазух: моносинусит – у 180 (75%) человек, гемисинусит – у 14 (6%) человек, полисинусит – у 45 (19%) человек.

Микробиологическое исследование материала из верхнечелюстной пазухи было проведено 146 пациентам. По результатам исследования у 99 (68%) пациентов были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Staphylococcus*, *Peptococcus*, *Actinomyces* – у 56 пациента (57%); грибы рода *Aspergillus*, *Candida* – у 32 (32%); смешанная биота – у 11 пациентов (11%).

Среди обследуемых пациентов 91 (28%) была проведена консервативная терапия; 235 (72%) было выполнено хирургическое лечение (резекция верхушки зуба, удаление зуба, верхнечелюстная синусотомия, радикальная операция с\без удаления инородного тела). Из 140 инородных тел встречались корни зубов – у 43, пломбировочный материал – у 49 пациентов.

По данным исхода лечения выписано с выздоровлением 23 (34%) пациентов с острым ОВЧС, с улучшением – 45 (66%); с хроническим ОВЧС – с улучшением 203 (85%) пациента.

Выводы. В ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за 2014–2018 годы находилось на лечении 627 пациентов с диагнозом острый и хронический верхнечелюстной синусит в возрасте от 4 до 83 лет. В ЛОР-отделении и отделении ЧЛХ УГОКБ за 2014–2018 годы находилось на лечении 68 пациентов с диагнозом острый ОВЧС, который чаще встречался в возрасте 21-40 лет; 239 пациентов – с хроническим ОВЧС, встречающимся чаще в возрасте 41-60; 19 – с первично-хроническим ОВЧС, который чаще встречался в возрасте 21-40 лет. По нашим данным, острый и хронический ОВЧС встречается чаще у женщин (63%), чем у мужчин (37%).

3) Наиболее частыми причинами ОВЧС явились ятрогенные причины – в 60%, стоматологические – в 38% случаев, врожденные – в 2% случаев.

4) У пациентов с острым одонтогенным синуситом односторонняя форма поражения диагностировалась в 82% случаев, из них моносинусит – в 63%. С хроническим – 89% и 75% соответственно.

5) По результатам микробиологического исследования материала из ВЧП была получена бактериальная биота в 52% случаев, грибковая – в 32%, смешанная – в 11% случаев.

6) Всем пациентам проводилась санация очагов инфекции (лечение кариозных зубов, замена коронок, протезов, хирургическое лечение).

7) Хирургическое лечение проводилось 235 (72%) пациентам. По данным исхода лечения пациентов с острым ОВЧС выписано с полным выздоровлением 23 (34%) человека, с улучшением – 45 (66%). Положительная динамика отмечена у 203 (85%) пациентов с хроническим ОВЧС.

Список литературы.

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М.: Медицинская литература, 2003. 416с.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А.. Оториноларингология. М.: Медицина, 2011. 649с.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002. 1022с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ПРИ ИРОПЗ $\geq$ 0,3

Кривцова А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Бароян М.А.

Актуальность исследования состоит в том, что отрасли стоматологии развиваются параллельно, и при выборе метода лечения кариеса у врача имеется несколько вариантов, в частности это пломбирование кариозных полостей, или микропротезирование разрушившихся из-за кариеса зубов вкладками.

Целью исследования является сравнение общих характеристик, преимуществ и недостатков современных пломбировочных материалов и цельнолитых, керамических вкладок.

Материалы и методы: теоретический – изучение научной литературы, анализ материала и обобщение.

Результаты и обсуждения. Кариес лечат терапевтическими материалами при ИРОПЗ $<$ 0,3, но иногда допускается при его большем значении, например полость расположена в фиссуре зуба, не выходя на скаты, так как существуют достаточно прочные материалы, способные выдержать большие нагрузки. В настоящее время появились пломбировочные материалы, способные восстанавливать значительные дефекты твердых тканей зубов, но их некоторые показатели уступают современным микропротезам. Хотя они и прочны в сравнении с другими пломбировочными материалами, вкладки имеют большую долговечность, также микропротезы не дают усадки и наиболее точно воссоздают форму, цвет зуба и контактные пункты. Ортопедическое лечение кариеса производят при ИРОПЗ 0,3-0,6 микропротезами. Преимущества вкладок неоспоримы, но этот метод по времени более длительный, поэтому не все стоматологи следуют жестким правилам лечения по индексу разрушения окклюзионной поверхности зубов.

Составление плана лечения и выбор (его отсутствие) ортопедической конструкции является определяющим этапом для пациента, так как от решения стоматолога будет зависеть насколько долговечно будет

данное лечение, эстетика, рецидив. Для этого необходимо разобраться в характеристиках, преимуществах и недостатках материалов.

Самыми прочными пломбировочными материалами в настоящее время являются композиты и цементы, они также делятся на подвиды, но возьмем общие признаки двух больших групп. Используются для постоянного пломбирования, некоторые могут менять цвет зуба со временем, плохо сцепляться с твердыми тканями зуба, абсолютно все имеют усадку, тепловое расширение во время полимеризации, некоторые обладают хорошим краевым прилеганием, другие нет, что может привести в лучшем случае к выпадению пломбы, но также к отколу стенки зуба, рецидиву кариеса. При этом обладают высокой твердостью, износостойкостью и хорошими эстетическими свойствами, часть имеет высокий эстетический эффект. [2,4]

В микропротезировании вкладки делятся на 3 вида по материалу: металлические, неметаллические и комбинированные. Для сравнения с пломбировочными материалами рассмотрим свойства металлических и керамических вкладок. Во-первых, такие конструкции используются в тех случаях, где терапевтическое лечение невозможно: перелом коронки зуба, атипичная форма зубов, повышенное истирание жевательной и режущей поверхностей зубов, необходимость создания множественных окклюзионных контактов. Также существуют и противопоказания к применению вкладок, где пломбирование будет лучшим методом лечения: неудовлетворительная гигиена полости рта, небольшие кариозные полости, неполноценная, хрупкая, деминерализованная эмаль, низкие клинические коронки. [1]

Во-вторых, они обладают преимуществами перед пломбами: есть возможность предварительной припасовки, что дает возможность создать анатомически идеальную конструкцию, осуществимость полирования всех поверхностей и участков микропротеза, минимальная полимеризационная усадка – наилучшее краевое прилегание, повышенная прочность, лучшая цветостабильность и эстетичность (таблица 1).

Таблица 1. Сравнение преимуществ и недостатков пломб и вкладок

Преимущества и недостатки	Постоянные пломбы	Керамические вкладки	Металлические вкладки
Прочность	-	+/-	+
Краевое прилегание	+/-	+	+
Эстетичность	+/-	+/-	-
Усадка	+	-	-
Тепловое расширение	+	-	-
Гигроскопичность	+	-	-
Цветостабильность	+/-	+	+
Стоимость	+	-	-
Изменение цвета зуба	+/-	-	-
Контактный пункт	-	+	+
Истирание	+	-	-
Гальванизация	-	-	+

Выводы. Для лечения больших дефектов твердых тканей зубов можно использовать пломбирование, но только в некоторых случаях. Целесообразнее всего использовать микропротезирование, так как это будет наиболее долговечно, зуб не будет менять свой цвет под действием конструкции и будет наиболее эстетичным. Со временем размер вкладки не изменится, краевое прилегание и контактный пункт также будут иметь высокую точность, что предотвратит рецидив кариеса и откол коронки.

Список литературы.

1. Брагин Е.А., Скрыль А.В. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки. М.: Мед. книга, 2009. 508с.
2. Козицына С.И., Грицай И.Г. Замещение дефектов твердых тканей зубов вкладками (клинические и технические этапы). СПб.: ООО «Меди-издательство», 2007. 88с.
3. Лобовкина Л.А., Романов А.М. Современные технологии реставрации зубов: монография. М.: Медпресс-информ, 2007. 96с.
4. Ричард Ван Нурт. Основы стоматологического материаловедения. 2004. – 301с.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ПО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ РТА У ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ Г.ДЕМИДОВА СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузьменкова В.Д.

**Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра детской стоматологии с курсом ортодонтии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Степанова Т.С.**

Актуальность исследования состоит в том, что распространенность кариеса среди детского населения остается актуальной проблемой стоматологии. В связи с этим важная роль принадлежит изучению заболеваемости с учетом действия факторов риска, к которым следует отнести гигиену полости рта [3].

В настоящее время многие исследователи утверждают о недостаточности знаний по уходу за зубами, а также низкой мотивированности в изучении этого вопроса. По данным Грифуллиной А.Ж. (2016) правильные убеждения, поступки, а также умения и навыки, направленные на сохранение и поддержание здоровья и профилактику заболеваний полости рта, формируются благодаря полученной информации и знаниям. Именно поэтому актуально создание специальных программ по санитарно-гигиеническому просвещению и обучению. Данные программы предполагают проведение уроков здоровья в доступной форме в организованных детских коллективах [1].

Тарасова Н.В. с соавт. (2012) отмечают важность работы по вопросам индивидуальной гигиены рта не только с детьми, но и необходимость санитарного просвещения родителей, педагогов, медработников учреждений. В условиях социально-реабилитационных центров, школ-интернатов контроль за уровнем гигиены рта детей со стороны педагогов недостаточен в связи с тем, что у каждого ребенка различный уровень знаний и способность к обучению [2].

В формировании у детей навыков гигиены рта огромную роль играют семейно-общественные отношения, единство взглядов на этот вопрос родителей и воспитателей. Но при этом главное место должен занимать врач-стоматолог как специалист в данной области. Он может научить ребенка правильно чистить зубы, рассказать о негативных последствиях при отсутствии профилактических мероприятий [1].

Целью исследования является оценка уровня «выживаемости» знаний о гигиене рта у детей, находящихся в социально-реабилитационном центре г.Демидова Смоленской области.

Материалы и методы: в сентябре 2018 года студенты с врачами-ординаторами кафедры детской стоматологии с курсом ортодонтии СГМУ прочитали лекцию по санитарно-гигиеническому просвещению для детей в «Демидовской школе-интернате», где на постоянной основе находится 99 детей, из них 28 детей-инвалидов. Все воспитанники интерната были обучены стандартному методу чистки зубов на моделях, с помощью наглядных пособий детям были даны рекомендации по основным правилам ухода за полостью рта. Через четыре месяца, в феврале 2019 года, во время прохождения производственной практики по детской стоматологии мы провели социологическое исследование среди детей «Демидовской школы-интерната» с целью определения уровня сформированности гигиенических навыков по уходу за зубами и «выживаемости» знаний. В присутствии педагогов было проведено анкетирование всех детей, из них выделена группа воспитанников в возрасте 8-10 лет в количестве 35 человек, на основании ответов которой осуществлялось исследование.

Результаты и обсуждения. Анализируя ответы детей о необходимости чистить зубы, мы выяснили, что 60% детей чистят зубы, чтобы удалить с них налет, 17,1% – освежить дыхание, 8,6% – осветлить зубы, также 8,6% детей посчитали, что все варианты правильные, и только 5,7% опрошенных затруднялись дать ответ. Большинство детей, 68,6%, знают основные средства и предметы, необходимые для ухода за полостью рта, остальные 31,4% детей ничего не ответили. 80% детей правильно назвали полезные и вредные продукты, оставшиеся 20% не смогли ответить на этот вопрос. Значительное преобладание правильных ответов говорит об эффективности ранее проведенного нами урока по санитарно-гигиеническому просвещению.

Оценивая регулярность ухода за полостью рта, мы установили, что 80% опрошенных чистят зубы каждый день, из них 85,7% – два раза в день, 14,3% – один раз день, остальные дети чистят зубы нерегулярно. Несмотря на то, что большинство детей регулярно выполняют гигиенические мероприятия,

многие из них уделяют недостаточно времени чистке зубов. По данным анкетирования 57,1% опрошенных чистят зубы 1 минуту, 8,6% – 3 минуты, 11,4% – 5 минут, остальные дети сказали, что время не засекали. В условиях интерната такие результаты связаны с отсутствием контроля за выполнением гигиенических процедур со стороны педагогов и низкой мотивированностью детей.

По данным исследования нами было выявлено, что замена зубных щеток производится не вовремя: только 11,4% детей это делают один раз в три месяца, 17,1% – раз в полгода, 22,9% – один раз в год, 17,1% детей не знают, когда нужно менять зубную щетку, остальные 31,5% опрошенных ответили, что замену предметов гигиены им производят родители, педагоги. После каждого приема пищи большинство детей – 62,8%, никакие дополнительные мероприятия по уходу за полостью рта не выполняют, 28,6% опрошенных полощут рот эликсиром, оставшиеся 8,6% пользуются жевательной резинкой. Также мы выяснили, что большинство детей не посещают стоматолога для проведения регулярных осмотров. 68,6% опрошенных посещают стоматолога при появлении болей, 14,3% детей ходят на прием один раз в год, и только 17,1% – один раз в полгода. Данные показатели мы связываем с отсутствием стационарного стоматологического кабинета в центре.

Выводы. На основании анкетирования можно сделать вывод о том, что у детей сформировались удовлетворительные представления об индивидуальной гигиене рта. Но неполноценность знаний в данном вопросе объясняется социальным статусом и развитием детей, что требует многократных повторений и закреплений результатов. Это диктует необходимость регулярного проведения санитарно-просветительской работы и постоянного контроля за гигиеническим состоянием рта для выработки стойких навыков у детей по уходу за зубами.

Список литературы.

1. Гарифуллина А.Ж. Оценка уровня знаний о гигиене полости рта и о рациональном питании у детей дошкольного возраста, посещающих дошкольные образовательные учреждения//Современные научные исследования и инновации. 2016, № 4 [Электронный ресурс].
2. Тарасова Н.В., Бриль Е.А., Федорова Т.В., Федоров В.А., Галонский В.Г. Роль гигиенического воспитания в системе первичной профилактики стоматологических заболеваний//Сибирское медицинское образование. 2012, № 4. С. 6-11.
3. Чупрунова И.Н., Кривулина Г.В., Пятова Е.Д. Зависимость кариеса зубов от уровня гигиены полости рта у детей первого класса Нижнего Новгорода//Саратовский научно-медицинский журнал. 2011, № 1. С. 323-325.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Куртыкин Д.В., Зубкова А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубкова А.А.

Актуальность исследования: человек всегда оставался неотъемлемой частью природы. Изучая строение отдельных его систем и тканей, мы неловко задумываемся о возможности их воссоздания и копирования. Сразу появляется вопрос, насколько близко мы можем приблизиться к природе и сколько времени займёт этот процесс, ведь эволюция человека относительно цикла одной человеческой жизни – процесс достаточно долгий, требующий влияния определённых факторов. В связи с этим, в гонке с природой у нас есть большое преимущество во времени, ведь естественно, что технический прогресс протекает намного быстрее чем эволюционный, но насколько качественно мы сможем повторить природу – покажет время.

В рамках стоматологии наибольший интерес для учёных и исследователей представляют вопросы замещения нарушенной целостности анатомических и функциональных дефектов зубов в частности и зубных рядов в целом, а также коррекции эстетических параметров и проблем. В условиях достижения современных экономических и эргономических целей немаловажными факторами будут являться: доступность технологий, сложность их применения на повседневном клиническом приёме, стоимость ресурсов производства и собственно методов применения в зависимости от индивидуального врачебного случая.

Ежегодно растут требования к эстетическим составляющим ортопедических конструкций. Автоматизация методов производства повышает точность изготовления будущей конструкции, экономит время врачу, зубному технику, пациенту. Возможность электронно-цифрового планирования лечения и демонстрации будущего протеза на мониторе компьютера повышает имидж клиники и репутацию врача в глазах его коллег и пациентов. В ближайшие годы ожидается расширенное использование 3D-технологий в гнатологии [1,2].

Цель исследования: изучение вопросов внедрения современных компьютерно-цифровых технологий в повседневную работу врача-стоматолога ортопеда и зубного техника. Обоснование выбора классического или современного метода протезирования в конкретных клинических ситуациях. Решение проблем, возникающих в ходе использования высокотехнологичного оборудования и дополнительного программного обеспечения.

Материалы и методы: Объект исследования – цифровые технологии, применяемые в ортопедической стоматологии. Предмет исследования – программа «digital smile design», внутриротовые фото/видео камеры, виртуальный артикулятор, cad/cam система.

Результаты и обсуждения: в ходе исследования получены данные об использовании современных цифровых технологий, применяемых в ортопедической стоматологии.

Выводы: стремление человека к совершенству порождает желание создания технологий, способствующих достижению поставленных целей в стоматологии: эстетичность, эргономичность, экономичность, точность. Современные технологии захватывают стоматологический рынок, что отражается на качестве лечения и подталкивает стоматолога и зубного техника к совершенствованию своих знаний и умений.

Список литературы.

1. Ортопедическая стоматология / С.Д. Арутюнов, С.И. Бурлуцкая, Е.А. Брагин и др.; под ред. И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 640 с.
2. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / С.И. Абакаров, А.В. Алимский, М.М. Антоник и др.; под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, А.Н. Ряховский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 824 с.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРОНКАМИ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТЫ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ

Лихова О.М.

Курский Государственный Медицинский Университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Бароян М.А.

Актуальность исследования. Восстановление целостности зубного ряда при частичных дефектах во фронтальном отделе является актуальной проблемой современной стоматологии. [5]. Хотя данный дефект не вызывает значительного нарушения жевательной функции, он значительно доставляет неудобство и эстетически не отвечает требованиям пациента.

Современная стоматология для восстановления фронтального отдела зубов позволяет выбирать между операцией имплантации отдельных зубов, использовании адгезивного мостовидного протеза на волоконных (АМРВ) и цельнолитых основах [6,7].

В данной статье будут рассмотрены основные проблемы постановки дентальных имплантатов и дальнейшего завершения ортопедического лечения с помощью коронок из диоксида циркония.

Приступать к лечению необходимо с осознания того, чего хочет пациент. Часто пациент желает получить высокоэстетичный результат в области замещенного зуба, который будет выглядеть максимально естественно при улыбке. Среди несъемных конструкций необходимо оценить в каждом

конкретном случае возможность получения стабильного с функциональной точки зрения и долгосрочного результата при использовании традиционных несъемных протезов опирающихся на имплантаты. На сегодняшний день наиболее приемлемым решением можно с уверенностью назвать протезирование с помощью дентальных имплантатов, так как такая тактика позволяет избежать травмы соседних зубов.

Эстетические параметры, определенные для традиционных видов конструкций могут быть использованы для предоперационного планирования у пациентов, готовящихся к лечению с помощью дентальных имплантатов. С точки зрения хирургического вмешательства, к главным задачам имплантологического лечения является достижение десневого края, с ровным контуром. Установка имплантатов в переднем отделе верхней челюсти относится к категории трудно решаемых задач в имплантологии, что связано с большими эстетическими ожиданиями пациентов и сложными анатомическими взаимоотношениями в данной области. Работая в данном сегменте, врач нередко сталкивается с недостатком тканей, возникающим из-за различных причин. Эти причины можно разделить на две группы: анатомические и патологические.

К анатомическим относят: узкий альвеолярный гребень и/или наличие вестибулярного проднугрения альвеолярного отростка из-за врожденного отсутствия зубов, травма зубов (вывих зубов, сочетающийся с переломом альвеолярного отростка, посттравматические изменения (анкилозирование корня с вколоченным вывихом (инфраокклюзия)), резорбция корня, перелом корня, пародонтит, периапикальные и внутриканальные поражения;

Дефицит костной ткани часто приводит к необходимости проведения реконструктивных операций с применением методик, направленных на тканевую регенерацию, которая может выполняться в один этап или отсрочено. Установка имплантата в эстетически значимой зоне должна проводится в соответствии с планом ортопедического лечения. Это достигается за счет четкого позиционирования имплантата в 3 плоскостях, что в результате обеспечивает поддержку и стабильность кости и мягких тканей. Для замещения утраченных зубов во фронтальном отделе верхней челюсти рекомендуются следующие типы имплантатов: стандартный винтовой, имплантат с широким телом, имплантат с узкой пришеечной частью. Для использования их во фронтальном отделе верхней челюсти особое значение имеет выбор диаметра имплантата по отношению к медиально-дистальному направлению.

После постановки имплантата необходимо защитить мягкие ткани и обеспечить психологический комфорт пациента на время приживания. Наиболее эффективным и простым способом является временный протез. Он должен быть изготовлен таким образом, чтобы не оказывать давление на мягкие ткани и заживающий колпачок. При необходимости проводят коррекцию съемного протеза, особенно в случаях с неограниченным межокклюзионным расстоянием и глубоким резцовым перекрытием. Временные конструкции, фиксируемые к соседним зубам и полностью

исключающие контакт с мягкими тканями, наиболее подходящие для защиты мягких тканей и беспрепятственной остеоинтеграции имплантата [8].

Далее производится изготовление коронки из диоксида циркония. Высокотехнологичная керамика на основе диоксида циркония используется в стоматологии с 1993 года [2]. Отличные свойства биологической инертности и полируемости позволяют создать оптимальные условия для длительного срока службы стоматологической конструкции. Гладкая и твердая поверхность абатмента и коронки, выполненной из диоксида циркония, не позволяют абсорбироваться микроорганизмам на поверхности. Тем самым создаются условия для долговременного функционирования зубного имплантата и искусственной коронки. Рациональное протезирование и отсутствие инфекции – залог успеха замещения дефектов зубного ряда [1, 4].

Особенные свойства циркония позволяют считать его сегодня лучшим материалом для изготовления реставрации на имплантатах [3]. В практике условия для протезирования такими коронками не всегда идеальны

Во-первых, во фронтальном отделе не обладают достаточной прозрачностью каркаса, поэтому при выборе данных коронок нужно тщательно подбирать цвет и учитывать, сколько зубов необходимо восстановить.

Во-вторых, сколы керамики, если коронка была облицована снаружи слоем фарфора. По сравнению, у пациентов с металлокерамическими коронками сколы появляются только у 10%.

В-третьих, стираемость зубов-антагонистов. Трение циркониевых коронок об нижние или верхние зубы приводит к ускоренному физиологическому стиранию. Для предотвращения данного осложнения необходимо регулярно проводить осмотры и осуществлять коррекцию.

Но при этом коронки из диоксида циркония обладают такими положительными качествами, как:

Прочность

При подготовке зубов к протезированию данными коронками обтачиваются меньше, чем при металлокерамических конструкциях.

Биосовместимость. Коронки отлично переносятся пациентами с аллергией на металлы.

Отсутствие гиперчувствительности.

Лучший вариант коронок на имплантатах. Возникает отличная адаптация десны и ее эстетичность.

Таким образом, восстановление целостности зубного ряда во фронтальном отделе с помощью коронки из диоксида циркониевой коронки с опорой на дентальный имплантат является актуальной темой, как с точки зрения ортопедического раздела стоматологии, так и с эстетической. Данный вид протезирования имеет свои особенности и сложности, которые и стимулируют разработку все более качественных способов замещения дефектов фронтальных зубов.

Список литературы.

1. Белсер У., Мартин В., Юнг Р. Руководство по имплантологии // Москва, изд. Квинтессенция. 2010, том 1. С. 7-15.
2. Боролини С., Консоло У., Росси Р. Оттиски при протезировании зубов на имплантатах // Москва. 2009. С. 44-65.
3. Розенштиль С.Ф., Лэнд М.Ф., Фуджимото Ю. Ортопедическое лечение несъемными протезами // Москва, МЕДпресс. 2010. С. 340-363.
4. Чернявский, Ю.П., Кавецкий В.П. Клиническая эффективность шинирующих волоконных адгезивных мостовидных протезов // Современная стоматология. № 3. 2007. С. 49-51.
5. Чернявский, Ю.П., Кавецкий В.П. Опыт восстановления целостности зубного ряда волоконными адгезивными мостовидными протезами // Настоящее и будущее последиplomного образования: Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 75-летию БелМАПО, Минск, 19-20 октября 2006.. С. 145-147.
6. Юдина, Н.А., Азаренко В.И. Терехова Н.В. Временное шинирование в комплексном лечении болезней пародонта. Учебно-метод. пособие // Мн., 2006.. 38 с.
7. Kuchler, U., Thomas von Arx, D.M.D., Tahmaseb, A., Wismeijer, D., Coucke, W., Klein, M.O.,... & Scarfe, W.C. 2014 IJOMI Supplement Volume 29.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Ляскина М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Сидоров К.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что возросший культурный и материальный уровень современных людей требует полноценного восстановления функций и эстетики челюстного аппарата, которые вызваны дефектами зубных рядов. Протезирование помогает решить данную проблему за счет мостовидных протезов, обладающих хорошими функциональными свойствами и малыми размерами.

Целью исследования является определение необходимых критериев и условий для лучшего функционирования протеза, а также актуальности и эффективности применения металлокерамических и адгезивных мостовидных конструкций.

Методы и материалы: теоретические – анализ, синтез и обобщение литературных источников.

Результаты и обсуждения. Мостовидные протезы позволяют восстановить жевание, предупредить дальнейшие разрушения зубного ряда за счет ослабления функциональной перегрузки пародонта, предотвратить

деформации зубных рядов. Это осуществляется, если конструкция изготовлена из материалов, которые, обладая антикоррозийными и эстетическими свойствами, в то же время не токсичны, не вызывают аллергию, не раздражают слизистую оболочку полости рта. Необходимо учитывать силы, действующие на мост при жевании, чтобы правильно и рационально распределить нагрузку. Металлокерамические протезы точно воспроизводят рельеф жевательной поверхности и плотно охватывают шейку зуба, адгезивные – позволяют обтачивать минимальное количество здоровой эмали.

Мостовидные протезы применяются для восстановления односторонних концевых, включенных боковых и центральных дефектов, при этом может произойти замещение любых групп зубов. Наиболее благоприятны для протезирования зубы, выполняющие одинаковые функции, в противном случае, может произойти их расшатывание [2,4,5].

Опорные элементы представлены соседними зубами, которые имеют правильные окклюзионные взаимоотношения, здоровый пародонт и высокие клинические коронки. Также в качестве опоры выступают опорно-удерживающие кламмеры, коронки и полукоронки [1].

Промежуточная часть протеза может быть висячей, касательной и седловидной. Последнее время появляется много сторонников седловидной формы тела протеза, потому что она отвечает хорошим гигиеническим требованиям и легко воспринимается больными.

Для изготовления протеза необходимо применять нетоксичные материалы, обладающие антикоррозионными свойствами и соответствующие функциональным и эстетическим требованиям. Этим критериям соответствуют керамические мостовидные протезы, которые сохраняют свой блеск и цвет на протяжении всего срока эксплуатации [3,5].

На опорные зубы оказывается большая нагрузка во время пережевывания пищи. Поэтому, чтобы обеспечить более рациональное ее распределение, важно учитывать направление сил, действующих на мост. Тело протеза должно иметь достаточную толщину и правильно подобранную длину, чтобы исключить прогиб металла в области дефекта зубного ряда. Также это дает возможность предотвратить возможные изменения в пародонте опорных зубов под мостовидными протезами [1]. Конструкция и ткани зуба находятся в благоприятных условиях, если нагружаются при физическом воздействии равномерно, то есть действующая сила падает на середину промежуточной части протеза. Вертикальные нагрузки, падающие на тело мостовидного протеза с односторонней опорой, оказывают опасное влияние на пародонт. В результате может образоваться резорбция лунки у верхушки корня на противоположной стороне и патологический карман на стороне движения зуба [2,4,5].

Металлокерамические мостовидные протезы в стоматологической практике пользуются большим спросом, благодаря высоким эстетическим свойствам, достаточной прочности, химической стойкости. Протезы не оказывают токсического действия на ткани зуба. Они точно воспроизводят рельеф жевательной поверхности и плотно охватывают шейку зуба.

Конструкция изготавливается из металлического сплава и керамического покрытия, которое нанесено на искусственные зубы. Мостовидный протез обладает высокими показателями прочности и надежности, по внешнему виду не отличается от родных зубов [1,5].

Восстановление полноценности зубного ряда с помощью адгезивно-мостовидного протеза является современным и эффективным методом. Мосты изготавливаются из композитных материалов и прочного каркаса. Для его крепления используют клей, который при контакте со слюной разбухает и создает адгезию между протезом и десной. Мост крепится с язычной стороны, поэтому выглядит натурально и эстетично. Опорные зубы не обтачиваются под корень и сохраняют здоровую эмаль [3,4].

Список литературы.

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А. Ортопедическая стоматология : учеб. для студентов, обучающихся по специальности-Стоматология / – МЕДпресс-информ, 2011. – 510 с.
2. Жулев Е.Н., Курякина Н.В., Митин Н.Е. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс. Учебник под ред. Е.Н. Жулева – М.:МИА,2011
3. Копейкина В.Н., Миргазизова М.З. Ортопедическая стоматология: Учеб. Пособие – Изд. 2-е, доп. – М.: Медицина, 2001. – 624 с.
4. Лебеденко И.Ю., Каливрадзияна Э.С. Ортопедическая стоматология : [электрон. ресурс] учеб. пособие / под ред.. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.
5. Трезубов В.Н., Щербоков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса СпецЛит; 2011. – 520 с.

ИЗМЕНЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО МАТРИКСА ПАРОДОНТА ПРИ ОСТРОМ ПАРОДОНТИТЕ

Ляшев А.Ю., Кутенов И.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ляшев Ю.Д.

В настоящее время отмечается рост заболеваемости пародонтитом среди взрослого трудоспособного населения. По данным Леонтьева В.К. и соавторов (2012) эта патология отмечается не менее чем у 50% лиц в возрасте 40-50 лет, а среди старших возрастных групп редко можно встретить человека без признаков поражений пародонта [4]. При этом развитие пародонтита сопровождается не только потерей зубов, но и формированием соматической патологии из-за появления очагов хронической инфекции [6]. Предложено множество теорий развития пародонтита, но ни одна из них не может объяснить всех особенностей его формирования. В этой связи раскрытие патогенетических механизмов развития пародонтита является актуальным.

Целью исследования явилось изучение изменений состава соединительно-тканного матрикса пародонта у крыс с острым пародонтитом.

Материалы и методы. Работа выполнена на 32 крысах-самцах Вистар. 8 животных оставались интактными. 24 крысам моделировали острый пародонтит по методу, предложенному Воложиным А.И. и Виноградовой С.И. (1990). Операцию выполняли под хлоралгидратным наркозом и местной анестезией 5% раствором новокаина. На резцы нижней челюсти накладывали шелковую нить в виде восьмерки, а затем погружали ее в зубодесневой желобок и фиксировали [1]. Через 14 дней нить удаляли. Исследования проводили с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном отношении к лабораторным животным (2000 г.), директивы Европейского сообщества (86/609ЕС). Выполнение исследований разрешено Региональным этическим комитетом (протокол № 3 от 27 октября 2015 г.).

На 7, 14 и 21 сутки экспериментальных животных с пародонтитом выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. В ткани пародонта нижней челюсти определяли содержание свободного и связанного оксипролина (ОП) и гликозамингликанов (ГАГ) методами, предложенными Шараевым П.Н. (1981, 1987) [7, 8]. В десне также оценивали содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ): малонового диальдегида (МДА) и ацилгидроперекисей (АГП), а также активность каталазы [2, 3]. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты и обсуждение. У крыс с острым пародонтитом отмечалось существенное снижение концентрации свободного и связанного ОП, ГАГ в ткани пародонта в течение всего эксперимента. На 7 сутки снижение свободного ОП составило 21,9%, а связанного ОП – 23,8% ($p < 0,01$). Также показано падение концентрации ГАГ на 36,8% ($p < 0,01$) по сравнению с интактными особями. На 14 сутки падение содержания коллагена и ГАГ соединительно-тканного матрикса пародонта продолжается: уменьшение свободного ОП составило 22,0%, связанного ОП – 16,7%, ГАГ – 7,0%, по сравнению с аналогичными значениями на 7 сутки. На 21 сутки эксперимента у крыс с пародонтитом установлено повышение изучаемых индексов: концентрации свободного ОП – на 20,5%, связанного ОП – на 22,5%, ГАГ – на 27,5%. Тем не менее, исследуемые показатели остаются ниже, чем у животных без пародонтита ($p < 0,01-0,001$).

Активация ПОЛ у крыс с пародонтитом характеризуется повышением концентрации МДА и АГП, а также понижением активности каталазы: на 7 сутки после моделирования пародонтита МДА – на 92,7% ($p < 0,001$), АГП – в 2,6 раза ($p < 0,001$), каталазы – на 13,7% ($p < 0,05$). Концентрация МДА и АГП снижается и на 14 сутки после моделирования пародонтита. При этом все изучаемые параметры по-прежнему статистически достоверно ниже, чем у крыс без пародонтита ($p < 0,01-0,001$). Указанная динамика сохраняется и на 21 сутки эксперимента.

Результаты, полученные в работе, подтверждают литературные данные об активации ПОЛ в пародонте при остром пародонтите [5]. При воспалении наблюдается образование избыточного количества свободных радикалов, нарушения микроциркуляции, гипоксия, повреждение митохондрий, активация фагоцитов. По-видимому, существует тесная патогенетическая связь между нарушениями белкового состава СТМ и активацией ПОЛ [5].

Выводы. 1. Развитие острого пародонтита сопровождается нарушением белкового состава СТМ. 2. Активация ПОЛ при остром пародонтите является ведущим механизмом нарушения белкового состава СТМ.

Список литературы.

1. Воложин А.И., Виноградова С.И. Моделирование и лечение воспаления в пародонте. Патол. физиол. и эксперимен. терапия. 1990; (6):49-51.
2. Галактионова Л.П., Молчанов А.В., Ельчанинова С.А., Варшавский Б.Я. Состояние перекисного окисления у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Клини. и лабор. диагностика. 1998; (6):10-14.
3. Королюк, М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы. Лаб. дело. 1988; (1):16-19.
4. Леонтьев В.К., Фаустов Л.А., Галенко-Ярошевский П.А., Попков А.В. Хронический генерализованный пародонтит: клиническая и экспериментальная фармакотерапия метаболитическими корректорами. 2012. Краснодар. Просвещение-Юг. 403 с.
5. Омаров И.А., Болевич С.Б., Саватеева-Любимова Т.Н. и др. Окислительный стресс и комплексная антиоксидантная энергокоррекция в лечении пародонтита. Стоматология. 2011; (1):9-17.
6. Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы). Пародонтол. 2014; (3):3-6.
7. Шараев П.Н. Метод определения гикозаминогликанов в биологических жидкостях. Лаб. дело. 1987; (4):283-285.
8. Шараев П.Н. Метод определения свободного и связанного оксипролина в сыворотке крови. Лаб. дело. 1981; (5):283-285.

РОЛЬ ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ГЛАУКОМЫ

Маркова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Баранов В.И.

Актуальность исследования. Все чаще в современной литературе отмечается роль псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС) в развитии глаукомы [1, 4, 5, 6]. В ходе ряда исследований накапливается все больше информации, свидетельствующей о значимости изменений эндотелия сосудов у пациентов с глаукомой. В тоже самое время остается недостаточно изученной роль псевдоэксфолиативного синдрома в формировании эндотелиальной дисфункции при глаукоме [2, 3].

Цель исследования: исследовать концентрацию маркеров дисфункции эндотелия в крови больных псевдоэксфолиативной глаукомой и первичной открытоугольной глаукомой, определив тем самым значение ПЭС в ходе глаукомного процесса.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 80 пациентов (107 глаз) с псевдоэксфолиативной глаукомой (ПЭГ) различных стадий, 30 пациентов (44 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) без сопутствующего ПЭС. Средний возраст больных в первой группе составил – $68 \pm 6,9$ года, во второй – $57 \pm 7,1$ года. Группу контроля составили 20 здоровых доноров, подобранных по полу и возрасту. Внутриглазное давление у всех исследуемых было нормализовано. Обязательным условием было наличие информированного согласия пациента о включении в исследование. Статистическая обработка результатов проведенных исследований выполнена с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. Исследование уровня эндотелина-1 показало повышение его концентрации в сыворотке крови у больных с псевдоэксфолиативной глаукомой в сравнении с группой контроля и с группой пациентов с первичной открытоугольной глаукомой.

При этом уровень эндотелина-1 увеличивался вместе с прогрессированием глаукомного процесса. Максимальный уровень пептида ($2,63 \pm 0,65$ фмоль/мл) был отмечен у больных псевдоэксфолиативной глаукомой с далекозашедшей и терминальной стадией заболевания. Концентрация пептида у данных пациентов превышала аналогичные показатели в группе больных с начальной стадией практически в 2 раза.

У больных псевдоэксфолиативной глаукомой концентрация оксида азота в крови составила $4,63 \pm 2,1$ мкмоль/л. Полученные значения были достоверно ниже аналогичных средних показателей в группе пациентов с ПОУГ $5,0 \pm 2,3$ мкмоль/л и практически не отличались от данных в группе контроля, которые равнялись $4,69 \pm 1,51$ мкмоль/л. Однако, при начальной стадии глаукомы данный показатель в 2 раза превосходил таковой в контроле и составил $10,4 \pm 2,95$ мкмоль/л.

В свою очередь при развитой стадии глаукомы уровень нитрита сыворотки был приближен к норме и составил в среднем $4,52 \pm 1,41$ мкмоль/л, но, однако, был ниже, чем при начальной глаукоме ($p < 0,05$). В далекозашедшей стадии концентрация NO определялась в пределах $2,89 \pm 1,1$ мкмоль/л, что было достоверно ниже по сравнению с начальной, развитой стадиями глаукомы и контролем ($p < 0,05$).

Проведенный анализ показал, что наблюдается тенденция к снижению содержания оксида азота по мере усиления тяжести глаукомного процесса. При переходе заболевания из начальной стадии в далекозашедшую и терминальную уровень стабильного метаболита оксида азота в слезной жидкости снижался практически в 4 раза.

Выводы: таким образом, в ходе исследования получены достаточно убедительные данные, свидетельствующие о влиянии псевдоэкссфолиативного синдрома на развитие глаукомы.

Список литературы.

1. Абдулкадырова М.Ж., Еричев В.П., Якубова Л.В. Псевдоэкссфолиативная глаукома // Глаукома. – 2002. – № 1. – С. 43 -47.
2. Архипова М.М. Изучение роли оксида азота в патогенезе сосудистых заболеваний глаз: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / М.М. Архипова. –М., 2000. – 25 с.
3. Жабоедов Г.Д., Петренко О.В. Роль оксида азота в патогенезе глаукомы и перспективы разработки новых способов лечения глаукоматозной оптической нейропатии // Международный медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 59-64.
4. Курышева Н.И., Страхов В.В, Рябцева А.А. Псевдоэкссфолиативная глаукома: распространенность, заболеваемость и инвалидность в Центральном регионе России // Актуальные проблемы офтальмологии: VII Всероссийская научно-практическая конф. – Москва, 2004. – С. 13-15.
5. Brooks A., Gillies W. The presentation and prognosis of glaucoma in pseudoexfoliation of the lens capsule // Ophthalmology. –1988. – Vol. 95. – P. 271-276.
6. Vesti E., Kivela T. Exfoliation syndrome and exfoliation glaucoma // Progress in Retinal and Eye Research. – 2000. – Vol.19. – P. 345-368.

ОЦЕНКА ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Межейникова М.О., Челебиева Н.П., Терещенко Е.В., Максименко П.А.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент И.Д. Шляга.

Актуальность исследования состоит в оценке иммунного статуса детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии. Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости детского населения. В структуре первичной заболеваемости детей и подростков бронхолегочной патологии составляют более 60%. Среди хронических бронхолегочных заболеваний детей и подростков наибольшее медико-социальное значение имеют хронический бронхит (ХБ), бронхиальная астма (БА) и бронхоэктатическая болезнь [2]. Незавершенность формирования иммунитета; бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, топических кортикостероидов; аллергизация детского населения способствует развитию иммунодефицитных состояний. По данным ВОЗ, 20% населения всего мира поражено грибковой инфекцией. [1]. Наблюдается увеличение инфекционно-воспалительных заболеваний обусловленных грибами. При этом резко возросло микотическое поражение ЛОР-органов у детей, особенно увеличилась частота орофарингеального кандидоза. По данным различных авторов известно, что у 21-70% здорового населения на слизистых оболочках верхних дыхательных путей обнаруживаются представители грибов рода *Candida* [3]. Основными возбудителями микотического поражения орофарингеальной локализации являются грибы рода *Candida* (70-90%), реже, в 5-7%, встречаются микозы, обусловленные нитчатыми микромицетами (*Aspergillus* spp., *Penicillium* spp., *Mucor* др.) [5]. Известно, что устойчивость к развитию заболевания обеспечивается как общими, так и местными защитными механизмами организма. Развитие же кандидозного процесса свидетельствует о достаточно существенном сбое механизмов резистентности [4].

Цель исследования является анализ гуморального иммунного статуса детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии.

Материал и методы: На базе детского пульмонологического отделения Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» нами в период с января по декабрь 2017 года проведено исследование, в котором приняли участие 1050 детей с бронхолегочной патологией. Нами произведен анализ 121 тематических клинических случаев (орофарингомикоз на фоне бронхолегочной патологии) с последующей оценкой их гуморального иммунитета. Проведено культуральное микологическое исследование слизистой ротоглотки. Методом иммуноферментного анализа определены концентрации сывороточных иммуноглобулинов крови А, М, G, Е с последующим их анализом для оценки гуморального иммунного статуса исследуемой группы

детей. В работе приняли участие примерно одинаковое количество мальчиков и девочек (65 к 56 соответственно). Возрастная категория детей составила от 2 до 17 лет.

Результаты и обсуждения. По данным проведенного нами исследования только у 3 детей (2,48%) из 121 тематических клинических случаев встречается ларинготрахеобронхит, 7 (5,79%) – ларинготрахеит, 15 (12,34%) – трахеобронхит, 62 (51,24%) – бронхиальная астма, 34 (28,1%) – другие бронхолегочные заболевания. Из вышеизложенного следует, что орофарингеальный микоз чаще встречается при бронхиальной астме. При проведении оценки частоты встречаемости условно-патогенных грибов рода *Candida* области ротоглотки среди детей, а также анализа их титра нами получены следующие данные: частота условно-патогенного титра грибов рода *Candida* (до 10^3) выявляется у 70 детей, патогенного титра (10^3 и выше) у 49 детей; что составляет 58,8% и 41,2% соответственно. Следовательно, грибковая инфекция ротоглотки может оказывать значительную роль на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди детей. Анализ биоты ротоглотки среди детей с бронхолегочной патологией показал, что частота встречаемости грибково-бактериальной биоты составила 65 случаев, грибковой – 54, что равно 54,6% и 45,4% в процентном соотношении соответственно. Из этого следует, что частота грибково-бактериальной ассоциации выше частоты грибковой, что в свою очередь может затруднять своевременную диагностику, усугублять течение и увеличивать длительность заболевания данной категории детей. При оценке гуморального звена иммунитета путем определения концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и Е методом иммуноферментного анализа выявлено, что отклонение Ig G наблюдается у 29,17% детей, отклонение Ig E – у 72,60%, отклонение Ig A – у 7,69%, отклонение Ig M – у 5,43%. Вышеизложенные результаты могут быть свидетельством высокой значимости Ig E и Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категории детей.

Выводы. В ходе проведенного исследования обнаружена довольно высокая распространенность сочетанного течения бронхиальной астмы с орофарингомикозом у пациентов детского возраста в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ», что вызывает определенный научный интерес для углубленного изучения данного вопроса. Обнаружено, что процент встречаемости грибов рода *Candida* в исследуемой группе детей составил 41,2%, что может свидетельствовать о высоком влиянии грибковой инфекции ротоглотки на особенности и длительность течения бронхолегочной патологии среди данной категории детей. Сочетанная колонизация ротоглотки грибково-бактериальной флорой среди детского населения в пульмонологическом отделении учреждения «ГОКБ» составила 53,7%, что возможно может усугублять течение, а также увеличивать длительность заболевания в исследуемой группе детей. При оценке гуморального звена иммунитета у детей с орофарингомикозом на фоне бронхолегочной патологии выявлено, что отклонение от нормы Ig E составило 73% случаев, что может свидетельствовать о высокой степени алергизации (сенсibilизации) детского

организма в ответ на грибковую инфекцию ротоглотки на фоне заболевания дыхательных путей. Отклонение Ig G наблюдается у 29,17% детей, что может говорить о высокой значимости Ig G в особенностях иммунного ответа у данной категории детей. Роль других иммуноглобулинов оказалась менее значительной.

Список литературы.

1. Аравийский, Р.А. Диагностика микозов. / Р.А. Аравийский, Н.Н. Климко, Н.В. Васильева // Пособие для врачей. С-Пб. 2004. – 185с.
2. Баранов, А.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 годы» / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, В.А. Тутельян, Б.Т. Величковский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.
3. Барышевская Л.А. Лабораторная диагностика кандидозов верхних дыхательных путей / Л.А. Барышевская // Российская оториноларингология. - 2005. – № 5(18). – С. 32-37.
4. Сергеев А.Ю. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: Триада-Х, 2001. – 472 с.
5. Шляга И.Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты : учебно-методическое пособие для врачей / Шляга И.Д., Ситников В.П., Редько Д.Д. – Гомель, 2009. – 46 с.

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА

Миронова И.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мезенцева О.Ю.

Актуальность исследования. Хронический бактериальный риносинусит входит в группу часто встречающихся длительно текущих заболеваний верхних дыхательных путей. По данным статистики, в России его переносят около 10 млн. человек в год. В среднем 5–15% взрослого населения страдают той или иной формой бактериального синусита. Согласно эпидемиологическим исследованиям, число пациентов с данным заболеванием за последнее десятилетие возросло в 2-3 раза. Однако факторы, способствующие увеличению количества больных хроническим риносинуситом, в настоящее время не выявлены [1, 4].

В данный момент нет единой теории этиологии хронического риносинусита. Считают, что данное заболевание часто является следствием

повторяющихся острых воспалений, и его развитию способствуют: экологическая обстановка, курение, иммунодефицитные состояния, системные заболевания. [3].

Клиника хронического риносинусита разнообразна. Основными проявлениями заболевания являются: стойкие выделения из носа, затруднение носового дыхания, головная боль или боль в проекции около носовых пазух. Менее характерны следующие симптомы: снижение обоняния, заложенность ушей, гипертермия, общее недомогание и кашель. [2].

Целью исследования является анализ и оценка роли экзогенных факторов в патогенезе хронического бактериального риносинусита.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 50 пациентов, возраст которых составил 16-64 года. Все обследуемые проходили курс лечения в ЛОР-отделении ОБУЗ «Курской областной клинической больницы» по поводу хронического бактериального риносинусита с 2017 по 2018 годы. Диагноз был верифицирован при проведении рентгенологического исследования или компьютерной томографии. В контрольную группу вошли 50 здоровых добровольцев.

Информация о больных собиралась по специальной анкете при непосредственном общении с пациентами. Результаты анкетирования были обработаны с помощью программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10 с применением теста Хи-квадрат. Различия трактовались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты. При проведении ретроспективного анализа данных анкетирования двух групп пациентов: 1 – основной, больные хроническим бактериальным риносинуситом и 2 – контрольной, пациенты без хронического бактериального риносинусита, было выявлено следующее.

Так в 1 группе курили 30% больных, во второй 10% больных ($p < 0,05$). Распределение пациентов в группах по приему алкоголя получилось следующее: в 1 группе, не употребляли совсем 38%, реже 1 раза в месяц – 22%, 1-2 раза в месяц – 30%, 1-2 раза в неделю – 8%. Во 2 группе не употребляли совсем – 34%, реже 1 раза в месяц – 30%, 1-2 раза в месяц – 32%, 1-2 раза в неделю – 4% ($p=0,02$). При анализе влияния перемены мест пребывания на развитие заболевания было выявлено существенное различие в двух группах. В основной группе возникновение заболевания после перехода на новую работу отмечали 14% больных, после переезда на новую квартиру 20% пациентов и после смены климата 62% больных. В контрольной группе получились иные результаты: переход на новую работу отмечали 2%, переезд на новую квартиру также отмечали 2% пациентов, смена климата была у 16% ($p < 0,05$).

Контакт с бытовой химией способствовал ухудшению состояния. Это было выявлено у 16% пациентов 1 группы, и только у 14% больных 2 группы ($p < 0,05$). Наличие неблагоприятных факторов в месте проживания (заводы, фабрики) отмечали 16% пациентов основной группы и 12% пациентов контрольной группы ($p < 0,05$). Влияние контакта с больными ОРВИ на развитие заболевания статистически недостоверно: контакт отмечали 30% больных в 1 группе и 44% больных во 2 группе ($p > 0,05$). Наличие стресса на работе,

дома не показало существенной разницы в двух группах пациентов: жизнь с постоянными стрессами была связана у 58% больных 1 группы и 48% больных 2 группы ($p=0,05$).

Выводы. Наше исследование показало, что предрасполагающими экзогенными факторами развития хронического бактериального риносинусита являются курение, употребление алкоголя, перемена мест пребывания (переход на новую работу, переезд в новую квартиру, смена климата), контакт с бытовой химией, парфюмерными средствами, проживание рядом с работающими заводами и фабриками.

Список литературы.

1. Авербух В.М, Свистушкин В.М. Лечебная тактика при хроническом риносинусите // Русский медицинский журнал. 2014. № 9. С. 648-649.
2. Арефьева, Н.А, Лопатин, А.С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения: клинические рекомендации / под. ред. А.С. Лопатина; Российское общество ринологов.-М.: Практическая медицина, 2014. С. 17-49.
3. Карпищенко С.А. Оториноларингология: учебник / под. ред. С.А. Карпищенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 219-224
4. Крюков, А.И., Царапкин, Г.Ю., Романенко, С.Г. и др. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса // Российская ринология. 2017. № 1. С. 3-6.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ УГОКБ (2016–2018 ГОДЫ)

Михальченко В.А., Костина Ю.М.

**Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шляга И.Д.**

Актуальность исследования состоит в том, что проблема хронического тонзиллита (ХТ) продолжает оставаться в центре внимания ученых и практических врачей на протяжении многих лет. [1]

ХТ – это общее инфекционное заболевание, которое характеризуется наличием хронического очага инфекции в небных миндалинах (НМ) с периодическими обострениями в них. [3]

Предложено большое количество классификаций ХТ, но в клинической практике применяется классификация И.Б. Солдатова, которая делит ХТ на компенсированную (имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин) и декомпенсированную формы (явления декомпенсации в виде паратонзиллярных абсцессов (ПТА), паратонзиллитов, частых ангин,

а также различных метатонзиллярных заболеваний (гломерулонефрит, полиартрит, эндо-, мио-, перикардит, и др.)). [2]

В настоящее время клиническое течение хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) претерпело ряд изменений: преобладает стертая клиника и большое разнообразие жалоб со стороны глотки, внутренних органов и систем. Чрезвычайно важно при фарингоскопии акцентировать внимание на окраске и состоянии слизистой оболочки глотки, дужек, лакун, величине НМ и состоянии регионарных лимфатических узлов. [2]

Прогноз при ХДТ зависит от точной диагностики и своевременности лечения. При соблюдении всех этих условий исход заболевания благоприятный, но и это не исключает возможность развития опасных осложнений. Поэтому приоритетной задачей является тщательный и своевременный отбор пациентов для тонзилэктомии (ТЭ). [1]

Целью исследования является проанализировать группу пациентов с декомпенсацией ХТ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении УГОКБ за 2016–2018 годы и изучить особенности клинического течения ХДТ в современных социально-экономических условиях.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ 489 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ЛОР-отделении «УГОКБ» за 2016–2018 годы с диагнозом ХДТ.

Результаты и обсуждения. Нами были обработаны медицинские карты 489 пациентов ЛОР-отделения с диагнозом ХДТ. Среди обследуемых 288 (59%) пациентов женского пола, 201 (41%) – мужского. Распределение пациентов с ХДТ по возрасту: до 20 лет – 54 человека (11%); 21–40 лет – 337 человек (69%); 41 и старше – 98 человек (20%).

У пациентов с ХДТ выявлены следующие клинические проявления: боль в горле – 465 человек (95%), лакунарные пробки с неприятным запахом – 303 (62%), рецидивирующие ПТА – 270 человек (55%), частые ангины – 161 человек (33%), боль в суставах летучего характера – 101 (21%), субфебрильная температура – 88 (18%), боль в сердце – 73 (15%).

У 191 пациента (39%), имеющего в своем анамнезе жалобы на субфебрилитет, боль в сердце, боль в суставах, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

Микробиологическое исследование материала из глотки было проведено 351 пациенту с ХДТ и были выделены следующие возбудители: бактерии рода *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Klebsiella*, *Actinomyces* – у 126 пациентов (36%); грибы рода *Candida* – у 105 (30%); смешанная биота – у 78 пациентов (22%), у 42 пациентов (12%) возбудитель не был выявлен. По данным гистологического исследования, которое было проведено 423 пациентам, грибы рода *Candida* были выделены у 237 пациентов (56%).

423 (87%) пациентам была выполнена двусторонняя ТЭ. Консервативная терапия была рекомендована 66 пациентам (13%) в связи с наличием противопоказаний к оперативному лечению. Из числа прооперированных у 66 пациентов (4%) в послеоперационном периоде наблюдались следующие

осложнения: инфекционно-воспалительные процессы у 57 человек, кровотечение – у 9 человек. У 96% пациентов послеоперационный период проходил без особенностей. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Выводы. В ЛОР-отделении УГОКБ за 2016-2018 годы находилось на лечении 489 пациентов с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит, который чаще встречался в возрасте 21-40 лет.

По нашим данным, хронический декомпенсированный тонзиллит встречается чаще у женщин (59%), чем у мужчин (41%).

В настоящее время преобладающей формой хронического декомпенсированного тонзиллита является безангинная форма, которая подтверждена в 67% случаев.

У 39% пациентов, имеющих в своем анамнезе жалобы на субфебрилитет, боль в сердце, боль в суставах, было выявлено повышение антистрептолизина О (250–500 МЕ/мл).

По результатам микробиологического исследования материала из глотки была получена бактериальная биота – в 36% случаев, грибковая – в 30%, смешанная – в 22% случаев.

По результатам гистологического исследования грибковая биота была выделена у 237 пациентов (56%).

Двусторонняя тонзиллэктомия была выполнена 423 пациентам. Все пациенты выписаны с положительной динамикой.

Список литературы.

1. Арзамасов, С.Г., Иванец И.В. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита // Вестник оториноларингологии. 2011. № 1. С. 55-57.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Л.А. Лучихин. Оториноларингология М.: Медицина, 2011. 649с.
3. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб.:2000. 472 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СТАРЕНИЯ КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Могорян В.Ф.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Мисник Ю.В.

Актуальность исследования. В связи с расширением рынка стоматологических услуг, процесс создания новых реставрационных материалов продолжается и по сей день. Формирование на рубеже 18-19 веков такой прикладной науки как материаловедение, способствовало углубленному

изучению физико-химических свойств стоматологических материалов, в том числе и изменение их эстетических свойств в ходе процесса старения. Такой познавательный интерес к изучению стоматологических материалов говорит не только об актуальности данной проблемы и по сей день, но и о важности качества используемых материалов, в практике врача-стоматолога.

Целью исследования являлось изучение процесса старения композитных пломбировочных материалов Evicrol (Чехия), Uni-fill (США), Prime Dent (США), Charisma PPF (Германия) на основе знаний теоретической физики об инфракрасной спектроскопии.

В ходе исследования было приведено сопоставление характеристик импортных материалов: Evicrol (Чехия), Uni-fill (США), Prime Dent (США), Charisma PPF (Германия) при помощи сравнительного анализа, а также применялись такие эмпирические методы исследования как эксперимент, измерение и описание полученных результатов. В основе эксперимента – ИК-спектроскопия и спектроскопия комбинационного рассеяния света (КРС или рамановская спектроскопия) на приборе ИК-фурье спектрометр Nicolet iS50 (измерение ИК-спектров в диапазоне 50-15000 см⁻¹, спектральное разрешение до 0,125 см⁻¹). Все исследования проводили при температуре (20±2) ОС на базе Регионального центра нанотехнологий в Юго-Западном государственном университете города Курск.

По результатам определения составов образцов стоматологических пломбировочных материалов методом рентгенофазного анализа α-кварц был обнаружен в составе трех (Evicrol, Uni-fill, Prime Dent Composite) из четырех композитных материалов; аморфные органические соединения в композитных материалах: Uni-fill, Charisma PPF, Prime Dent Composite. Это говорит о сходстве состава исследуемых материалов, следовательно, можно предположить, что результаты ИК-спектроскопии также будут отличаться незначительно

Что касается, непосредственно ИК–спектроскопии, то для начала следует уточнить, что Uni-fill, Prime Dent, Charisma PPF представляют собой две адгезивные жидкости: основную (полимер) и катализаторную и две пасты также полимерную и катализаторную, при смешении которых образуются пломбы. Evicrol состоит из полимерной жидкости и набора порошков (четыре оттенка).

Для экспериментального исследования спектры адгезивных полимерных и катализаторных жидкостей Uni-fill, Prime Dent, Charisma PPF, как и полимерной жидкости Evicrol, получали путем формирования тонких пленок на кристалле из бромиды калия.

В результате спектры всех жидкостей Evicrol, Uni-fill, Prime Dent, Charisma PPF, после графической регистрации, оказались очень схожими (Диаграмма 1).

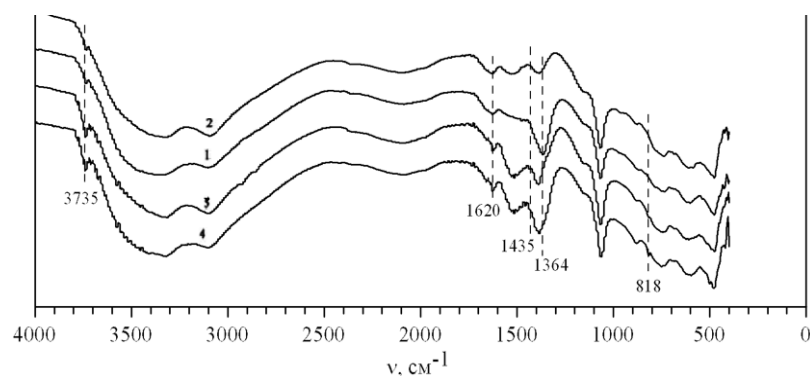


Диаграмма 1 Спектры жидкостей: 1 – Prime Dent; 2 – Evicrol;
3 – Uni-fill; 4 – Charisma PPF

Для получения спектров твердых пломб (образующихся при смешивании полимерной и катализаторной паст), образцы пломб измельчали, затем из порошков готовили суспензии в вазелиновом масле и проводили ИК-спектральные исследования.

Полученные спектры указывают на изменение химических связей после реакции полимеризации, а возможно и комплексообразования (диаграмма 2).

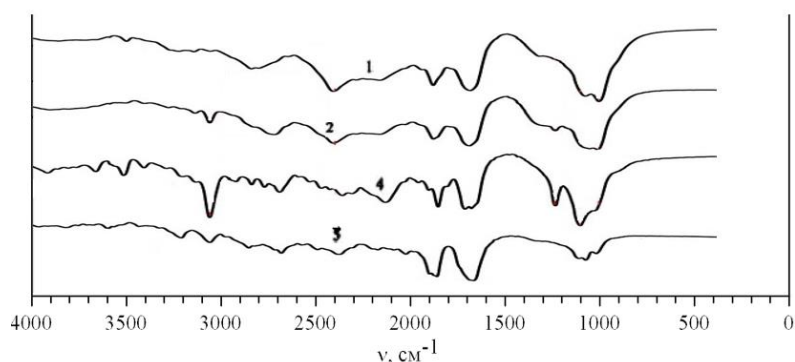


Диаграмма 2. Спектр твердых пломб: 1 – Prime Dent; 2 – Evicrol;
3 – Uni-fill; 4 – Charisma PPF

Проведя структурный анализ по ИК-спектрам адгезивных жидкостей исследуемых композитных материалов, можно сказать:

Коротковолновая часть ($\nu > 1500 \text{ cm}^{-1}$), где располагается большинство важнейших характеристических полос поглощения, проявляется лишь в виде слабых обертонов и составных частот.

Рассматривая участок $3000\text{--}3100 \text{ cm}^{-1}$, свидетельствующий о возможности наличия полос валентных колебаний водорода, находящегося во фрагментах $=\text{CH}_2$ и $=\text{CH}-$, видим, что колебаний превышают 3100 cm^{-1} , что свидетельствует о наличии гетероароматических соединений во всех исследуемых образцах.

В области $3100\text{--}3700 \text{ cm}^{-1}$ находятся полосы валентных колебаний ацетиленового водорода $\text{C}_{\text{sp}}-\text{H}$ ($\approx 3300 \text{ cm}^{-1}$), гидроксила, первичных и вторичных аминогрупп ($-\text{NH}_2$, $-\text{NH}-$). Интенсивность их свидетельствует об участии в образовании водородных связей, возникновение которых приводит к снижению максимумов поглощения в сторону меньших частот.

Из диаграммы следует, что в составе органической матрицы адгезивной жидкости Evicrol есть много группы участвующих в образовании водородных связей, а у Charisma PPF их минимальное количество или нет вовсе.

В основном же материалы схожи со спектрами соответствующих адгезивных жидкостей, но пики являются более размытыми и объединенными в полосы, что вероятно обусловлено присутствием в пастах неорганического наполнителя. Спектры катализаторных паст отличаются от полимерных, скорее всего из-за содержания в них различных инициаторов полимеризации, активаторов, стабилизаторов и пр.

Что касается полученных ИК-спектров для твердых пломб из исследуемых материалов, то тут Charisma PPF отличается от других представителей наличием прочных тройных связей $C \equiv C$ и $C \equiv N$ (об этом свидетельствует частота колебаний участка спектра $2500-3000 \text{ см}^{-1}$), что, в свою очередь говорит о прочной силе сцепления адгезива с твёрдыми тканями зуба.

Проанализировав полученные результаты в ходе экспериментального исследования, можно сделать следующие выводы:

1. При термостарении и фотостарении процесс разложения органической матрицы исследуемых композитных материалов делится на два периода. Первый период характеризуется общими чертами для обоих типов старения: происходит разложение одних групп (CH , OH , $-C-O-$) и образование других ($C=O$, $C=O$ — $O-$). Второй период характеризуется для термостарения стабилизацией всех процессов, идущих в первом периоде; для фотостарения — разложением всех групп, т. е. полным распадом образца.

2. Образование $C=O$ групп при фотостарении (первый период) идет одновременно по всей глубине пленки, распад этих групп и всего образца (второй период) идет только с поверхности пленки — у всех исследуемых материалов.

3. Термостарение органической матрицы исследуемых композитных материалов, в отличие от фотостарения, во всех образцах сопровождается образованием $C=C$ связей и пожелтением образца. Однако, по насыщенности желтого цветового тона (от светлых и средних до ярких тонов), и как следствие, по скорости процессов старения, исследуемые композитные материалы, распределились следующим образом: Charisma PPF, Prime Dent, Uni-fill, Evicrol

Список литературы.

1. Аверко-Антонович И.Ю., Бикмуллин Р.Т.: Методы исследования структуры и свойств полимеров. Учебное пособие / КГТУ. Казань. — 2002. — 604 с.
2. Жулев Е.Н. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Учебное пособие. Н.- Новгород, 2000.

3. Купцов А.Х., Жижин Г.Н. Фурье-КР и фурье-ИК-спектры полимеров. М.: Физматлит. – 2001. -316 с.

4. Тарасевич Б.Н. Основы ИК спектроскопии с преобразованием Фурье. Подготовка проб в ИК спектроскопии. Москва- 2012. -22с.

5. Физико-химические методы исследования полимеров: учебное пособие / В.М. Сутягин, А.А. Ляпков. – Томск: Издательство Томского политехнического университета, 2008. – 130 с

ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Муц К.Ю., Теремов Д.Д.

**Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель – ассистент Шилкина В.Е.**

Актуальность исследования состоит в проблематичности правильной диагностики выбора метода лечения остеонекрозов челюстей, возникновение которых связано с применением бисфосфонатных препаратов.

Целью исследования является изучение особенностей клинической и рентгенологической картины бисфосфонатных остеонекрозов челюстей (БОНЧ), формулировка принципов профилактики БОНЧ.

Материалы и методы: при выполнении работы использованы основные (сбор анамнеза, осмотр) и дополнительные (рентгенологическое обследование: ортопантомография, мультиспиральная компьютерная томография) клинические методы исследования и метод динамического наблюдения.

Результаты и обсуждения. Онкологические заболевания в мире занимают второе место по смертности после сердечно-сосудистой патологии. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований будут повышаться, и в 2030 г. патология унесет более 15 млн. жизней. Рак становится причиной практически каждой шестой смерти в мире. По данным ВОЗ на 2014 г. в России количество людей, умерших от онкологических заболеваний составляет 325600 человек, из них 176900 – мужчины, 148700 – женщины. Лидирующую позицию по частоте встречаемости у женщин занимает рак молочной железы (17,6%), у мужчин – рак легких (27,8%) и предстательной железы (7,7%) [1]. Наиболее часто пациенты получают терапию бисфосфонатным препаратом III поколения «Зомета», действующим веществом в котором является золедроновая кислота, на фоне приема которого возникает серьезный патологический процесс – бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ), характеризующийся омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель с последующим прогрессированием процесса при условии отсутствия проведения лучевой терапии на область головы в анамнезе [2]. В настоящее время частота встречаемости данной патологии у больных, принимающих

бисфосфонаты, составляет от 12 до 27%, поэтому данная проблема является актуальной проблемой онкологии, челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

В настоящее время в стационаре челюстно-лицевого отделения Смоленской областной клинической больницы наблюдаются два пациента с остеонекрозами, возникшими на фоне приема препарата золедроновой кислоты. Больным проводится консервативное лечение, направленное на снижение воспалительных явлений со стороны костной системы.

Пациентка Л., 1952 года рождения. Получала терапию бисфосфонатным препаратом III поколения («Зомета») в составе комплексной терапии рака левой молочной железы T2N2M0 – 3 стадия: в 1995 г. – 6 курсов, в 2003 г. – 8 курсов (после резекции гребня подвздошной кости), затем с 2014 по 2018 годы – 48 курсов. В 2010 г. пациентке был изготовлен частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не соответствующий клиническим требованиям. Использование протеза привело к образованию множественных эрозий и язв, был назначен курс линкомицина, отмечалось улучшение клинической картины. В мае 2014 г. в поликлинике по месту жительства был удален зуб 2.3 вследствие обострения хронического периодонтита. В ответ на удаление зуба на фоне приема золедроновой кислоты развился хронический диффузный остеомиелит верхней челюсти, который в районной поликлинике был диагностирован неверно, вследствие чего была проведена экстракция зубов 2.4, 2.5, 2.6. Клинического улучшения не наблюдалось. Пациентка была госпитализирована в ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» (СОКБ), где 18.04.2018 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии была проведена операция секвестрэктомия верхней челюсти с двух сторон. Предварительно за 9 месяцев до госпитализации курс химиотерапии был отменен. В послеоперационном периоде была проведена антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Во время лечения в стационаре осложнений не наблюдалось. Заживления раневой поверхности не произошло, появился участок обнажения костной ткани. Был поставлен диагноз «Хронический диффузный остеомиелит верхней челюсти на фоне приема золедроновой кислоты». В сентябре 2018 г. пациентка обратилась в ОГАУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника» с жалобами на боли в проекции верхнечелюстных пазух, гнойные выделения из носа, попадание жидкой пищи в нос, нарушение адгезии полного съемного пластиночного протеза. По данным мультиспиральной компьютерной томографии от 5.09.2018 г. определяется два очага деструкции костной ткани и наличие ороантрального сообщения. На фоне стабилизации общего состояния произошла относительная стабилизация течения заболевания: отмечается частичная эпителизация дефекта слизистой оболочки, снижение интенсивности воспалительного процесса с сохранением гнойных выделений из ороантральных свищей. В октябре 2018 г. был повторно изготовлен полный съемный пластиночный протез. В настоящее время пациентке проводится симптоматическое консервативное лечение, направленное на контроль воспалительного процесса и профилактику осложнений.

Пациент О., 1949 года рождения. Получал терапию бисфосфонатным препаратом III поколения («Зомета») в составе комплексной терапии рака слизистой дна полости рта в 2014 г. Пациенту было проведено комплексное лечение: оперативное вмешательство, курс химиотерапии и лучевая терапия. В 2015 г. обратился к стоматологу-ортопеду для изготовления протезов и был направлен к стоматологу-хирургу для удаления корней зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7. Спустя 2 месяца пациент обратился с жалобами на боли в области удаленных зубов, свищ в поднижнечелюстной области слева. С 2016 г. раз в год находится на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении ОГБУЗ СОКБ. Один раз в месяц наблюдается в стоматологической поликлинике у хирурга-стоматолога. Госпитализирован 11.02.2019 г. в челюстно-лицевое отделение СОКБ с жалобами на усиление боли и обильное отделяемое из свища поднижнечелюстной области слева. Получал антибактериальную терапию (линкомицин), анальгетики, проводились ежедневные перевязки. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани в области 3.4, 3.5, 3.6, 3.7. На фоне проведенного лечения отмечается стабилизация воспалительного процесса.

Выводы. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей – актуальная проблема современности. В связи с ростом числа онкологических больных возрастает значимость своевременной диагностики и профилактики БОНЧ. Принципы профилактики бисфосфонатных остеонекрозов сводятся к следующим положениям: на фоне приема пациентами препаратов золедроновой кислоты операция удаления зуба должна быть атравматичной, после удаления лунку необходимо ушивать наглухо; перед проведением хирургических вмешательств рекомендована консультация врача-онколога; в послеоперационном периоде больному назначается антибактериальная терапия.

Список литературы.

1. Виноградова Н.Г., Львов К.В., Харитонов М.П. Распространенность и клинические особенности медикаментозно-ассоциированных остеонекрозов челюстей // Проблемы стоматологии. 2017. № С.38-42.
2. Заславская Н.А. Оптимизация профилактики и лечения бисфосфонатных остеонекрозов челюстей у больных со злокачественными новообразованиями: дис. ... канд.мед.наук 14.01.14 / Заславская Наталья Александровна. – М. 2014. – 166 с.

ВЛИЯНИЕ БИОСРЕДЫ НА АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Негода Е.Н., Мисник Ю.В., Фелькер Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – Мисник Ю.В.

Композиционные материалы используются уже длительное время в стоматологической практике, поэтому им на сегодняшний день уделяют особое внимание. За небольшой промежуток времени удалось улучшить физические и оптические свойства композиционных материалов, найти новые механизмы сцепления с тканями зуба и рационализировать клиническую методику применения композитов. [3,4] Благодаря этому, расширились возможности использования композитов. Данные материалы применяют для реставрации фронтальных зубов, которые имеют кариозные и не кариозные поражения, а также для эстетического и функционального устранения различных пороков развития зубов. [1]

Для улучшения связи материала с тканями зуба, пристальное внимание уделяется адгезивным системам, которые позволяют усилить фиксацию пломбировочного материала к поверхности эмали и дентина. [2]

Целью представленной работы является на основе теоретических знаний изучить адгезивные свойства композиционных материалов

Материалы и методы

Методы исследования: в работе приведено сопоставление характеристик зарубежных материалов: Kerr, Vertise Flow и сравнить с Filtek Supreme Plus Flow/Adper Prompt-L-Pop и Ivoclar Vivadent.

Первое исследование: изначально было произведено рассеченные вдоль продольной оси 36 отпрепарированных моляров, которые потом зафиксировали в акриловой массе. Поверхности спилов отшлифовали, для обнажения эмали и дентин, после отполировали наждачной бумагой зернистостью 600. Далее поверхность зубов покрыли бондинговым агентом, следуя рекомендациям производителя. Зафиксировали в испытательном устройстве для проверки прочности бонда (UPI), после чего обработали поверхности зубов текучим композитом и полимеризовали в течение 20 секунд. На оставшиеся зубы в не большом количестве наносили самоадгезивный композит Vertise Flow, обрабатывали в течение 20 секунд, полимеризовали, после чего образцы зафиксировали в устройстве для проверки устойчивости бонда. Далее Vertise Flow был нанесен на предварительно подготовленную поверхность и полимеризован. Полученные образцы хранились с условием 100% влажности при температуре 37°C в течение 24 часов Прочность бонда на возникновения нарушений проверяли с помощью многофункционального тестового устройства при начальной скорости 1 мм/мин. В последующем проводился расчет нагрузки до момента перелома (в МПа), а результаты подвергались статистическому анализу (ANOVA, $p < 0,05$).

Результаты исследования

Через 15 минут значимых различий между силой адгезии текучих материалов Т и V к эмали и материалов F и V к дентину ($p > 0,05$) не отмечалось. Так же не было отмечено никаких статистически существенных различий между силой адгезии к дентину и эмали, в образцах спустя 24 часа.

Начальная сила сцепления материала Vertise Flow к дентину и эмали через 24 часа аналогична с показателями самопротравливающих адгезивных систем в комбинации с традиционными текучими композитами.

Второе исследование: с помощью шлифовальной установки Ecomet III с зернистостью 600 были обработаны дентинные и эмалевые основы. Для испытания были представлены следующие системы: 1) IBond SE/Venus Flow, Heraeus Kulzer 2) G-Bond/Gradia Direct Flo, GC America 3) Vertise Flow, Kerr. Спустя 24-часового хранения в очищенной воде при температуре 37°C образцы прошли проверку на тестовом устройстве (MTS), которое поможет измерить силу адгезии. Далее показатели, собранные в процессе опыта, подвергли статистическому анализу по критерию ANOVA.

Результаты по эмалевому субстрату: сила сцепления составила от 19,4 до 23,2 МПа.

Результаты по дентинному субстрату: сила сцепления составила от 16,8 до 20,3 МПа.

Таким образом, адгезия композиционного материала Vertise Flow к эмали через сутки подобна силе сцепления к эмали адгезивных систем последних поколений в сочетании с устоявшимися текучими композитами. Начальная сила сцепления композита Vertise Flow к дентину и сила сцепления через 24 часа сходна с результатами самопротравливающих адгезивных систем. Сила адгезии Vertise Flow к эмали и дентину статистически эквивалентна подобным показателям различных самопротравливающих адгезивных систем в сочетании с текучими композитами.

Список литературы.

1. Абдурахманов А.И., Курбанов О.Р. Материалы и технологии в ортопедической стоматологии. М. Спецлит. – 2002. – 518с
2. Жулев Е.Н. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Учебное пособие. – Н.- Новгород, 2000..
3. Караков К.Г., Оганян А.В., Власова Т.Н. «Современные аспекты использования композиционных материалов». /Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы стоматологии» Ставрополь 2012г.
4. DENTAL MATERIALS: Properties and Selection. Ed. William J. O'Brien, Quintessence Publ.Co., Inc. 2002.
5. Композиционные пломбировочные материалы. В.И. Лукьяненко, К.А. Макаров, М.З. Штейнгард, Л.С. Алексеева. – Л., Медицина, 1988, 160 с.

ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

Неруца А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубкова А.А.

Актуальность исследования. Болезни ротовой полости обозначаются как чрезвычайно распространенные неинфекционные заболевания. Они проявляются на протяжении всей нашей жизни и являются серьезным фактором боли и дискомфорта. Патологии сердца находятся на одном из первых мест среди различных заболеваний человека во всем мире [1]. Каждый год 17,5 миллионов человек умирает от патологий сердечно-сосудистой системы. Взаимодействие болезней внутренних органов заболеваниями полости рта становятся крайне значимыми. Учитывая обширность поражений сердца, целью нашей работы явилось выявление проявлений болезней сердца в полости рта.

Материалы и методы. С целью выявления связи между патологиями сердечно-сосудистой системы и заболеваниями полости рта используют функциональный метод исследования состояния тканей пародонта, реопародонтографию, для оценки были использованы индекс гигиены Green-Vermillion, КПУ, индекс пародонтита (PI), CPITN.

Большое количество тестирований и экспериментов подтверждают, что неудовлетворительная гигиена полости рта способствует прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний. Проспективное исследование, опубликованное в 1993 году (n=1000), продемонстрировало, что имоверность угрозы развития сердечно-сосудистых заболеваний чаще встречается у пациентов с поражениями твердых тканей зубов. Стоматологическая клиника «Дельта Дентал» (Delta Dental) подтверждает наличие точных связей между здоровьем полости рта и патологиями сердечно-сосудистой системы. Именно эта организация, опираясь на некоторые недавние исследования и эксперименты, обосновывает тот факт, что у людей с заболеваниями десен запущенной или средней стадии вероятность развития различных болезней сердца выше, чем у людей со здоровыми деснами. Также данная организация обращает внимание на то, что состояние здоровья ротовой полости может предупредить стоматолога о существовании нарушений и патологий, в том числе изменения работы сердца. Проникая в организм, бактерии прогрессируют в сердце, далее крепятся к слабым местам и тем самым инициируют воспаление. Такой процесс может быть пусковым толчком в возникновении патологий, например таких как эндокардит, что подтверждают данные клиники «Мэйо» (Mayo Clinic). Также отмечена связь воспаления в пародонте с патологией внутренних органов Л.Ю. Ореховой (2005) [1,2]. По ее сведениям, эссенциальная гипертензия встречалась в 26% случаев, ИБС – в 10,6%. Среди наиболее распространенных причин смертности в мире преобладает ИБС. Именно ишемическая болезнь сердца может быть не только

причиной смерти, но и предлогом потери трудоспособности. У пациентов с ИБС наличие очагов одонтогенной инфекции усугубляет состояние системы сердца, поэтому изучение стоматологического статуса и диагностирование воспалительных заболеваний полости рта крайне актуально.

Важно уметь четко выделять симптомы при патологиях сердечно-сосудистой системы в полости рта. Так, например, при сердечно-сосудистой недостаточности, чаще всего, у пациентов наблюдается бледность слизистой оболочки, синюшность в области небных дужек, а также атрофия нитевидных сосочков языка и трофические изъязвления. Инфаркт миокарда в полости рта проявляется десквамативным глосситом, гиперплазией нитевидных и грибовидных сосочков, одонталгией, жжением в языке.

Заключение. Таким образом, профилактика болезней полости рта играет существенную роль в укреплении здоровья человека. Следовательно, осознание того, что здоровье ротовой полости и здоровье организма в целом непосредственно взаимосвязаны, можно сделать вывод о том, что необходима не только профилактика, но и взаимодействие стоматолога и кардиолога, ведь если обратиться к грамотному специалисту своевременно можно выявить болезнь на ранней стадии, предупредить развитие осложнений и улучшить качество последующей жизни. Тем самым можно защитить себя от развития заболеваний сердца, связанных с ослабленным здоровьем полости рта, сохраните здоровую улыбку и укрепите здоровье всего организма.

Список литературы.

1. Елькова, Н.Л. Состояние тканей пародонта у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, Е.В. Милова, В.В. Зубков // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 6. С. 14-15.
2. Зубкова А.А. Эпидемиологическая характеристика, клинико-лабораторные проявления и лечение основных стоматологических заболеваний у больных с ишемической болезнью сердца: автореф. дис... канд. мед. наук. – Тверь, 2016. 25 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РУЧНОГО И МАШИННОГО СПОСОБОВ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Носова Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Перетягина И.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что постпломбировочная боль после эндодонтического лечения до сих пор остается серьезной проблемой, несмотря на внедрение новых систем для обработки корневых каналов.

Целью исследования является сравнительная характеристика постпломбировочных болей при использовании ручного и машинного способов обработки корневых каналов.

Материалы и методы: для данного исследования были отобраны 88 пациентов на базе стоматологической поликлиники КГМУ, с последующим разделением на 2 группы: контрольную и экспериментальную. В контрольную группу были включены 44 пациента, после эндодонтического лечения с использованием ручных инструментов K-Flexofiles (Dentsply Maillefer). В экспериментальную группу были определены 44 пациента, которым было проведено лечение с использованием машинных инструментов ProTaper (Universal). Критерии для выбора и включения пациентов в обе группы были следующие: успешно проведенное первичное эндодонтическое лечение, отсутствие приема наркотических анальгетиков после эндодонтического лечения, отсутствие сложной анатомии и искривлений корневых каналов. Анестезия проводилась препаратом Убистезин форте 4% 1:100 000. Изоляция зуба с использованием системы Rubber Dam. Протокол инструментальной обработки в соответствии с системой. Протокол ирригации: раствор NaOCl 3%+ЭДТА 17%. Обтурация проводилась методом латеральной конденсации гуттаперчи с использованием AN Plus под контролем рентгенограммы. В случае возникновения послеоперационной боли пациентам был рекомендован прием ибупрофена в дозировке 600 мг. Через 14 дней после проведенного лечения все включенные в исследование пациенты прошли анкетирование, в котором необходимо было отметить: наличие боли после лечения (да/нет), продолжительность боли (дни) и интенсивность (легкая, умеренная, тяжелая). Для анализа частоты боли был применен критерий хи-квадрат. Для анализа длительности использовали U-критерий Манна-Уитни, а для интенсивности уравнение тренда.

Результаты и обсуждения. Результаты по частоте, интенсивности и продолжительности постпломбировочных болей для каждой из групп показаны в таблице (таблица 1). Значительно большая доля пациентов сообщивших о боли находилась в контрольной группе ($p < 0,05$). Двадцать два пациента (50%) в экспериментальной и 31 пациент (72,7%) в контрольной группе сообщали о послеоперационной боли. Однако продолжительность боли была короче ($p = 0,008$) в контрольной группе. Как показано в таблице

(таблица 1), только 2 пациента в контрольной группе сообщали об умеренной боли длившейся дольше, чем 3 дня, в то время как в экспериментальной группе 5 пациентов испытывали боль дольше 3 дней. В то же время не было статистических различий в интенсивности боли ($p=0,8$) между группами. Процент пациентов, которые сообщали о легкой, умеренной или тяжелой боли, был практически одинаковым в контрольной (51,6% легкая/ 42% умеренная/ 6,5% тяжелая) и в экспериментальной группе (45,5% легкая/ 50% средняя/ 4,5% тяжелая).

Таблица 1. Распространенность, интенсивность и длительность боли

Наличие боли	Интенсивность	Длительность (дни)	Группа	
			Контр.	Эксперим.
Нет			13	22
Да	Легкая	1	9	1
		2	4	3
		3	3	4
		4		1
		7		1
	Умеренная	1	6	3
		2	3	4
		3	2	2
		4	1	
		5		1
		7		1
		9	1	
	Тяжелая	1	1	
		2	1	
		7		1

По данным некоторых исследователей частота постпломбировочных болей после эндодонтического лечения колеблется от 1,4 до 16% [9]. Было показано, что распространенность боли в первые 24 часа составляла 40% и уменьшалась до 11% через 7 дней [3]. Считается, что проталкивание инфицированных дентинных опилок, которые образуются во время механической обработки канала, является основным этиологическим фактором в развитии постпломбировочных болей [1, 2, 6]. Кроме того, частота обострений в случаях повторного лечения значительно выше, чем в случаях первичного [7, 8, 12]. Главным образом на проталкивание дебриса за апикальное отверстие влияет методика обработки и конструкция инструмента [4]. Следует помнить, что любые методы инструментальной обработки в большей или меньшей степени обязательно приводят к проталкиванию инфицированных дентинных опилок в периапикальные ткани [11]. Такие различия в количестве выведенного за верхушку корня дебриса могут иметь решающее значение на развитие послеоперационной боли,

поскольку системы, которые проталкивают за апикальное отверстие большее количество опилок, увеличивают риск развития обострений [10].

Считается, что современные ротационные (машинные) Ni-Ti инструменты приводят к минимальному проталкиванию дебриса в периапикальные ткани, по сравнению с ручными К-файлами из нержавеющей стали. Для системы ProTaper это объясняется винтовым эффектом Архимеда и обильной ирригацией [5].

Выводы. Результаты данного исследования показывают, что после ручной обработки корневых каналов следует ожидать более высокую частоту возникновения постпломбировочных болей. Тем не менее, второй вывод исследования, в явном противоречии с первым, заключается в том, что длительность постпломбировочных болей больше после обработки корневого канала машинным способом.

Список литературы.

1. Alves Vde O. Endodontic flare-ups: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110:68–72
2. Arias A, de la Macorra JC, Hidalgo JJ, Azabal M. Predictive models of pain following root canal treatment: a prospective clinical study. *Int Endod J* 2013;46:784–93.
3. Çiçek E, Koçak MM, Koçak S, Sağlam BC, Türker SA. Postoperative pain intensity after using different instrumentation techniques: a randomized clinical study. *J Appl Oral Sci* 2017;25:20–26.
4. Elmsallati EA, Wadachi R, Suda H. Extrusion of debris after use of rotary nickel-titanium files with different pitch: a pilot study. *Aust Endod J*. 2009;35(2): 65–9.
5. Imura N, Zuolo ML. Factors associated with endodontic flare-ups: a prospective study. *Int Endod J* 1995;28:261–5.
6. Mattscheck DJ, Law AS, Noblett WC. Retreatment versus initial root canal treatment: factors affecting posttreatment pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:321–4.
7. Oguntebi B.R., DeSchepper E.J., Taylor T.S., White C.L., Pink F.E. Postoperative pain incidence related to the type of emergency treatment of symptomatic pulpitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992;73(4):479–83.
8. Seltzer S, Naidorf IJ. Flare-ups in endodontics: II. Therapeutic measures. 1985. *J Endod*. 2004 Jul; 30(7):482-8; discussion 475.
9. Siqueira JF, Barnett F. Interappointment pain: Mechanisms, diagnosis, and treatment. *Endod Topics*. 2004;7:93–109.
10. Siqueira JF., Jr Microbial causes of endodontic flare-ups. *Int Endod J*. 2003;36:453–63.
11. Vaudt J, Bitter K, Neumann K, Kielbassa AM. Ex vivo study on root canal instrumentation of two rotary nickel-titanium systems in comparison to stainless steel hand instruments. *Int Endod J*. 2009 Jan; 42(1):22-33.

12. Trope M. Flare-up rate of single visit endodontics. Int Endod J 1991;24:24–6.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Орехова И.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Перетягина И.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что популярность применения оптических систем в терапевтической стоматологии будет увеличиваться в будущем. Стоматологи будут извлекать преимущества от увеличения, в основном во время препарирования и этапах установки, изготовленных непрямым способом реставраций [1]. Улучшенная оптическая острота зрения и освещение упрощают многие технически сложные задачи. Кроме того, стоматолог получает возможность работать в сбалансированном эргономичном положении, и может документировать ход лечения при помощи фото или видеосъемки [2].

Целью исследования является расширение возможности лечения кариеса зубов, пародонта, удаление зубных отложений, эндодонтического лечения.

Материалы и методы: с помощью оптических систем изучили качество обработки поверхности корня на 20 зубах, устьев корневых каналов – на 42 зубах у 25 пациентов и на 30 удаленных зубах. С помощью оптических приборов провели обследование и лечение 120 пациентов в возрасте 30-50 лет.

Исследования проводили с помощью следующих оптических приборов: монокулярная лупа «ЛИ-2-8Х», бинокулярная лупа с 2-кратным увеличением, бинокулярная лупа «Зенит», интраоральная видеокамера «TitaniumELKA built for ADEC» (VGA). Применяли цифровой зеркальный фотоаппарат «PentaxK5».

Изучение границы «зуб-пломба» проводили на световом металлографическом микроскопе «MeF-3» (Reichert) при увеличении 50,100,200, а так же с помощью бинокулярной лупы «Зенит» при увеличении 2,8 и монокуляра ЛИ-2 с увеличением 8.

Результаты и обсуждения.

Результаты осмотра 20 удаленных зубов после снятия зубных отложений с помощью ультразвукового скейлера «PYON 2 PB-223» в течении 3 минут представлены в таблице 1.

При использовании монокулярной лупы удалось диагностировать зубной камень, шероховатость и скол на всех 20 удаленных зубах, пигментированный налет на -19 зубах. С помощью бинокулярной лупы были выявлены остатки зубного камня на 20 зубах. Использование внутриротовой видеокамеры показало наличие остатков зубного камня на 20 удаленных зубах. Цифровая

дентальная макрофотография на всех 20 исследуемых образцах выявила наличие зубного камня, пигментированного налета и шероховатости.

Таблица 1. Результаты осмотра поверхности удаленных зубов.

Показатель	Невооруженным глазом	Моноккуляр	Биноккуляр	Внутриротовая видеокамера	Дентальная макрофотография
Зубной камень	10	20	20	20	20
Пигментиров. налет	6	19	19	19	20
Шероховатость	-	20	14	12	20
Скол	-	20	6	6	19

При проведении диагностики качества обработки устьев корневых каналов невооруженным глазом в 16 устьях были обнаружены узур. Использование внутриротовой видеокамеры и монокуляра повысило возможность диагностики узур до 50 и 60 случаев (таб.2).

Использование монокуляра и внутриротовой видеокамеры позволило выявить трещины в 54 зубах. Использование монокуляра и внутриротовой видеокамеры увеличило возможность диагностики мелких шероховатостей до 65 случаев.

Таблица 2. Результаты обследования устьев корневых каналов

Показатель	Мануально	Невооруженным глазом	Моноккуляр	Внутриротовая видеокамера
Узуры	2	16	50	60
Трещины	-	12	54	54
Сколы	-	2	20	43
Отдельные шероховатости	20	45	65	65

Профилактический осмотр 60 пациентов позволил выявить поддесневые зубные отложения у 15 человек(25%), нарушение целостности и краевого прилегания реставраций-у 3 человек(5%), начальные формы кариеса-у 35 человек(58%), неудовлетворительную гигиену полости рта-у 25 человек(42%).

При лечении осложненного кариеса у 95 пациентов были обнаружены дополнительные корневые каналы: в 75 молярах верхней челюсти(79%), в 8 нижних премолярах(8,4%), в 6 нижних клыках (6,3%), в 4 нижних резцах (4,2%).

При моделировании реставрации у 40 пациентов обнаружена недостаточная очистка зуба от зубного налета-5 случаев(12,5%), неудовлетворительная подготовка полости зуба к пломбированию-15 случаев (37,5%), некачественное наложение базового слоя-3 случая(7,5%).

Оптические системы использовали так же для выявления трещин, перфораций, удаления обломков инструментов, при повторном эндодонтическом лечении, препарировании корневых каналов [3].

При работе с помощью оптических систем проведено лечение зубов и корневых каналов с высокой точностью и тщательностью, обеспечено применение более щадящей обработки тканей.

Выводы. При использовании оптических систем повышается острота зрения, снижается зрительное напряжение, обеспечивается эргономичное положение тела врача [4]. Оптические системы обеспечивают высокую точность в работе врача, облегчают и расширяют возможности диагностики и лечения в стоматологии [5].

Список литературы.

1. Луцкая И.К., Лопатин О.А., Новак Н.В. Оптические системы в стоматологии: Инструкция Минздрава Республики Беларусь № 110-127 от 06.06.2008.
2. Пиголев А. Роль операционного микроскопа в эндодонтической практике.- Харьков, 2011
3. Burton J.F., Bridgeman G.F. // Quint. Int.-1991.- Vol. 22.- P.879-882.
4. Whitehead S.A., Wilson N.H.F. // Quint. Int.-1992.- Vol. 23.- P.667-671.
5. Woo G.C., Ing B. // Can. Den. Assoc. J.- 1998.- Vol. 54.- P.447-449.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ

Оробинская Я.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Честникова С.Э.

Актуальность исследования. Верхнечелюстные пазухи находятся в единой клинико-анатомической связи со всеми структурами носа, особенно с остиомеатальным комплексом. Патологические изменения в этой области и полости носа (искривление перегородки носа, гипертрофия средней и нижней носовых раковин, крючковидного отростка, решётчатого пузыря) усугубляют течение одонтогенного верхнечелюстного синусита (ОВС), ведут к блокаде соустья пазухи и, тем самым, способствуют хронизации патологического процесса, который может протекать с тотальным поражением всех стенок верхнечелюстной пазухи, утолщением собственного слоя, полипозными и кистозными изменениями слизистой оболочки. Причиной, способствующими обострению скрыто текущего хронического воспалительного процесса, являются врачебные манипуляции в области альвеолярного отростка (в том числе экстракция зубов, осложненная перфорацией дна верхнечелюстной пазухи), а также риногенные причины, вызывающие блокаду естественного соустья верхнечелюстной пазухи с полостью носа.

По клиническим и морфологическим проявлениям такой ОВС напоминает риногенный.

Актуальность исследования обусловлена ростом числа пациентов с ОВС, количество которых увеличивается с каждым годом и на данный момент составляет до 29-30% от общего числа больных с синуситами. По данным статистики 15% из них имеет сочетанную патологию носа и околоносовых пазух, что требует комбинированного, современного подхода к лечению этой группы пациентов.

Целью работы является повышение эффективности лечения ОВС.

Материалы и методы исследования: с 2015 по 2018 годы под нашим наблюдением находилось 34 пациента с ОВС в сочетании с патологией эндоназальных структур. (Таблица 1)

Всем 34 больным выполнялись одномоментные сочетанные эндоскопические операции на верхнечелюстной пазухе, патологически измененных эндоназальных структурах и пластическое закрытие ороантрального дефекта. Септопластика произведена 11 больным, конхотомия средней носовой раковины – 2 больным, коррекция гипертрофированной средней носовой раковины – 5 больным, конхотомия нижней носовой раковины – 1 больному, этмоидотомия – 8, полипотомия – 3, подслизистая вазотомия нижней носовой раковины – 4. В случае необходимости одновременно выполнялись операции на перегородке носа, раковинах и коррекция остиомеатального комплекса.

Таблица 1. Сочетание ОВС с другой патологией носа

Наличие изменений в носу	Количество больных	Из них оперировано
искривление перегородки носа	14	11
гипертрофия средней носовой раковины	7	7
передний этмоидит, в том числе полипозный	6 3	6 3
тотальный этмоидит	2	2
гипертрофия нижней носовой раковины	5	5

Для предотвращения рецидива ОВС формировали равный просвет обеих половин носа, что обеспечивало оптимальную скорость, направление воздушной струи в полости носа и нормальный воздухообмен в верхнечелюстных пазухах.

Результаты и обсуждения. Применение одномоментных способов хирургического лечения больных ОВС привело к восстановлению функций носового дыхания и аэрации пазух, уменьшению временной нетрудоспособности, так как реабилитационный период у этих пациентов был минимален из-за малой травматичности хирургических способов. Результаты лечения прослежены у всех больных в ближайшие и отдалённые сроки (1-2 года). Рецидивов ОВС не отмечено.

Выводы. При наличии у пациента с ОВС патологии структур остиомеатального комплекса, синусит может протекать как риногенный с тотальным поражением слизистой оболочки всех стенок пазухи. Для определения тактики и объёма лечения больных хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом необходимо комплексное обследование пациентов, включающее компьютерную томографию околоносовых пазух и эндоскопию полости носа. При нарушении архитектоники полости носа необходимо своевременное проведение эндоскопического хирургического вмешательства, направленного на восстановление архитектоники полости носа и проходимости естественного соустья верхнечелюстной пазухи.

Список литературы.

1. Антушева И.А. Аэродинамические аспекты острых и хронических риносинуситов: Автореферат дис. канд. мед. наук / И.А. Антушева.- СПб, 2005.
2. Пальчун, В.Т. Экстренная патология носа и околоносовых пазух / В.Т. Пальчун, Н.А. Кунельская, Н.М. Кислова // Вестн. Оториноларингологии. 1998. – № 3.
3. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – М.: «Миклош», 2006. 390 с.
4. Пискунов, Г.З. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух / Г.З. Пискунов, А.С. Лопатин. М., 1992.
5. Сравнительный анализ результатов различных методов хирургического лечения перфоративного верхнечелюстного синусита / С.П. Сысолятин, А.С. Лопатин, П.Г. Сысолятин, Т.А. Дворникова и др. // Рос. Ринология. -2004.-№ 4.
6. Туровский, А.Б. «Фактив» в консервативной терапии одонтогенного верхнечелюстного- синусита / А.Б. Туровский, Г.Ю. Царапкин // Тез. V Всероссийской науч.-практич. конф. оториноларингологов,- М., 2006.

ГАЛЬВАНИЗМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Паришуква А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Фелькер Е.В.

Актуальность исследования. В настоящее время широко распространено использование металлических сплавов в ортопедической стоматологии. В связи с этим учащаются случаи возникновения гальванического синдрома в полости рта. Данное явление не только тревожит пациента неприятными симптомами, а также может привести к тяжелым последствиям.

Цель исследования состоит в определении наиболее частых причин возникновения гальванического синдрома в полости рта пациента и сопутствующих ему осложнений.

Использование металлических сплавов при изготовлении ортопедических конструкций может привести как к аллергическим реакциям, так и к действию силы токов, которые в ротовой полости проявляются неприятными ощущениями. В современной медицине используются такие металлы, как никель, хром, титан, нержавеющая сталь, золото, платина и др. При этом, чем больше металлов находится в ротовой полости пациента, тем выше риск возникновения гальванического синдрома. Поэтому самой распространенной причиной гальванизма является избыток металлов и металлических сплавов (разных по составу) в ротовой полости. Риск развития заболевания может быть связан с изначальным дефектом ортопедической конструкции (например, большое количество припоя). Также в возникновении данного явления имеют место индивидуальные особенности пациента. У пациентов, склонных к аллергическим реакциям, шанс возникновения гальванического синдрома будет весьма высоким. Биохимические изменения в составе ротовой жидкости и токсико-химические реакции в полости рта также будут провоцировать развитие гальванизма и последующих воспалительных заболеваний [1].

Гальванический синдром может проявляться следующими симптомами: жжение слизистой оболочки и неприятный металлический привкус во рту, изменение вкусовых ощущений или вовсе их отсутствие, 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.

Осложнения от гальванизма могут быть различными, от возникновения стоматитов и гингивитов, вплоть до перерождения нормальных клеток организма в злокачественные образования. Гальванический синдром действительно способствует возникновению предракового состояния – лейкоплакии, а также раку мягких тканей челюстно-лицевой области. Помимо местных изменений в ротовой полости, происходят изменения в работе дыхательной, кровеносной, нервной и других жизненно важных системах организма. Развитие гальванических токов провоцирует разрушение мышечной ткани, что приведет к эстетическому дефекту. Из этого следует, что гальванический синдром подлежит незамедлительному лечению.

Принцип лечения гальванического синдрома основывается на этиологии, то есть направлен на устранение причины возникновения данного явления. Чтобы избавиться от причины, следует удалить из полости рта все металлические элементы или заменить их на безметалловые конструкции. После этого все симптомы проходят сами собой, но на полное выздоровление требуются месяцы и годы. Повторное протезирование возможно только после

полного восстановления организма, при этом следует использовать металлические протезы из одного сплава. Также лечение основывается на характере возникших осложнений. В большинстве случаев это медикаментозная терапия (антибактериальные и противовоспалительные препараты, иммуностимуляторы, общеукрепляющие средства и др.), но имеет место хирургическое вмешательство, если говорить о вскрытии гнойных образований в полости рта. Профилактикой гальванического синдрома является использование одинаковых по составу металлических конструкций, соблюдение гигиены полости рта и регулярное посещение врача стоматолога.

Можно сделать вывод, что гальванический синдром является одним из самых тяжелых осложнений протезирования, который вызывает как местные, так и общие патологические изменения в организме человека. Соблюдая профилактические мероприятия, существенно снижается риск возникновения гальванизма и сопутствующих ему осложнений. При возникновении любого симптома из всех выше перечисленных, следует немедленно обратиться к врачу стоматологу, так как последствия гальванического синдрома являются весьма тяжелыми.

Список литературы.

1. Лебедев К.А. Принципы определения гальванических токов в полости рта и их клиническое обоснование / К.А. Лебедев, Ю.М. Максимовский, К.Н. Саган, А.В. Митронин // Стоматология. – 2007. – № 3. -С. 11-16.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВКЛАДКАМИ

Паршукова А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Бароян М.А.

Актуальность исследования. В настоящее время существенно увеличилось количество врачебных ошибок, в том числе и в области стоматологии. При пренебрежении своим теоретическим уровнем знаний и профессиональными обязанностями допускаются врачебные ошибки и сопутствующие им осложнения.

Целью исследования является выявление основных причин возникновения ошибок при протезировании зубов вкладками, а также возникновения сопутствующих им осложнений.

Изготавливая ортопедическую конструкцию, следует придерживаться определенных правил. Во-первых, проводится учёт следующих факторов: состояние полости рта, характеристика дефекта и место его расположения, особенности окружающих тканей протезируемого зуба, состояние здоровья пациента, вид прикуса и др. Во-вторых, использовать диагностические методы

обследования для выявления возможных скрытых дефектов коронковой части зуба, а также хронических воспалений и патологий корневых каналов. В-третьих, ответственно подходить к своему профессиональному делу на различных этапах изготовления вкладок.

Ошибки при протезировании могут возникать на любом этапе протезирования как клиническом, так и лабораторном. На клиническом приеме у врача стоматолога-ортопеда возможны такие ошибки, как неправильное снятие оттиска, вскрытие пульпарной камеры, отсутствие параллельности стенок, остаток некротизированного дентина в полости, что впоследствии приведет к возникновению вторичного кариеса под вкладкой, отлом стенки зуба, а также неправильное формирование полости в целом. На данном этапе имеется риск возникновения ошибок, связанных с некорректным введением восковой репродукции в сформированную полость и, как следствие, неправильное изготовление вкладки, нарушение в цементировании, что приводит к отлому и выпадению вкладки [1]. В зуботехнической лаборатории также возможны ошибки. Они связаны с нарушением технологий изготовления вкладок. В данный этап можно отнести неправильную полимеризацию (избыток/недостаток мономера, начало отделки до полного затвердевания пластмассы, введение в полость пластмассы до начала полимеризации – появление тянущих нитей). Данные ошибки влекут за собой как нарушение анатомической формы ортопедической конструкции, так и выпадение вкладки из полости. Половина успеха правильного ортопедического лечения зависит от зубного техника. Несоблюдение определенных правил изготовления зубных протезов приводит в дальнейшем к осложнениям. Чаще всего это ошибки в неточном изготовлении гипсовых моделей, плохом литье каркасов, неправильной моделировке режущей или жевательной поверхности зубов зубным техником. Любая ошибка является недопустимой и подлежит исправлению.

Неправильное протезирование влечёт за собой возникновение следующих осложнений: заболевание твёрдых и мягких тканей под ортопедической конструкцией (кариес, травма обнаженной пульпы, периодонтит); возникновение пародонтита; аллергические реакции на материалы, используемые при протезировании; гальванический синдром; сколы и стирание естественных зубов; нарушение окклюзионной плоскости; боли и патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе; изменение прикуса [2].

Существуют определенные меры профилактики, позволяющие избежать возникновения ошибок при протезировании. Это, в первую очередь, правильно выбранный метод лечения в зависимости от характера дефекта, а также правильно подобранная ортопедическая конструкция; соблюдение всех правил и принципов протезирования; использование дополнительных методов диагностики для подтверждения поставленного диагноза. Одним из главных диагностических мероприятий является рентген-диагностика, которая позволяет выявить патологические изменения в твердых и мягких тканях, определить обнаженную пульпу, изменения в периапикальных тканях зуба

и возможные заболевания верхушки корня зуба. Также для устранения возникающих сомнений в поставленном диагнозе или выборе метода лечения молодым специалистам следует консультироваться у более опытных врачей-стоматологов.

От возникновения ошибок в стоматологической практике не застрахован ни один специалист, но придерживаясь всех правил протезирования, риск возникновения ошибок и осложнений существенно снижется. Из всего выше перечисленного можно сделать вывод, что современные диагностические мероприятия, высокий уровень теоретических знаний, а также профессиональный подход врача стоматолога-ортопеда к своему делу позволяет избежать возникновения ошибок и сопутствующих им осложнений.

Список литературы.

1. Аболмасов, Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов. – СГМА, 200 – 576 с.
2. Копейкин В. Н. Руководство по ортопедической стоматологии. – М.: Медицина, 1993.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПО ДАННЫМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ «КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 ИМ. Н.С. КОРОТКОВА»

Пенкина К.Ю.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра офтальмологии**

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры Березников А.И.

Актуальность исследования состоит в распространенности данной патологии в практической деятельности врача-офтальмолога. В настоящее время число больных постоянно растет, причем отмечается рост числа пациентов трудоспособного возраста. Оптические нейропатии до сих пор остаются одной из причин слепоты и слабовидения, несмотря на достижения современной офтальмологии [2]. Наиболее сложной задачей является лечение данного заболевания. Это связано с наличием у пациентов фоновых заболеваний, приводящих к нарушениям гемодинамики, повреждению сосудистой стенки, тонуса сосудов, изменениям коагуляционных свойств крови [1].

Целью исследования является оценка качества жизни больных, страдающих сосудистым заболеванием зрительного нерва до и после проведенного лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 47 больных, проходящих лечение в ОГБУЗ Курская городская больница № 1 им. Короткова по поводу сосудистой патологии зрительного нерва. Из них 29 человек – мужчины,

18 – женщины. Возраст больных колебался от 30 до 90 лет. Всем больным проводилось комплексное лечение с учетом общей сосудистой патологии, состояния свертывающей системы крови и липидного обмена. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36 Health Status Survey.

Результаты и обсуждения. Сосудистая патология зрительного нерва подразделяется на артериальную, венозную и смешанную. В данном исследовании преобладает смешанный тип сосудистой нейропатии и составляет 63,83%.

До проведенного лечения наибольшая острота зрения наблюдалась при венозном типе сосудистой патологии зрительного нерва и составляла 50%, а наименьшая – при артериальном типе – 30% (таблица 1).

Таблица 1. Острота зрения пациентов до проведенного лечения

VIS	Артериальный тип	Венозный тип	Смешанный тип
n	0,3	0,5	0,4
%	30%	50%	40%

В качестве лечения было использовано 2 метода: консервативное и комбинированное.

Консервативное лечение включало в себя следующие препараты: дексаметазон, атропин, гепарин, никотиновая кислота, эмоксипин, трентал, папаверин, мельдронат, пентоксифиллин, кардионат. Чаще всего в терапии применялось сочетание дексаметазона, атропина и гепарина (около 90%), вводимых ретробульбарно, часто к этому сочетанию добавляли никотиновую кислоту (59,57%) и эмоксипин под конъюнктиву и под кожу сосцевидного отростка (51,06%). Меньше всего в качестве лечения использовали пентоксифиллин (4,25%) и кардионат (2,13%) (диаграмма 1).

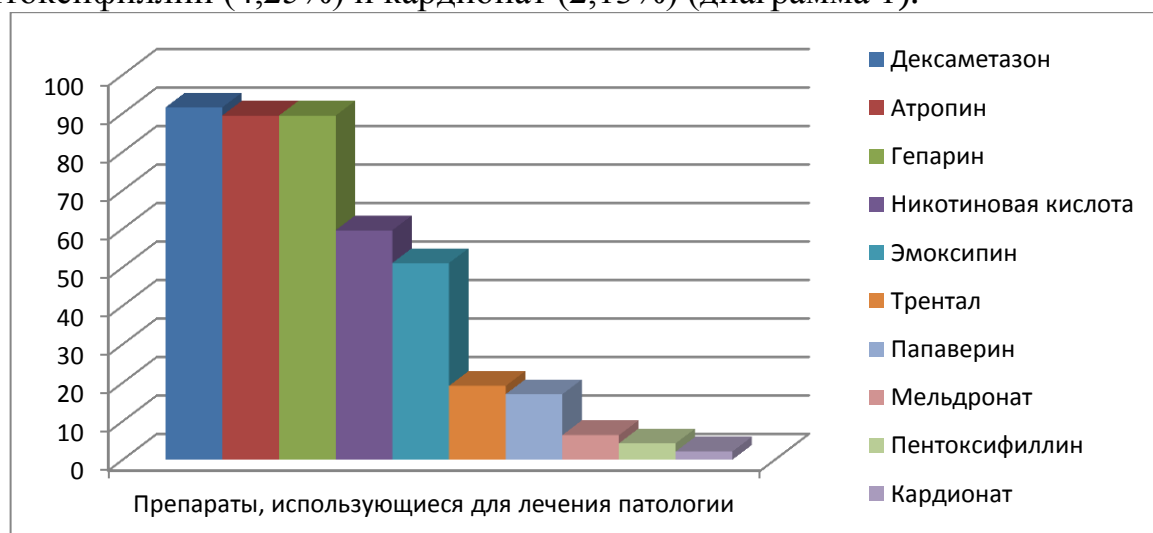


Диаграмма 1. Процентное соотношение препаратов, используемых в качестве консервативного лечения

В качестве комбинированного лечения использовалось сочетание консервативного и оперативного методов. 6,38% пациентов была проведена катетеризация ретробульбарного пространства под местной анестезией.

После проведенного лечения острота зрения повысилась на 20%, чего нельзя сказать о смешанном типе сосудистой нейропатии, где этот показатель составил 9% (таблица 2).

Таблица 2. Изменение качества остроты зрения после проведенного лечения

VIS	Артериальный тип	Венозный тип	Смешанный тип
%	20%	20%	9%

Была проведена оценка качества жизни пациентов по опроснику SF-36 (таблица 3).

Таблица 3. Оценка качества жизни

Шкала SF-36	Здоровые лица (n=47)	Лица с сосудистой патологией зрительного нерва до лечения (n=47)	Лица с сосудистой патологией зрительного нерва после лечения (n=47)	p
Физический фактор	95,3±4,58	40,04±5,44	85,41±1,79	<0,05
Ролевой фактор	93,93±4,41	1,49±0,88	51,55±2,45	<0,05
Фактор боли	94,44±4,37	50,76±4,02	52,63±2,55	<0,05
Общее ощущение здоровья	94,63±4,16	1,57±0,83	41,10±1,61	<0,05
Жизненная активность	95,09±3,62	36,95±2,21	52,27±2,52	<0,05
Социальный фактор	98,13±3	38,27±1,88	36,32±2,18	<0,05
Психическое здоровье	83,7±6,86	21,17±2,20	44,40±2,06	<0,05
Эмоциональная роль	95,32±2,56	1,63±0,76	32,89±4,52	<0,05
Физический компонент здоровья	59,98±3,41	27,61±2,29	43,38±1,36	<0,05
Психический компонент здоровья	59,3±3,6	20,93±1,93	31,59±4,37	<0,05

Из представленной таблицы видно, что качество жизни больных сосудистыми заболеваниями зрительного нерва после лечения повысилось по всем критериям.

Вывод: была проведена оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 Health Status Survey. Выявлено, что показатели качества жизни на фоне лечения сосудистой патологии зрительного нерва повысились в плане физического компонента здоровья на 15,77%, психического компонента здоровья на 10,66%.

Список литературы.

1. Березников А.И., Филиппенко Н.Г. Применение мельдония в лечении нарушения кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва // Научные ведомости. – 2012.-№ 22.- С. 74-77.
2. Шеремет Н.Л. Диагностика оптических нейропатий различного генеза: дис. ... д-р медицинских наук: 4.01.07.-М., 2015.

ВОЗБУДИТЕЛИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ ЗА 2019 ГОД ПО КУРСКУ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Плохотина А.Ю

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мезенцева О.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема рациональной антибиотикотерапии острых и хронических риносинуситов является одной из наиболее важных в современной оториноларингологии [1,2]. Выбор оптимального антибиотика для лечения пациента с бактериальным синуситом осложняется тем, что спектр возбудителей заболевания динамичен и представлен в том числе некоторыми микроорганизмами, демонстрирующими резистентность к применяемым препаратам [4].

Следует учитывать, что от вида микробного возбудителя напрямую зависит дальнейшее течение инфекционного процесса и особенности морфологических изменений в ЛОР-органах [2,3].

Цель исследования: выявление основных возбудителей острых и хронических риносинуситов по Курску и Курской области в 2019 году.

Материалы и методы. Истории болезни 74 пациентов, страдающих острыми и хроническими риносинуситами и находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении КОКБ в 2019 году.

Результаты и обсуждения. После проведения ретроспективного анализа результатов бактериологического посева содержимого полости носа с целью обнаружения микроорганизма-возбудителя было установлено, что у преобладающего большинства больных – 70 человек (94,63%) инфекционный процесс был обусловлен одним возбудителем, у 4 человек (5,47%) – ассоциацией нескольких возбудителей.

В процессе исследования был выявлен ряд наиболее частых возбудителей острых риносинуситов – 52 случая среди 72 исследуемых.

Первое место среди возбудителей занял *Staphylococcus epidermidis*, выявленный у 16 больных, что составляет 30,81% от общего количества. Вторым по частоте микроорганизмом является *Staphylococcus aureus*, выделенный у 10 пациентов (19,32%). Третий по частоте возбудитель – *Streptococcus pyogenes*, выделенный у 5 пациентов (9,73%). У 4 пациентов по

данным бактериологического посева получена *Klebsiella pneumoniae* (7,72%), ещё у 4 *Staphylococcus haemolyticus* (7,72%).

Также были выявлены *E. Coli* у 3 пациентов (5,84%), *Acinetobacter* – у 3 пациентов (5,84%), *Proteus vulgaris* – у 1 пациента (1,91%), *Streptococcus equi* – у 1 пациента (1,91%), *Citrobacter sp* – у 1 пациента (1,91%), *Enterobacter aerogenes* – у 1 пациента (1,91%), *Citrobacter freundii* – у 1 пациента (1,91%), *Pseudomonas aeruginosa* – у 1 пациента (1,91%), *Enterococcus faecium* – у 1 пациента (1,91%).

Среди 72 исследуемых хронический синусит был диагностирован в 18 случаях.

Среди этих 18 случаев лидирующую позицию занимал возбудитель *Staphylococcus epidermidis*, выявленный у 8 пациентов (44,61%). Вторым по частоте возбудителем является *Klebsiella pneumoniae* – получен в 5 случаях, что соответствует 27,91%. *Staphylococcus haemolyticus* получен у 1 пациента с хроническим синуситом (5,54%), *Citrobacter sp* – у 1 пациента (5,54%), *Streptococcus equi* – у 1 пациента (5,54%), *Enterobacter aerogenes* – у 1 пациента (5,54%), *Staphylococcus saprophyticus* – у 1 пациента (5,54%).

Выводы:

1. Лидирующую позицию среди возбудителей острых заболеваний полости носа занимают: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*

2. Возбудителями, наиболее часто вызывающими развитие хронических воспалительных заболеваний полости носа, являются: *Staphylococcus epidermidis* и *Klebsiella pneumoniae*.

Список литературы.

1. Клинико-иммунологическое обоснование применения топического бактериального иммунокорректора со свойствами вакцин ИРС19® в профилактике заболевании верхних дыхательных путей у детей / М.Р. Богомильский, Т.П. Маркова, Т.И. Гаращенко и др. // Детский доктор. – 2000. – № 2. – С.11-14.

2. Крюков А.И., Туровский А.Б., Талалайко Ю.В. Синусит в опыте врача общей практики // РМЖ. – 2010. – № 7. – С.435-438.

3. Пискунов, С.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух / С. Пискунов, Г.З. Пискунов. – Воронеж, 1991. – 182 с.

4. Bartlett J.G. IDCP guidelines: management of upper respiratory tract infections. Infect. Dis Clin Practice. 2015, 6:212-20.

5. Bolger, W.E., D. Leonard, E.J. Dick, Jr., and P. Stierna Gram negative sinusitis: a bacteriologic and histological study in rabbits Am J Rhinol 2016; 11(1): p. 15-25.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ЖИВОТНОЕ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Пономарёва М.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов В.С.

Актуальность исследования состоит в том, что выбор лабораторного животного является важным аспектом успешного проведения экспериментов в ринологии. Данные о морфологии носа и околоносовых пазух животных очень разбросаны, что заставляет экспериментатора долго изучать литературу различных отраслей биологии. Результаты проведенной работы помогут в выборе животного для изучения околоносовых пазух без затраты большого количества времени на изучение различной литературы.

Целью данной работы являлось выявление экспериментального животного, наиболее подходящего для исследования околоносовых пазух, а также описание их анатомических особенностей.

Материалы и методы: был проведен анализ отечественных и зарубежных публикаций, описывающих анатомию и морфологию носа и околоносовых пазух у таких лабораторных животных, как кролики, крысы и собаки [1-5].

Результаты. Выяснилось, что у крыс присутствуют носовые раковины, но околоносовых пазух почти нет, кроме того, они маленького размера. Верхнечелюстная пазуха у собак относительно мала, а лобные пазухи большие и часто каждая делится еще на две отделенные друг от друга камеры, сообщающиеся с носовой полостью собственным ходом. Однако, собаки очень долго растут (порядка 9 месяцев) и порой агрессивны, поэтому их достаточно сложно использовать в исследованиях.

У кроликов хорошо развиты эндоназальные [3] структуры и околоносовые пазухи, взрослая особь достигает достаточно больших размеров. Кроме того, кролики быстро растут (3-4 месяца), являются спокойными животными, доступны в вивариях.

Анатомические особенности околоносовых пазух кролика. У кроликов лобные и клинонебные кости редуцированы, сохраняются только верхнечелюстные.

Верхнечелюстная пазуха является самой большой [2]. Спереди она доходит до уровня третьего коренного зуба, а сзади достигает костного слезного пузыря. Пазуха сообщается широким носочелюстным ходом со средним носовым ходом медиально на уровне 5-6-го коренных зубов, дорсокаудально имеется сообщение с полостью слезной кости, а вентрально – с нёбной пазухой.

Верхнечелюстная пазуха кролика объединяет часть воздушных полостей, имеющих в решетчатой кости, и воздушную полость верхнечелюстной кости, составляющую ее большую часть, вследствие чего пазуха и носит название верхнечелюстной пазухи. Пазуха разделена на три сообщающиеся между собой полости, которые расположены одна над другой [3]. С полостью носа

верхнечелюстная пазуха сообщается через соустье, располагающееся впереди решетчатой кости.

Вывод. Проведенный анализ отечественных и зарубежных публикаций установил, что животным, наиболее подходящим для проведения экспериментальных исследований в ринологии является кролик.

Список литературы.

1. Дорош, М.В. Болезни кроликов и нутрий / М.В. Дорош. – М.: Вече, 2006.
2. Жеденов, В.И. Анатомия кролика / В.И. Жеденов, С.С. Бигдан, В.П. Лукьянова. – М.: Советская наука, 1957.
3. Карпилов, Г.Х. Нос и придаточные полости у лабораторных амфибий, птиц и грызунов / Г.Х. Карпилов. – Витебск: изд-во ВГМИ, 1940.
4. Старикова, Н.П. Анатомия мясопромышленных животных. Учебное пособие / Н.П. Старикова. – Хабаровск: РИЦ ХГАЭП, 2003.
5. Хрусталева, И.В. Анатомия домашних животных / И.В. Хрусталева, Н.В. Михайлов, Я.И. Шнейберг. – 2-е изд., стереотип. – М.: Колос, 1994.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Примушко П.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к.м.н. Никитин Н.А.

Актуальность исследования. Проблема аллергических ринитов у детей сегодня по-прежнему чрезвычайно актуальна. Это объясняется прежде всего их высоким удельным весом в структуре аллергических болезней (60-70%) и достаточно большой распространенностью в детской популяции (10-15%). Также нередко оториноларингологии не диагностируют аллергический ринит, что отражается на некорректном лечении пациентов, и как следствие, появлению осложнений заболевания.

Клинические симптомы заболевания характерные для больных с аллергическим ринитом сводятся к ринорее – слизистому отделяемому из носа, чиханию, нередко приступообразному, зуду, реже проявляется чувство жжения в носу. При этом необходимо учитывать не только жалобы со стороны ребенка, но и жалобы, которые предъявляют их родители.

Аллергический ринит классифицируется на интермиттирующий, симптомы которого длятся менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году, и персистирующий (сезонный или круглогодичный, хронический, длительный) АР (симптомы ≥ 4 дней в неделю или ≥ 4 нед. в году).

Диагноз аллергического ринита подтверждают положительные результаты проведения кожного тестирования с набором стандартных

аллергенов, а также высокий уровень общего и специфического IgE и эозинофилов в крови и носовом секрете, при проведении микроскопического исследования слизистой оболочки полости носа – риноцитограммы.

Дифференциальная диагностика аллергического ринита проводится с вазомоторным ринитом, которым как правило страдают дети старшего возраста; с медикаментозным ринитом; с неаллергическим ринитом, с эозинофильным синдромом. Затруднение носового дыхания и заложенность носа также могут быть обусловлены искривлением носовой перегородки, хроническим полипозным риносинуситом, аденоидными вегетациями, наличием инородного тела или ринолитом в полости носа (встречается преимущественно у детей раннего возраста). Необходимо понимать тот факт, что наличие аллергического ринита у пациента не исключает возможность наличия сопутствующей патологии со стороны полости носа.

Современные методики комплексной диагностики аллергического ринита у детей предупреждают применение неадекватных, особенно оперативных, методов терапии, которые нередко приводят к развитию осложненных форм болезни и формированию хронического течения заболевания. Так, например, при выявлении аденоидных вегетаций у детей, страдающих аллергическим ринитом, вопрос о целесообразности проведения аденотомии должен решаться только при согласованности как оториноларинголога, так и аллерголога. В послеоперационном периоде у таких детей симптоматика заложенности носа и затруднения носового дыхания может проявляться уже через год, а иногда и раньше от момента проведения операции. Нередко же эти дети страдают рецидивирующими экссудативными отитами, и все вмешательства отохирургов только лишь усугубляют течение болезни.

Лечение детей, страдающих аллергическими ринитами, представляет собой трудную задачу. Оно проводится комплексно с использованием общих и местных методов воздействия на организм, а также с учетом индивидуальных особенностей больного ребенка. Фармакотерапия предусматривает использование медикаментозных препаратов, действие которых направлено на купирование острых проявлений аллергического ринита и предупреждение последующих обострений.

При неэффективности симптоматического лечения таким пациентам аллергологами проводится аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). АСИТ является единственным патогенетическим методом лечения IgE-зависимых аллергических заболеваний и заключается во введении возрастающих доз причиннозначимых аллергенов и обладает продолжительным профилактическим действием после ее завершения. Показанием к проведению АСИТ являются состояния, связанные с сенсibilизацией к аллергенам, полная элиминация которых невозможна, например, при пылевой аллергии, аллергии к домашней пыли, инсектной аллергии. АСИТ проводится только врачами-аллергологами и только в специализированных аллергологических кабинетах и клиниках.

Материалы и методы. В амбулаторно-поликлинических условиях нами были обследованы 22 ребенка, в возрасте от 5 до 18 лет, с диагнозом

аллергический ринит из них 13 мальчиков и 9 девочек. Диагностический алгоритм включал в себя: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки, отоэндоскопию, аллергологическое исследование (аллергоанамнез, определение уровня специфических IgE, эозинофилов крови, проведение скарификационных тестов, ринопаннограммы).

Результаты и обсуждения. Персистирующую форму аллергического ринита диагностировали у 18 (81,8%) пациентов, интермиттирующую – у 4 (18,2%). По тяжести течения аллергического ринита легкую степень диагностировали у 2 (9,9%) больных, среднетяжелую – у 14 (62,9%), тяжелую – у 6 (27,2%). При отоскопическом исследовании, включающим тимпанометрию у 4 детей с аллергическим ринитом выявлен двусторонний экссудативный средний отит.

При проведении оториноларингологического осмотра у 16 пациентов (72,7%) выявлены различные аномалии строения внутриносовых структур – в виде искривления носовой перегородки. При проведении видеоэндоскопического исследования носоглотки у 4 пациентов (18,2%) выявлено увеличение глоточной миндалины: 1 ребенок – 1 степени, у 2 детей – 2 степени и у 1 ребенка – 3 степени.

Всем без исключения больным были назначены интраназальные глюкокортикостероиды (мометазона фуроат) с местными антигистаминными препаратами (диметинден+фенилэфрин) у детей в период поллиноза. Результатами явились уменьшения основных проявлений аллергического ринита у 75% детей уже через 7 дней от начала применения препарата. К 14 дню 92% детей отмечали улучшение носового дыхания, уменьшение количества выделений из носа; после консервативного лечения заложенность носа сохранилась у 9,9% детей, в связи с наличием у них аденоидных вегетаций, и им потребовалось оперативное лечение – эндоскопическая аденотомия. Полученные результаты показывают успешность применения интраназальных глюкокортикостероидов в сочетании с местными антигистаминными препаратами у детей, страдающих аллергическим ринитом, а их применение ведет к достоверному уменьшению симптомов заболевания, улучшению носового дыхания и снижению заложенности носа.

Список литературы.

1. Данилова К.В. Терапия аллергического ринита: предпочтения специалистов / К.В. Данилова, И.М. Раздорская // Вестник оториноларингологии 2014; 3: 59–60.
2. Дробик О.С. Аллергический ринит: взгляд аллерголога / О.С. Дробик, А.Ю. Насунова // Вестник оториноларингологии. – 2014 – № 2 – С. 82–85.
3. Зайцева О.В. Подходы к диагностике и лечению аллергического ринита / О.В. Зайцева // Вестник оториноларингологии. – 2011 – № 5 – С. 62–65.
4. Исаев В.М., Чумаков Ф.И. Сезонная аллергия в оториноларингологии // Медицинская сестра. – 2002 – № 3 – С. 4–6.

5. Карпова Е.П. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у детей / Е.П. Карпова Д.А. Тулупов // Вестник оториноларингологии. – 2013 – № 5 – С. 73–76.
6. Лекманов А.У. Аллергический ринит / А.У. Лекманов // Газета «Здоровье детей». – 2003 – № 6 – С. 7
7. Лопатин А.С. Аллергический ринит // Русский медицинский журнал. – 2003 – Т. 11 – № 8 – С. 446–452.
8. Лопатин А.С. Аллергический ринит: определение, классификация, дифференциальная диагностика // Русский медицинский журнал. – 2002 – Т.6 – № 3 – С. 100–102.
9. Митин Ю.А. Клинико-иммунологические особенности аллергических ринитов при их сочетании с atopической бронхиальной астмой у детей / Митин Ю.А., Нестерова А.В. // Аллергология. – 2005 – № 2 – С. 1–7.
10. Нестерова А.В. Иммунопатогенетические особенности аллергического ринита при сочетании с atopической бронхиальной астмой у детей / Нестерова А.В., Нестеров А.С. // Современные проблемы науки и образования. – 2012 – № 5 – С. 8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D-ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рубан К.М., Решетов И.В., Святославов Д.С.

**Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова**

Кафедра пластической и реконструктивной хирургии.

Научный руководитель – к.м.н. Святославов Д.С.

Актуальность исследования состоит в том, что сегодня возрастает число пациентов с дефектами и деформациями нижней зоны лица как вследствие травм (неогнестрельного и огнестрельного ранений), так и из-за онкологической заболеваемости. Сегодня в структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (15,6%; 2015) после болезней системы кровообращения, опередив травмы и отравления. Показатель смертности населения России от злокачественных новообразований в 2016 г. составил 201,6 на 100 тыс. населения, за 10-летний период данный показатель достоверно не изменился. При этом за последние 10 лет существенно выросла заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта – с 4,49 до 6,12 на 100 тыс. населения, что составило 34,5% прироста данной патологии за 10 лет. Абсолютное число впервые выявленных пациентов со злокачественными опухолями полости рта в 2015 г. составило 6286 человек [2].

В восстановительной хирургии дефектов и деформаций челюстно-лицевой области за последние 50 лет хорошо описаны способы применения аваскулярных аутоотрансплантатов, формализированных

или лиофилизированных аллотрансплантатов, а также их комбинация (аутоаллотрансплантаты), или комбинированная остеопластика. С развитием цифровых технологий диагностики и планирования лечения, адекватных методов обезболивания, применением во время вмешательства современного оборудования, основанного на методах пьезохирургии, применением хирургами во время вмешательства оптических устройств с адекватным освещением выполнение таких вмешательств перестало быть сложной задачей и на первое место выходят проблемы, связанные с недостатками этих методов. К ним относятся: высокий риск отторжения, частая резорбция таких трансплантатов, трудности реабилитации таких пациентов современными ортопедическими конструкциями. Кроме того, после огнестрельных ранений и оперативного удаления злокачественных опухолей наряду с дефектом нижней челюсти образуются обширные дефекты мягких тканей лица, что требует сегодня новых подходов при восстановлении [1].

Сегодня лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области строится на принципах персонализации лечения. Основными этапами такого лечения являются цифровая диагностика; виртуальное планирование лечения, основанное на использовании результатов цифровой диагностики, подбор материала для 3D прототипирования имплантата, замещающего дефект, прототипирование данного имплантата методом фрезерования или 3D печати, установка имплантата и контроль функциональной нагрузки.

Целью исследования является хирургическое и гистологическое подтверждение применения 3D-титановых имплантатов марки ВТ 1-0 для реконструкции костных дефектов и изучение процессов остеоинтеграции.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 4 кроликах породы Шиншила. Масса животных 2,5–3 кг. Одного возраста. Трое самцов и самка. Во время эксперимента кролики прибывали в условиях вивария Сеченовского университета. Нами учитывались правила лабораторной практики РФ и стандарты GLP.

Животным были вживлены титановые имплантаты, полученные по технологии селективного лазерного спекания (SLS) с использованием 3D-принтера. Имплантаты (опытные образцы) подразделялись на 4 вида: центральная часть с отверстиями с размером ячеек в зонах остеоинтеграции 600–800 и 600–1000 мкм и центральная часть балочная с размерами ячеек 600–800 и 600–1000 мкм.

Имплантаты в рамках научного проекта: «Создание высокотехнологичного цифрового производства прецизионных металлических комплексов для имплантации на базе аддитивных технологий», номер соглашения 03.G25.31.0234 от 03.03.2017 предоставила Госкорпорация «Росатом».

Кроликам под комбинированным наркозом Рометар 0,25 в/м 0,05–0,1 на 1 кг массы тела и «Золетил» по 1–2 мг/кг по ДВ после подготовки и обработки операционного поля дополнительно инфильтрационной анестезией раствором «Ульттракаин Д-С» форте 1:100000 – 1,7 скальпелем производился

разрез до 3,0 см последовательно: кожи, жевательной мышцы. После подготовки операционного поля отсепарована надкостница и таким образом осуществлен доступ к телу нижней челюсти.

С помощью бормашины создавалось имплантационное ложе, которое соответствовало размерам имплантата, примерно 10 мм в длину и 5 мм в глубину. Титановый имплантат аккуратно помещался в сформированное ложе и фиксировался с двух сторон самонарезающимися винтами. После антисептической обработки рана над титановым имплантатом послойно ушивалась наглухо рассасывающимся шовным материалом.

Результаты и обсуждения. После операции животные наблюдались в условиях вивария. Во всех случаях раны зажили первичным натяжением. На R-граммах челюсти не было выявлено очагов деструкции костной ткани. Через 3 месяца кролики с помощью эфира выводились из эксперимента. Сегмент нижней челюсти с вживленным имплантатом удалялся для дальнейшего исследования. Интегрированный в костную ткань титановый имплантат подвергался исследованию в лаборатории патологоанатомического отделения НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. В месте стыка кости и имплантата наблюдался плотный контакт. Под увеличением в 400 раз наблюдалось сращение костной ткани с поверхностью имплантата. Из заключения врача-патологоанатома: «Были анализированы четыре фрагмента костной ткани размерами 4,0–3,0–1,5 см с металлическим имплантатом с мелкосетчатой поверхностью». Во всех четырех случаях латеральные края титановых имплантатов были плотно фиксированы к костной ткани, ячейки имплантата заполнены костной тканью. Краевые зоны плотно сращены с костной и окружающей фиброзно-мышечной тканью. При микроскопическом исследовании фрагментов костной ткани в месте крепления винтов титанового имплантата нет признаков гранулематозного воспаления. Губчатая кость с неравномерно утолщенной надкостницей и кортикальным слоем. Имеются небольшие участки лакунарной резорбции костных балок, в костномозговых ячейках – костный мозг. В периимплантационной зоне имеется слой плотной фиброзной ткани с фибробластами и формированием волокнистых структур, имеющих трабекулярное строение; незрелой костной ткани, имеющей петлистую структуру. Далее виден слой формирующихся костных балочек с большим количеством остеобластов по их периферии. Остеобласты имеют цилиндрическую форму, с крупными темными ядрами. Зон энхондрального окостенения нет. Широко идет процесс перестройки незрелой кости. По краям новых костных трабекул выявляются остеокласты. Пространство между трабекулами заполнено сетчатой ретикулярной тканью с расположенными в ней сосудами. В краевой зоне – в фиброзно-мышечной ткани имеются участки продуктивного воспаления вокруг небольших фрагментов костной ткани.

Выводы. Во всех четырех случаях установлена остеоинтеграция между имплантатом и костной тканью кролика. Дальнейшие клинические

исследования данной методики представляются перспективными. Таким образом внедрение современных технологий в хирургию позволяет создавать новые и высокоэффективные методы для лучшего лечения пациентов.

Список литературы.

1. Вербо Е.В., Неробеев А.И. Реконструкция лица реваскуляризированными аутооттрансплантатами. – 2008.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность). Москва. 2017.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Руденкова В.В., Суравьёва М.В.

**Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шляга И.Д.**

Актуальность исследования состоит в том, что проблема сенсоневральной тугоухости (СНТУ) приобретает все большее медицинское и социальное значение [2]. Сенсоневральная тугоухость включает в себя поражение структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центрального отдела слухового анализатора. Клинически СНТУ проявляется понижением слуха, что, как правило, сопровождается ощущением шума в ухе [4].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в оториноларингологии, число лиц с нарушениями слуха возрастает в значительной степени за счет сенсоневральной тугоухости [3].

Данная патология поражает все возрастные группы населения. Именно этим определяется важность вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с тугоухостью. Сенсоневральная тугоухость является профессиональной болезнью, развивается в основном у лиц трудоспособного возраста. Она может приводить к инвалидизации, что также определяет актуальность изучения данной проблемы [1].

Целью исследования является анализ группы пациентов с СНТУ, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2015–2018 годы

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 589 историй болезни пациентов с СНТУ в возрасте 17–85 лет, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2015–2018 годы

Результаты и обсуждения. В результате исследования было выявлено, что число пациентов с СНТУ в период с 2015 по 2018 г. составило 589 человек, количество женщин – 334 человека (56,7%), мужчин – 255 человек (43,3%).

Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст (лет)	Двусторонняя СНТУ		Возраст(лет)	Односторонняя СНТУ	
	Женщины	Мужчины		Женщины	Мужчины
17–25	10 (4,8%)	11 (6,4%)	17–25	15 (11,8%)	12 (14,6%)
26–40	23 (11,1%)	25 (14,5%)	26–40	13 (10,2%)	20 (24,4%)
41–60	96 (46,4%)	94 (54%)	41–60	67 (52,8%)	32 (39%)
61 и старше	78 (37,7%)	43 (25,1%)	61 и старше	32 (25,2%)	18 (22%)

Число пациентов с односторонней СНТУ – 209 человек (35,5%), с двусторонней – 380 человек (64,5%), среди двусторонней СНТУ с симметричным поражением – 315 человек, с асимметричным поражением – 65 человек.

Количество пациентов с СНТУ по степеням следующее: у 321 человека (54,5%) было выявлено снижение звуковосприятия на высоких частотах в пределах 26–40 дБ, что соответствует 1 степени СНТУ. У 154 человек (26,1%) СНТУ 2 степени со снижением звуковосприятия в пределах 41–55 дБ. 3 степень СНТУ (56–70 дБ) – у 33 человек (5,6%), 4 степень (71–90 дБ) – у 15 человек (2,6%).

Формы СНТУ приведены в таблице 2.

Таблица 2. Формы СНТУ

Острая	Двусторонняя	65	170 (28,9%)
	Односторонняя	105	
Подострая	Двусторонняя	7	16 (2,7%)
	Односторонняя	9	
Хроническая	Двусторонняя	308	403 (68,4%)
	Односторонняя	95	

Причинами, вызвавшими СНТУ, являются: инфекционные заболевания (ОРИ, корь, краснуха, менингит, паротит, простой герпес) – 76 человек (12,9%), сосудистые расстройства (артериальная гипертензия, атеросклероз БЦА, цереброваскулярная недостаточность головного мозга) – 192 человека (32,5%), остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) – 138 человек (23,4%), травматические агенты (ЧМТ, акутравма, механическая травма) – 23 человека (3,9%), длительное пребывание в шумной среде – 14 человек (2,4%), воспалительные процессы в среднем и внутреннем ухе (острый средний отит, обострение хронического) – 86 человек (14,6%), токсические поражения (ототоксические антибиотики) – 2 человека (0,34%), новообразования (опухоли мостомозжечкового угла, объемное образование головного мозга) – 4 человека (6,8%). 30 человек (5%) СНТУ имеют с детства.

В качестве лечения применялись сосудокорректирующие препараты (эмоксипин, винпоцетин, пирацетам), гистаминамиметики (бетагистин), физиотерапевтические процедуры (дарсонваль на заушную область, электрофорез с калия йодидом эндоурально, массаж ШОП), гипербарическая оксигенация.

Согласно исходу лечения из стационара было выписано: с улучшением – 501 человек (85%), с выздоровлением – 77 человек (13%), без перемен – 11 человек (2%).

Выводы. 1. В ЛОР-отделении УГОКБ в 2015–2018 годы с диагнозом СНТУ находилось на лечении 589 пациентов в возрасте 17–85 лет. СНТУ чаще встречается у женщин (56,7%), чем у мужчин (43,3%). 54,5% пациентов страдают 1 степенью СНТУ.

2. Односторонняя СНТУ была выявлена у 35,5%, двусторонняя – у 64,5%, среди двусторонней СНТУ с симметричным поражением – 315 человек, с асимметричным – 65 человек.

3. СНТУ чаще встречается среди лиц трудоспособного возраста (41–60 лет) независимо от пола.

4. Преобладает хроническая СНТУ – 68,3%. Острая СНТУ протекает чаще как односторонний процесс (17,8%), хроническая СНТУ – как двусторонний процесс (52,3%).

5. Наиболее частыми причинами являлись сосудистые расстройства – 32,5%, остеохондроз ШОП – 23,4%, воспалительные процессы в среднем и внутреннем ухе – 14,6%, инфекционные заболевания – 12,9%.

6. В качестве лечения применялись сосудокорректирующие препараты, гистаминамиметики, физиотерапевтические процедуры, гипербарическая оксигенация.

Список литературы

1. Остапкович В.Е. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В.Е. Остапкович, А.В. Брофман. М.: Медицина, 1982.–288с.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: руководство для врачей.–М.: Медицина, 2001.–616 с.
3. Ростовцев В.Н. Применение аудиоинвита в лечении нейросенсорной тугоухости / В.Н. Ростовцев, Р.В. Кофанов, К. Д. Шадрова // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. СПб.: РИА-АМИ, 2001.–С.253–254.
4. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие.–М.: Медицина, 1990.– 288 с.

СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА

Сергиенко Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Сидоров К.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что в последнее время с внедрением в рацион сильно обработанных продуктов, простых углеводов, газированных напитков, качество гигиены полости рта сильно снижается, что приводит к развитию кариеса и нарушению функций жевательного аппарата. И чем дольше существуют подобные дефекты, тем сложнее оказывать стоматологическую помощь.

Целью данной работы послужило желание обобщить данные о методах восстановления анатомической формы зуба и сформировать о них целостное представление.

Методы и материалы: книжные источники литературы, их анализ и обобщение информации.

Результаты и обобщения. В стоматологии существует огромное множество методов восстановления нарушенных функций зубов. В случае если площадь повреждения коронки не велика, возможно применение пломбировочных материалов для восполнения кариозной полости. Но при масштабном нарушении видимой части зуба, проблема заставляет находить наиболее эффективные методы восстановления функций и строения зубных рядов. Одним из таковых является микропротезирование, суть которого заключается в установке в полость протеза небольшого размера, выполненного из различных материалов. Помимо проблемы реставрации анатомии зуба, данный метод позволяет предупредить дальнейшее развитие патологических процессов в полости рта. [1]

В стоматологии представлен огромный ассортимент микропротезов, который способен помочь в большинстве клинических случаев. Применяются коронки, выполненные под различные задачи и из различных материалов: пластмассовые, цельнолитые, комбинированные, металлокерамические, керамические. Отдельного интереса заслуживают коронки и вкладки, выполненные по технологии CAD/CAM из диоксида циркония или e-max из пакуемой керамики. [2,4]

В работе врача стоматолога должен соблюдаться ряд требований, обязательных для выполнения. Соответствие этим требованиям позволяет выполнить реставрацию наиболее эффективно, предотвращая риск развития рецидива и сохраняя эстетику улыбки. К таковым относятся восстановление анатомии зубов, полное соблюдение контактных пунктов между соседними зубами и зубами-антагонистами, формирование экватора и тому подобное. [1]

Врач-стоматолог обязан соблюдать последовательность клинико-лабораторных этапов создания искусственных коронок: [3]

- Обследование, препарирование, получение оттисков
- Создание гипсовой модели искусственной коронки

- Проверка и диагностика предварительной работы
- Шлифовка и полировка конструкции
- Припасовка и фиксация.

От момента первого визита пациента, до фиксации работы несоблюдающий требования врач-стоматолог совершает ошибки, которые впоследствии приводят к расфиксации изделия, аллергическому действию на пародонт, к травматическому прикусу, воспалительным процессам полости рта и впоследствии к функциональным нарушениям пищеварительного тракта. [3]

Список литературы.

1. Аболмасов Н.Г.. Ортопедическая стоматология: учебник для студ. вузов // МЕДпресс-информ, Москва 2003. – 496 с.
2. Арутюнов С.Д.. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками// Молодая гвардия, Москва 2007. – 136с.
3. Бароян М.А., Сидоров К.Г., Зубкова А.А. Использование адгезивных средств при пользовании съемных конструкций // Университетская наука: взгляд в будущее, Курск 2018. – 484-488 с.
4. Бетельман, А.И. Ортопедическая стоматология // МЕДИЦИНА, Москва 1965. – 398 с.

АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ

Сковородко В.А., Макаров А.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н. Конопляник Е.В.

Введение. Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) рассматривается как мультифакторное заболевание, в патогенезе которого имеют значение биомеханические, гемодинамические, метаболические и иммунологические нарушения. Компенсация уровня ВГД в ряде случаев останавливает прогрессирование заболевания, однако снижение ВГД не всегда служит гарантией стабилизации зрительных функций, что было подтверждено рядом крупных многоцентровых исследований [1]. Современные гипотензивные препараты позволяют контролировать уровень ВГД, однако вопрос об эффективной нейропротекции до сих пор остается открытым. Согласно Руководству по вопросам глаукомы Европейского глаукомного общества, до сегодняшнего дня ни один препарат не показал уровня эффективности, достаточного для применения в качестве нейропротектора при лечении глаукомы [1]. Одним из препаратов с нейропротекторными свойствами, рекомендованным для комплексного лечения пациентов с глаукомой, является эмоксипин [2].

Цель: изучить эффективность препарата эмоксипин в комплексном лечении пациентов с первичной открытоугольной глаукомой при миопии.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты обследования 42 пациентов (78 глаз), находившихся под наблюдением на курсе офтальмологии УО «Гомельский государственный медицинский университет» в 2012 – 2016 гг., у которых при поступлении была впервые диагностирована ПОУГ. В исследование были включены пациенты с I стадией ПОУГ и средней степенью миопии. Всем пациентам было назначено местное гипотензивное лечение препаратом Тафлупрост 0,0015% (по 1 капле 1 раз в день вечером). Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и рефракции. Пациенты группы 1 (36 глаз) получали только гипотензивное лечение тафлупростом. Пациентам группы 2 (36 глаз) дополнительно назначался эмоксипин 3% по 5 мл № 10 внутривенно курсами 2 раза в год. Результаты лечения оценивались при первичном обращении, через 1 и 12 месяцев. Статистический анализ был проведен для некорригированной остроты зрения (НКОЗ), ВГД, показателей стандартной автоматизированной периметрии MD и PSD, толщины слоя нервных волокон сетчатки (ТСНВС), определенной методом лазерной поляриметрии. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (Statistica 13.3, StatSoft, USA). Описательная статистика для количественных данных представлена в виде медианы с интерквартильным размахом – Me [Q25%–Q75%]. Для сравнения двух независимых выборок применялся непараметрический критерий Манна-Уитни, для анализа результатов до и после лечения – критерий Вилкоксона. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов группы 1 рефракция составила -4,0 [-3,5; -5,0] D, ВГД – 27 [24; 30] мм рт.ст., в группе 2 – соответственно -4,15 [-3,5; -5,25] D и 27,4 [24,3; 29,9] мм рт.ст. Через 1 месяц после начала лечения ВГД в группе 1 снизилось на 5 мм рт.ст. (18,52%), в группе 2 – на 5,2 мм рт.ст. (18,98%), ($p < 0,05$). Через 1 год ВГД оставалось стабильным в обеих группах, статистически значимых различий по уровню ВГД между группами обнаружено не было ($p > 0,05$).

Величины НКОЗ и показатели периметрии MD и PSD у пациентов исследуемых групп представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1. Величина НКОЗ у пациентов исследуемых групп при обращении, через 1 и 12 месяцев наблюдения

Группа	НКОЗ		
	При обращении	Через 1 месяц	Через 12 месяцев
1	0,1 [0,08; 0,18]	0,12 [0,09; 0,2]	0,11 [0,08; 0,2]
2	0,1 [0,06; 0,2]	0,12 [0,07; 0,21]	0,12 [0,07; 0,2]

Таблица 2. Показатели стандартной автоматизированной периметрии MD и PSD при обращении, через 1 и 12 месяцев наблюдения

Группа	MD, dB			PSD, dB		
	При обращении	Через 1 месяц	Через 12 месяцев	При обращении	Через 1 месяц	Через 12 месяцев
1	-3,04 [-4,49; -0,92]	-2,89 [-4,07; -0,64]	-2,92 [-4,1; -0,72]	2,19 [1,63; 2,8]	2,15 [1,57; 2,6]	2,17 [1,63; 2,65]
2	-3,1 [-4,5; -1,01]	-2,9 [-4,1; -0,7]	-2,93 [-4,22; -0,8]	2,22 [1,7; 2,87]	2,18 [1,6; 2,7]	2,19 [1,64; 2,71]

Через 1 месяц после начала лечения как в группе 1, так и в группе 2 отмечалось повышение НКОЗ и показателей светочувствительности сетчатки. Через 1 год данные показатели оставались стабильными в обеих группах ($p>0,05$).

Показатели TCHBC по данным лазерной поляриметрии при обращении и через 12 месяцев лечения представлены в таблицах 3, 4.

Таблица 3. Показатели лазерной поляриметрии при обращении и через 12 месяцев наблюдения у пациентов группы 1

Показатель лазерной поляриметрии	При обращении	Через 12 месяцев	p
TSNIT Average, мкм	61,4 [57,2; 67,2]	62,0 [57,2; 67,3]	$>0,05$
Superior Average, мкм	71,3 [64,8; 76,3]	71,6 [64,8; 77,8]	$>0,05$
Inferior Average, мкм	72,9 [68,3; 80,6]	73,4 [69,3; 80,6]	$>0,05$
TSNIT Std. Dev.	23,6 [19,4; 26,9]	24,4 [20,6; 27,1]	$>0,05$
NFI	15,5 [11,0; 19,0]	15,5 [11,0; 19,0]	$>0,05$

Таблица 4. Показатели лазерной поляриметрии при обращении и через 12 месяцев наблюдения у пациентов группы 2

Показатель лазерной поляриметрии	При обращении	Через 12 месяцев	p
TSNIT Average, мкм	61,6 [58,0; 67,1]	62,0 [57,5; 67,2]	$>0,05$
Superior Average, мкм	71,45 [66,1; 74,9]	71,6 [65,2; 76,3]	$>0,05$
Inferior Average, мкм	73,15 [70,1; 79,3]	73,4 [70,1; 79,3]	$>0,05$
TSNIT Std. Dev.	24,0 [19,4; 26,8]	24,4 [20,3; 26,9]	$>0,05$
NFI	15,0 [11,0; 19,0]	15,5 [11,0; 19,0]	$>0,05$

При обращении показатели TCHBC в обеих группах пациентов находились в пределах нормы, через 12 месяцев наблюдения значимых изменений данных параметров не наблюдалось, различий показателей лазерной поляриметрии между группами не обнаружено ($p>0,05$).

Выводы. Снижение ВГД через 1 месяц применения препарата тафлупрост 0,0015% в группе 1 составило 5 мм рт.ст. (18,52%), в группе 2 – 5,2 мм рт.ст. (18,98%), ($p < 0,05$). Через 1 год показатели ВГД оставались стабильным в обеих группах. Через 1 месяц лечения НКОЗ и показатели компьютерной периметрии незначимо улучшились в обеих группах ($p > 0,05$), что может быть объяснено снижением ВГД и восстановлением функции обратимо измененных ганглиозных клеток сетчатки. Показатели лазерной поляриметрии у пациентов обеих групп при обращении были в пределах нормы, через 12 месяцев наблюдения различий в значениях ТСНВС как внутри групп, так и между группами не обнаружено ($p > 0,05$). Статистически значимых различий по уровню ВГД, НКОЗ, показателям компьютерной периметрии и лазерной поляриметрии через 1 и 12 месяцев лечения между исследованными группами пациентов обнаружено не было, что указывает на отсутствие заметного влияния препарата эмоксипин 3% на состояние слоя нервных волокон сетчатки, а также на функциональное состояние глаза в проведенном исследовании.

Список литературы.

1. Руководство по диагностике и лечению глаукомы в Республике Беларусь / Республиканское общество офтальмологов Республики Беларусь ; редкол.: Л. Н. Марченко [и др.]. – Минск, 2011. – 183 с.
2. EGS Terminology and Guidelines for Glaucoma (3rd Edition). Italy, DOGMA, 2008. – 184 p.

АНАЛИЗ ОПЫТА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТОНЗИЛГОН®Н ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ С СИМПТОМАТИКОЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА И КОЛИЧЕСТВА РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Сорокина Е.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Пискунов В.С.,

к.м.н. Никитин Н.А.

Актуальность исследования. Наибольшая заболеваемость острыми респираторными инфекциями отмечается у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Детей, подверженных частым рекуррентным эпизодам ОРВИ, в нашей стране принято называть часто болеющими детьми (ЧБД). К этой группе относятся дети, которые подвергаются повторному заражению дыхательных путей чаще 6 раз в год или, в эпидемический период (октябрь-май), чаще 1 раза в месяц [2, 4].

Наиболее распространенной формой острого воспаления на фоне ОРВИ у такой группы детей является тонзиллофарингит [1].

Для лечения тонзиллофарингитов на фоне ОРВИ современный фармрынок предлагает огромный выбор средств. Наиболее безопасной с точки зрения развития побочных и/или нежелательных реакций группой средств для лечения тонзиллофарингитов являются комплексные фитопрепараты, выпускаемые в различных формах (таблетки, сиропы, капли) [3].

Одним из таких фитопрепаратов является Тонзилгон[®] Н («Бионорика СЕ», Германия). Тонзилгон[®] Н относится к фитопрепаратам, имеющим стандартизированный спектр биологически активных веществ растительного происхождения, и содержит следующие компоненты: корень алтея, цветки ромашки, траву хвоща, одуванчика, тысячелистника, листья грецкого ореха, кору дуба [5].

Целью исследования является сравнение эффективности применения фитопрепарата Тонзилгон Н в качестве монотерапии, оценка его влияния на количество рецидивов заболевания, а также сравнение эффективности лечения боли в горле на фоне ОРВИ (тонзиллофарингит) с гомеопатическим и местным антисептическим препаратами у часто болеющих детей.

Дизайн исследования. Сравнительная оценка эффективности препаратов изучалась нами в открытом контролируемом проспективном рандомизированном сравнительном клиническом исследовании с участием детей в возрасте от 3 до 6 лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Курской областной клинической больницы с февраля по октябрь 2018г. (Бюджетное медицинское учреждение «Курская областная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области). Были сформулированы критерии включения и исключения детей в исследования. В соответствии с которыми в нем приняли участие 90 детей (по результатам контрольных осмотров в ходе исследования было исключено 16 детей) возрасте от 3 до 6 лет с диагнозом острый фарингит/тонзиллофарингит на фоне ОРВИ. При первичном обращении установлено, что у всех больных в анамнезе отмечались частые эпизоды респираторной инфекции с индексом резистентности 0,33 и более, из них ИР=0,33-0,49 – 63 человека, ИР=0,5-0,67 – 27 человек.

Результаты и обсуждения. Все включенные в исследование дети методом случайных чисел были разделены на три лечебные группы, сопоставимые по возрасту, полу и срокам обращения в клинику: I группу (n=25: 11 мальчиков и 14 девочек; средний возраст – $4,3 \pm 1,22$ года) составили пациенты, которым в качестве монотерапии острого тонзиллофарингита был назначен препарат Тонзилгон[®] Н капли по следующей схеме: 10 капель 5-6 раз в день 3 дня, далее по 10 капель 3 раза в день до дня 7; во II группу (n=25: 10 мальчиков и 15 девочек; средний возраст – $4,4 \pm 1,34$ года), вошли пациенты, получавшие гомеопатический препарат Ангин-Хель СД по следующей схеме: по 1 таблетке каждый час за 30 мин до еды или спустя 1 ч после приема пищи сублингвально 3 дня, далее по 1 таблетке 3 раза в день до дня 7; III группу (n=24: 12 мальчиков и 12 девочек; средний возраст – $4,4 \pm 1,36$ года), составили пациенты,

получавшие местный противовоспалительный препарат Ингалипт по 1 орошению в течение 1 секунды 4 раза в сутки после предварительного полоскания рта кипяченой водой. Лечение всеми препаратами продолжалось в течение 7 дней или до полного купирования заболевания.

Оценка выраженности болевого синдрома производилась родителями пациентов при помощи десятибалльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), в дневниках наблюдения они фиксировали динамику основных симптомов болезни: общее самочувствие, наличие боли в горле, нарушение ночного сна из-за боли, изменение дневной активности, подъема температуры тела, степень выраженности симптомов, ежедневный отчет о приеме.

Во время визитов больного (при первичном посещении, на третьи, седьмые, десятые и двенадцатые сутки) выполняли переднюю и заднюю риноскопию, отоскопию, фарингоскопию для оценки местных симптомов воспаления по четырехбалльной шкале; анализировали данные дневников, которые ежедневно заполняли родители; оценивали клиническую картину болезни, эффективность и безопасность изучаемого фитопрепарата; определяли дальнейшую тактику ведения больных (в частности, назначение антибиотика).

На момент обращения выраженность болевой реакции и фарингоскопическая картина ($p=0,357$) у детей всех групп были сопоставимы. На третьи сутки лечения все пациенты отмечали значительное уменьшение болевого синдрома, однако у больных первой группы выраженность болевого синдрома было достоверно меньше. У всех больных отмечено значительное улучшение фарингоскопической картины, однако аналогично с купированием болевого синдрома, положительная динамика была статистически значительно лучше у детей 1 группы ($p=0,043$).

К седьмым суткам терапии легкая болезненность или ощущение дискомфорта в горле у пациентов 1 группы не отмечалось, у пациентов второй группы – 16% и 8% у третьей группы. Фарингоскопическая картина нормализовалась у 86% детей первой группы, 62% детей второй группы и 75% – третьей группы ($p=0,328$), нормализация фарингоскопической картины у всех больных в первой группе наступила на 10 сутки, у больных второй группы – на 12 сутки, у больных третьей группы лечение препаратом Ингалипт было прекращено в связи с ограничением использования согласно инструкции по применению.

После проведения курса лечения больным фитопрепаратом Тонзилгон Н в течение 3 недель в дозировке 10 капель с кратностью 3 раза в день отмечено, что появление новых эпизодов ОРВИ в сроках наблюдения 3 месяца по сравнению с детьми второй группы сократилось в 2,5 раза: в первой группе больных – 2 (8%) рецидивов, во второй группе – 5 (20%) больных.

Побочных эффектов или аллергических реакций в ходе исследования при назначении всех трёх групп препаратов не было выделено ни в одном случае.

Выводы. Таким образом, применение местных антибактериальных препаратов является эффективным и достаточным у часто болеющих детей с ведущей симптоматикой тонзиллофарингита на фоне ОРВИ.

Полученные нами данные свидетельствуют о более высокой эффективности препарата Тонзилгон Н в качестве монотерапии по сравнению с гомеопатическим препаратом и лекарственным аэрозолем в купировании симптомов острого тонзиллофарингита. Тонзилгон Н позволяет сократить продолжительность симптомов ОРВИ.

Проведённое исследование позволяет сделать вывод о целесообразности включения препарата Тонзилгон Н в клиническую практику при лечении острого тонзиллофарингита у детей на фоне ОРВИ.

Высокая противовирусная эффективность, хорошая переносимость препарата позволяет применять его как в острый период для ускорения купирования симптоматики, так и для профилактики рецидивирования вирусных инфекций в работе с часто болеющими детьми.

Список литературы.

1. Дарманиян А.С., Бакрадзе М.Д. Проблема острого тонзиллита в детском возрасте // Медицинский совет. – 2013. – № 1.
2. Ключников С.О. и др. Часто болеющие дети // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 2 (Приложение).
3. Радциг Е.Ю. и др. Возможности препаратов природного происхождения в симптоматической терапии и профилактике воспалительных заболеваний глотки у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – № 5.
4. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Г.А. Самсыгина // Педиатрия. 2005. – № 1. – С. 66–73.
5. Солдатский Ю.Л., Онуфриева В.К., Гаспарян С.Ф. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей / Ю.Л. Солдатский, В.К. Онуфриева, С.Ф. Гаспарян // Здоровье ребенка. 2014. – № 1 (52). – С. 105-109.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Чевычелова О.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Брусенцова А.Е.

Актуальность исследования. Стоматологи терапевтического профиля занимают первое место по уровню профессиональной заболеваемости среди других стоматологических специализаций в связи со стремительным внедрением новых технологий и оборудования. Эти факты объясняют необходимость исследований условий режима труда, гигиенических

показателей в кабинетах, возникновением синдрома эмоционального выгорания [1.].

Целью исследования является оценка влияния производственных и психологических факторов на напряженность труда стоматолога терапевтического профиля для разработки ряда рекомендаций по их улучшению и сохранению здоровья путём внедрение специальных упражнений.

Материалы и методы. Эргономика кабинетов консультативно-диагностической поликлиники КГМУ города Курска отобрана материалами для исследования. Рандомизация проводилась в возрастной группе от 28 до 50 лет. Нами были оценены производственные и психологические факторы. Расчет профессиональных рисков производился по специальным формулам у каждого врача отдельно. Для социологического исследования была создана анкета, которая включала в себя основную часть, а также тестовые вопросы предложенные В.В. Бойко для диагностики эмоционального выгорания (рисунок 1).

Анкета

Возраст _____
Стаж работы _____
Сколько длится Ваш рабочий день? _____
Сколько времени вы отводите на перерыв? _____
Выполняете ли вы гимнастику на работе? _____
В какой из дней недели вы чувствуете наибольшую усталость после работы? _____
Беспокоят ли Вас головные боли после работы? _____
Беспокоят ли Вас боли в спине, суставах кисти? _____
Отмечалось ли у Вас ухудшение зрения _____
Беспокоят ли Вас частый кашель, першение в горле, чувство заложенности носа? _____
Обращались ли Вы при наличии симптомов указанных выше за квалифицированной
цинской помощью? _____
В каком возрасте у Вас впервые начали проявляться симптомы указанные выше? _____
Сколько раз в год вы болеете ОРВИ?

Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Учтите, что если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности — пациенты.

Рисунок 1. Основная часть анкеты для соц. опроса

Результаты и их обсуждения. Гигиенические показатели не соответствующие норме были занесены в специальную таблицу 1.

Таблица 1. Гигиенические показатели условий труда врачей-стоматологов терапевтического профиля

Гигиенический фактор	Класс опасности
Электромагнитное излучение	3.1
Освещение естественное и искусственное	3.1
Тяжесть труда врача стоматолога	3.1
Напряжённость труда врача стоматолога	3.1
Шум	3.1
Вибрация	3.1
Общая оценка трудового процесса	3.2

Исходя из полной оценки условий труда наблюдаются высокие показатели электромагнитного излучения за счёт использования полимеризационных ламп при пломбировании, недостаточный уровень естественного и искусственного освещения на рабочих местах; тяжестью и напряженностью трудового процесса связанная с вынужденной позой, высокий уровень шума исходящий от компрессора стоматологической установки и высокий вибрации при использовании стоматологического наконечника. Данные факторы являются вредными и опасными второй степени. Синдром эмоционального выгорания наблюдался у лиц, чей стаж работы превышал 20 лет.

Выводы. Данные показатели указывают на необходимость коррекции режима труда, наличие перерывов, использование социальных упражнений для снятия перенапряжения, налаживание производственной среды, применения специальных кресел, которые способствуют борьбе с вынужденной позой с целью сохранения здоровья врачей-стоматологов терапевтов.

Список литературы.

1. Авдеева И.А., Барышева Л.И., Воронина Л.А., Левин М.Я. О состоянии условий труда и заболеваемости стоматологов городских поликлиник – В кн.: Труд и здоровье медицинских работников. М., – 1979, С. 167 – 169.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Чевычелова О.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зубкова А.А.

Актуальность. На сегодняшний день цифровая стоматология привлекает особое внимание. С появлением 3D-печати открылась возможность создания объёмного трехмерного изображения моделей челюстей взамен плоскостным снимкам. Изготовление ортопедических конструкций путем цифровых технологий предполагает минимальные временные сроки, что является несомненным приоритетом среди других методик [1.].

Целью исследования является выявление положительных и отрицательных сторон при использовании цифровых технологий в ортопедической стоматологии на реальном клиническом примере изготовления временного мостовидного протеза, поиск и создание путей решений трудностей, возникающих при работе с цифровой системой CEREC.

Материалы и методы: Материалом исследования стала интраоральная система CEREC, ANYCUBIC Фотон SLA 3d принтер (рисунок 1), а также

цифровые изображения и модели челюстей, полученные при помощи технологии CAD/CAM. Основополагающими для предпринимаемого исследования стали клинический и описательный методы, включающие в себя изучение разнообразных источников литературы, сопоставление и обобщение полученного материала. В исследование также включалась непосредственная работа с изображениями и их моделирование на компьютере при использовании специальной программы.



Рисунок 1. ANYCUBIC Фотон SLA 3d принтер

Результаты и обсуждения. Преимуществами использования цифровых технологий являются: возможность прогнозирования результата проведенного лечения, создание точных моделей, четкость ортопедических конструкций, абсолютное соответствие реальным моделям челюстей, хранение информации в цифровом формате, высокая скорость диагностики и лечения, отсутствие погрешностей при работе зубного техника, быстроту протезирования.

Цифровые технологии автоматизируют процесс изготовления временных коронок, сокращая время их изготовления, и повышает его качество, учитывая все анатомические особенности зуба (рисунок 2).



Рисунок 2. Временный мостовидный протез

К недостаткам можно отнести высокую стоимость оборудования, скудное количество на рынке биосовместимых материалов для 3D печати, требование новейшей операционной системы при использовании специальной программы на компьютере, также нами были выявлены погрешности в пришеечной области зуба при изготовлении несъемных протезов.

Выводы. При использовании цифровых технологий требуются абсолютные навыки моделирования и работы на специальных компьютерных программах, при сканировании ротовой полости необходимо правильно фиксировать рукоятку сканера для устранения погрешностей.

Список литературы.

1. Наумович С.С. Cad/cam системы в стоматологии: современное состояние и перспективы развития / С.С. Наумович, А.Н. Разоренов // Современная стоматология. 2016. No 4 (65). С. 2.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ ЗОНЕ И ПОЛУЧАЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРИИ «ГОРНЯЦКИЙ» Г.ЖЕЛЕЗНОГОРСКА

Чевычелова О.Н.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии детского возраста
Научный руководитель – к.м.н., доцент Денисова В.Ю**

Актуальность исследования. У детей, проживающих в зоне с повышенным радиационным фоном, имеющим статус «Чернобыльской зоны» наблюдается ухудшение стоматологического статуса, связанное с повышением распространённости и интенсивности кариеса зубов и его осложнений, а также возникновением зубочелюстных аномалий [1.].

Целью исследования является разработка методики профилактики и совершенствования стоматологической помощи с целью снижения распространённости и интенсивности заболеваний зубочелюстной системы в условиях Чернобыльской радиации.

Материалы и методы. Проведен анализ данных амбулаторных карт 194 пациентов с патологиями лицевой области и зубочелюстной системы из санатория "Горняцкий" г.Железнодорожска, а также ретроспективный анализ с использованием отчетов архива медицинского отдела, клиническое обследование полости рта и определение гигиенических индексов. Рандомизация проводилась делением на три возрастные группы, данные заносились в таблицу 1.

Таблица 1. Частота встречаемости патологий
ЗЧС у детей санатория «Горняцкий» г.Железнодорожска

Смена Кол-во Детей	Май-июнь 2018	Июнь-Июль 2018	Июль-Август 2018
7-9	100(м-60,д-40)	98(м-40,д-58)	103(м-40,д-63)
9-13	100(м-55,д-45)	101(м-51,д-50)	105(м-45,д-60)

13-15	150(м-60,д-90)	151(м-62,д-89)	145(м-55, д-95)
Кариес	267	245	283
Гингивит	23	34	27
Аномалии прикуса	179	175	167
Некар пор-я	35	29	32
Санировано	267	245	283

Результаты и обсуждения. Разработанная нами методика профилактики нашла широкое применение для детей, находящихся на оздоровлении в санатории «Горняцкий» города Железногорска. Детям были выданы буклеты о правилах чистки зубов, показан мультфильм с участием злодея-кариеса и героем-стоматологом. Проведена реминерализующая терапия, герметизация фиссур, а так же физиотерапевтическое лечение с использованием электроактивированных водных растворов NaCl.

Выводы. Важность профилактики стоматологических заболеваний у детей, проживающих в зоне повышенной радиации несомненна, тем более, что организм человека наиболее чувствителен к действию даже малых доз ионизирующей радиации в постнатальном периоде. Данная программа несомненно способствует улучшению стоматологической помощи детям и дает положительную динамику.

Список литературы.

1. Балева Л.С. Здоровье детей и радиация: актуальные проблемы и решения /Л.С. Балева, А.Д. Царегородцев. -М. 2001. -С. 11-16.

ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Чененкова А.С., Ячменева Л.А

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Ячменева Л.А.

Актуальность исследования. После протезирования часто встречаются различные осложнения. Среди них наиболее встречаемыми являются: пародонтит различной этиологии, травматическая окклюзия, ослабление крепления зуба в альвеоле, рецессия маргинальной десны и т.д.

Анализируя литературу по ортопедической стоматологии за последнее время, можно сделать выводы, что лечение воспалительных осложнений, которые развиваются в пародонте после протезирования несъемными ортопедическими конструкциями и их диагностика разработаны не в полной мере.

Среди осложнений при использовании несъемных протезов преобладают те из них, которые обусловлены их конструкционными неполадками или нежелательным применением, а именно необходимостью гравирования шейки зуба при изготовлении коронки, что приводит к воспалительным процессам в области протезного ложа и пародонте. [1,2]

Во второй половине XX века в медицинской литературе стали появляться работы, в которых отражена важная роль факторов нарушения конгруэнтности зубов-антагонистов, окклюзионной травматизации, функциональных перегрузок в патогенезе заболеваний пародонта. Также стоматологам-ортопедам хорошо известно насколько важную патогенетическую роль оказывает механическая травма десны, связанная с ортопедическим лечением.

Целью работы является осветить осложнения, которые могут возникать при протезировании несъемными протезами, найти возможные причины и способы их устранения.

Исследовав литературу, можно выделить причины возникновения осложнений:

- ошибки, возникающие при постановке плана лечения и при подготовке тканей к протезированию:
- выбор неверной конструкции протеза (изготовление мостовидного протеза при утрате значительного количества зубов)
- неправильный выбор опорных зубов.
- ошибки при подготовке полости рта к протезированию (отсутствие этой подготовки)
- ошибки на приеме:
- неправильное препарирование опорных зубов под коронки
- неверная диагностика воспалительных заболеваний полости рта
- ошибки на этапе снятия оттисков
- ошибки при определении центрального соотношения челюстей или пропуск этого этапа.

Одним из осложнений может быть рецессия десны.

Рецессия десны – апикальная миграция краевой десны. Полиэтиологический процесс, который зачастую является симптомом или следствием другого патологического процесса.

Основные причины заболевания:

- воспалительные процессы в тканях десны;
- патологический прикус;
- вредные привычки (частое держание во рту посторонних предметов: ручки, карандаши и т.д.);
- травматическая чистка зубов (сильное давление зубной щетки);
- особенности строения полости рта, десны и зубов;
- возрастные изменения десны;

Постоянная травматизация маргинального десневого края, возможная при неправильном изготовлении протезов

Методы устранения рецессии десны:

- устранение вредных привычек;

- своевременное лечение кариеса и других заболеваний, удаление зубного камня;
- соблюдение правил гигиены;
- корректировка протеза;
- регулярное посещение стоматолога;
- хирургическое вмешательство (метод лоскута, мембрана, консервативное лечение).

Следующим распространенным осложнением является травматическая окклюзия – это смыкание зубов, которое сопровождается функциональной перегрузкой пародонта.

Жевательное давление становится травматичным, поскольку наличие патологии в тканях пародонта сделало невозможным выполнение нормальных функций. Воспалительные процессы в пародонте делают его неспособным воспринимать нагрузку, которая ранее была адекватной. [2]

Причины возникновения:

- неправильное планирование ортопедического лечения;
- ошибки восстановления окклюзионных соотношений при протезировании и пломбировании зубов;
- конструирование протезов без учета состояния тканей пародонта опорных зубов и антагонистов;
- неправильное восстановление анатомической формы искусственных зубов;
- нарушение взаимоотношений краевой десны и края искусственной коронки;
- пренебрежение необходимостью устранения деформаций зубных рядов перед протезированием;
- форсированное ортодонтическое лечение (завершенности процессов формирования зубочелюстной системы, снижения реактивности костной ткани);
- парафункция жевательной мускулатуры;
- профессиональные вредности и вредные привычки;

Методы устранения:

- ортодонтическое лечение;
- избирательное шлифование зубов;
- корректировка ортопедических конструкций;
- лечение воспалительных процессов

Выводы. Исследуя литературу, нами были сделаны выводы: осложнения, возникающие при использовании несъемных зубных протезов и дальнейшее совершенствование методов их профилактики и лечения, остаются актуальной проблемой стоматологии. К сожалению, на сегодня ни врачи-ортопеды, ни пародонтологи не уделяют достаточного внимания диагностике.

Список литературы.

1. Жулев Е.Н. Несъемные протезы: теория, клиника и лабораторная техника. – 5-е изд. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 488с.:ил.
2. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. – Ортопедическая стоматология, 2010. – 340с.

ПРИЧИНЫ ПОЛОМКИ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Шестакова В.И., Ячменева Л.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Ячменева Л.А.

Стоматология – одна из наиболее прогрессивных отраслей современной науки. Темпы ее развития задают качество изготавливаемой продукции и степень квалифицированности оказываемой помощи. Одно из направлений в этой области – зубное протезирование – является крайне востребованным в условиях современного уровня стоматологической грамотности населения. По данным статистического исследования 60-90% детей и почти у 100% взрослых людей наблюдается кариозный процесс. У 15-20% пациентов в возрасте от 35 до 44 лет выявлена тяжелая форма парадонтита. [1,2,3] Эти и другие распространенные проблемы в полости рта приводят к частичной или даже полной потере зубов. Лица старше 50 лет являются самой многочисленной группой, нуждающейся в таком лечении, и составляют более 40%. В более молодом возрасте данный вид лечения составляет 15-20%, что тоже достаточно высокий показатель критического состояния зубочелюстной системы. Примерно у 30% пожилых людей в возрасте 65-74 лет диагностируется полное отсутствие зубных рядов. Все эти лица вынуждены прибегнуть к протезированию зубных рядов. Одним из самых популярных и доступных видов являются пластиночные протезы. Именно с их помощью чаще всего восстанавливается анатомическая целостность зубных рядов. Эти протезы имеют большое количество преимуществ, но не лишены недостатков, которые приводят к частой поломке конструкций. [3,4]

Целью исследования является: выделить основные аспекты, приводящие к поломке пластиночных протезов

Методы и материалы. В ходе работы были изучены литературные источники и выделены основные ошибки, приводящие к поломке. Эти ошибки могут быть и на клиническом, и на лабораторных этапах. Происходить могут как по вине врача-стоматолога, так и из-за зубного техника. Даже неправильная эксплуатация пациента может усугубить ситуацию и значительно уменьшить срок службы изделия. [7]

Итак, на клиническом этапе были выделены следующие ошибки:

- неправильная постановка диагноза и некорректный выбор конструкции протеза;
- неправильный выбор оттисковой ложки, оттискового материала;
- самые распространенные ошибки на клиническом этапе возможны при определении центрально соотношения челюстей (занижение, завышение, боковое смещение при определении центрального соотношения, деформации восковых валиков и др.);
- ошибки при проверке восковой конструкции в полости рта.

На лабораторном этапе возникают следующие ошибки: на этапе отливки моделей, на этапе изготовления воскового базиса с окклюзионными валиками, на этапе укрепления моделей в окклюдаторе или артикуляторе, на этапе изготовления восковой конструкции будущего протеза, на этапе гипсовки восковой композиции в кювету и замене воска на базисный материал, на этапе полимеризации пластмассы, на этапе шлифовки и полировки протеза

Также были выделены основные группы непосредственно причин поломок зубных протезов. Первая группа поломок связана с материалом, из которого изготавливают протез. Вторая группа поломок возникает при нарушении технологии на клинических этапах. Третья группа поломок связана с нарушением лабораторной технологии. К четвертой группе относятся поломки по вине больного. К пятой группе классифицируют поломки в результате балансирования и плохой фиксации протеза вследствие возрастной атрофии альвеолярных отростков и челюстей. [5,6]

Таким образом в результате этого исследования были выделены основные проблемные ситуации при изготовлении данных конструкций. Так, на клиническом этапе чаще всего возникают ошибки при определении центрального соотношения челюстей. На лабораторном этапе самой распространенной ошибкой является неправильное изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками, а также на этапах полимеризации пластмассы. Самой частой причиной поломки является нарушение технологии на клиническом этапе, а также поломки по вине пациентов ввиду неправильной эксплуатации изделия. На основании этих данных возможно дальнейшее изучение этой проблемы с целью поиска альтернативных вариантов в изготовлении и починке протезов, что значительно улучшит и увеличит их эксплуатацию и ее срок.

Список литературы.

1. Зубопротезная техника : учебник для студ.сред.проф.обр. / под.ред. М.М.Расулова, М. : МИА. 2005
2. Использование адгезивных средств при пользовании съемными конструкциями протезов. Бароян М.А., Сидоров К.Г., Зубкова А.А. В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета: в 2х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. 2018. С. 484-488.

3. Ортопедическая стоматология. Под ред. И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзияна. «ГЭОТАР – Медиа», 2011, 640 с.
4. Рук-во по орторпед.стоматологии. Протезир.при полном отсутствии зубов : учеб.пособ. / под ред.И.Ю.Лебеденко, Э.С.Каливридзияна. М. : МИА, 2005
5. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов: учеб.пособ./под ред. И.Ю. Лебеденко. М.: Мед.пресса, 2008
6. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): учебник. СПб. : Фолиант, 2005
7. Трезубов, В.Н. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: учебник для мед.вузов. / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнёв, Е.Н. Жулёв. М.: МЕДпресс-информ, 2008

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА ИМПЛАНТАХ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Шестакова В.И., Паришуква А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Фелькер Е.В.

Актуальность исследования. Проблема полного отсутствия зубных рядов является одной из самых острых в настоящее время. Эта ситуация может быть следствием осложненного кариеса, воспалительных процессов пародонта, некачественного лечения или стоматологической безграмотности населения. По данным статистики, у 30% населения в возрасте от 65-74 диагностируется полное отсутствие зубов. На данный момент существует несколько способов, позволяющих восстановить зубной ряд, одним из которых является установка протезов на имплантах. Эта методика имеет ряд положительных сторон и недостатков, но так или иначе активно используется в современной стоматологии.

Целью данного исследования является определение особенностей протезирования при полном отсутствии зубов на имплантах.

Результаты и обсуждения. Основным показанием к данному методу лечения можно отнести полное отсутствие зубных рядов. Также это рекомендовано пациентам с полной непереносимостью акрилатов и лицам с ярко выраженным рвотным рефлексом. Существует значительный ряд противопоказаний, который включает в себя заболевания крови, воспалительные заболевания в полости рта, наличие онкологических процессов и многое другое. Поэтому пациенты предварительно проходят полное обследование на наличие данных патологий. К основным положительным сторонам имплантации можно отнести функциональность, долговечность, универсальность, профилактику атрофии костной ткани, возможность

фиксации несъемных протезов. Основной минус – это высокая ценовая политика, а также непосредственное хирургическое вмешательство, имеющее ряд противопоказаний, о которых сказано выше. Также это длительность данной процедуры. [1,2]

Основным способом имплантации можно считать внутрикостную. Но для такой методики пациент должен иметь низкую атрофию альвеолярного гребня. Базальная имплантация заключается в очень глубокой постановке импланта и применяется она реже. Эндодонто-эндооссальная методика является несколько устаревшей и используется также не часто. Суть в том, что при установке имплант внешне похож на штифт и устанавливается и сохранившейся корень зуба.

Изготовление съемных протезов на имплантах включает в себя три этапа. Первый этап – консультация и диагностика у врача стоматолога. На данном этапе выявляются показания и противопоказания к изготовлению ортопедической конструкции, проводятся диагностические мероприятия с целью устранения развития возможных осложнений, а также исследуется индивидуальное состояние организма пациента перед протезированием. Второй этап проводится при необходимости. Он заключается в наращивании костной ткани при недостатке её объема. Третий этап – это собственно вживление имплантов. После полного заживления твердых и мягких тканей челюстно-лицевой области проводится протезирование ортопедическими конструкциями. [2,3]

В дальнейшем пациенту даются определенные рекомендации по уходу за имплантами и съемным протезом в целом. Особое внимание следует уделять имплантам. Их нужно чистить два раза в день специальными зубными щетками, а также использовать дополнительные средства гигиены полости рта (ополаскиватели, флоссы). Съемному протезу также требуется особый уход. Он заключается в ежедневной чистке и гигиенической обработке протеза специальными растворами. В целях профилактики следует регулярно посещать врача стоматолога. Рекомендуется отказаться от вредных привычек, таких как курение и злоупотребление спиртными напитками, так как это вызывает отторжение импланта и, как следствие, возникновение осложнений.

Выводы. Из всего выше перечисленного можно сделать вывод, что протезирование при полном отсутствии зубов на имплантах является одним из лучших методов восстановления зубного ряда, который характеризуется своей эстетичностью и высокой функциональностью. При соблюдении всех данных рекомендаций по уходу импланты могут служить до конца жизни, при этом элементы протеза с годами могут быть заменены.

Список литературы.

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов. – СГМА, 200 – 576 с.
2. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. – М.: Медицина, 1993.

3. Суров О.Н. Зубное протезирование на имплантах. – М.: Медицина, 1993. – 208 с.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА КАК ФУНДАМЕНТ
УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА**

Щенин А.В., Громов А.Л.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Будаев А.П.**

Актуальность исследования состоит в том, что сахарный диабет II типа у пациентов с флегмонами челюстно-лицевой локализации является неблагоприятным прогностическим фактором, предрасполагающим к вовлечению в воспалительный процесс глубоких клетчаточных пространств лица и шеи. Такие грозные осложнения, как тромбоз внутренней яремной вены, обструкция дыхательных путей, нисходящий медиастинит, сепсис, выявляются у 3,0-8,5% больных с глубокими флегмонами челюстно-лицевой области [3,4,6,7]. Современная русскоязычная литература содержит мало обобщенных сведений, затрагивающих течение и оценку исходов гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов на фоне сахарного диабета II типа [2].

Целью исследования является показать необходимость коррекции внутренней среды у пациентов с гнойно-воспалительными процессами лица и шеи на фоне сахарного диабета II типа при помощи усовершенствованной в объеме и качестве предоперационной подготовки, являющейся фундаментом успешного хирургического лечения и реабилитации в дальнейшем.

Материалы и методы. Был выполнен анализ отечественной и англоязычной литературы посвященной лечению воспалительных процессов челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета за последние 10 лет. В поиск были включены собрания библиотеки КГМУ, базы данных сети Интернет (E-Library, PubMed, Google Scholar, Российская государственная библиотека, Центральная научная медицинская библиотека, клинические рекомендации с официального сайта Минздрава РФ).

Результаты и обсуждения. На основании изученной литературы нами были выработаны следующие рекомендации по предоперационной подготовке пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета II типа, успешно применяемые в отделении челюстно-лицевой хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница».

1) Для коррекции гипоперфузии необходимо начать внутривенную инфузию кристаллоидов в дозировке 30 мл/кг в первые 3 часа после поступления пациента в стационар [5].

2) Инсулиноterapia должна выполняться при уровне глюкозы крови выше $>9,9-10$ ммоль/л (180 мг/дл). Такой подход преследует достижение целевого уровня глюкозы $\leq 9,9-10$ ммоль/л (180 мг/дл) [5].

3) Мониторинг уровня глюкозы крови должен осуществляться каждые 1-2 часа, до достижения уровня глюкозы крови $\leq 9,9-10$ ммоль/л (180 мг/дл). Далее, при получении пациентом инсулинотерапии, контроль уровня глюкозы осуществляется каждые 4 часа [5].

4) Монокомпонентная эмпирическая антибактериальная терапия недопустима. Комбинация препаратов должна обладать синергизмом и перекрывать весь спектр микроорганизмов, характерных для одонтогенных очагов инфекции (пример: Цефотаксим+Амикацин). При необходимости схема дополняется препаратами группы имидазолов (Метронидазол). Допустимо только парентеральное применение препаратов [1].

5) Степень выраженности органной дисфункции оценивается при помощи балльной системы SOFA, позволяющей выявить пациентов с сепсисом (2 и более балла по шкале) на ранних его стадиях [8].

Выводы: вовремя начатая и грамотно выполненная предоперационная подготовка позволяет индивидуализировать подход к лечению распространенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета II типа, предупредить и вовремя выявить органную недостаточность у данной группы пациентов. Это является важным условием предотвращения дальнейшей генерализации инфекционного процесса, создает условия для скорейшего очищения и заживления послеоперационной раны.

Список литературы.

1. Абсцесс кожи лица. Флегмона лица. Флегмона и абсцесс полости рта: Клинические рекомендации / Е.А. Дурново, Н.Е. Хомутичкина, И.В. Фурман, Ю.В. Высельцева. – М.: МЗ РФ, 2016. – 57 с.
2. Козлов, В.А. Особенности течения воспалительных заболеваний одонтогенной этиологии у больных с сахарным диабетом / В.А. Козлов // Медицинский академический журнал. – 2008. – Т.8, № 1. – С. 242 – 247.
3. Лишов, Е.В. Особенности хирургического лечения анаэробных инфекций глубоких пространств шеи, осложненных медиастинитом / Е.В. Лишов, А.А. Харитонов, А.М. Путинцев // Actabiomedicalsscientific. – 2017. – Т. 2, № 6. – С. 130 – 133.
4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / А.А. Кулаков, Т.Г. Робустова, А.И. Неробеев и др. // Под ред. А.А. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.
5. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment / Boscolo-Rizzo P., Stellin M., Muzzi E. et al. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2012. – Vol. 269, № 4. – pp. 1241 – 1249.

6. Deep neck infections: risk factors for mediastinal extension / Celakovsky P., Kalfert D., Tucek L. et al. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2014. – Vol. 271, № 6. – pp. 1679 – 1683.
7. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016 / Andrew R., Laura E., Waleed A. et al. // Critical Care Medicine J. – 2017. – Vol. 45, № 3. – pp. 486 – 552.
8. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) / Singer M., Deutschman C., Seymour C. // JAMA. – 2016. Vol. 315, № 8. – pp. 801-810.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

Щербатова А.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии детского возраста
Научный руководитель – ассистент Журбенко В.А.**

Актуальность исследования. Из-за большого разнообразия стоматологических гигиенических средств, представленных на всех уровнях торговли, потребитель зачастую сталкивается с проблемой выбора оптимальных, необходимых конкретно для него, нужных для постоянного пользования товаров.

Рекламные компании, деятельность которых направлена на распространение своей продукции, в силу множества обстоятельств вводят в заблуждение и без того мало осведомленное население.

Цель исследования направлена на выявление осведомленности населения об основных средствах гигиены полости рта, выяснить насколько правильно и регулярно они их используют, рассказать о дополнительных гигиенических средствах, помочь разобраться с их обилием, провести демонстрацию правильного ухода за полостью рта.

Материалы и методы. В ходе исследования сбор информации проводился двумя путями: устное собеседование с группами по 5 человек (выборочно) и анкетирование. Анкета была составлена по интересующим нас вопросам. Всего было опрошено 2367 человек из разных возрастных групп. Также использовалась методика гигиенической оценки состояния полости рта РНР.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования все опрошенные хотя бы один раз посещали врача стоматолога и используют средства для гигиены полости рта.

Зубные пасты и щетки используют регулярно 78% из всех. О регулярной смене зубной щетки знают 82% опрошенных, из которых 39% знают, что менять надо один раз в три месяца, 24% считают, что менять надо раз в шесть

месяцев, остальные полагают, что раз в год. При выборе зубной щетки население сталкивается с проблемой касаясь жесткости щетины.

Большинство считают, что ее размер и натуральность щетины никак не отражается на качестве чистки. Всего 30% опрошенных обращают на это внимание и тщательно подходят к выбору оптимальной для них зубной щетки.

40% людей, проходивших анкетирование, полагают, что разница в пасте для гигиены полости рта заключается исключительно в ее ценовом диапазоне и вкусовых качествах. 24% ответственно относятся к выбору данного гигиенического средства, подбирая свойства зубной пасты подходящие под местность проживания, состояние в котором находится их ротовая полость, вкусовые предпочтения и стоимость. Количество пасты, которое опрошенные выдавливают на свою зубную щетку варьируется.

51% считает, что рекламные компании, демонстрирующие свою продукцию, используют нужное количество, а то есть наносят пасту на протяжении всей щетины, 35% пользуются исходя из своих комфортных ощущений, остальные наносят зубную пасту с горошину.

Дополнительные средства гигиены полости рта используют 69% опрошенных, из которых 60% используют ополаскиватель полости рта, 28% – зубочистки и 12% – флоссы, нити и межзубные ершики. Население четко понимает для чего и как пользоваться ополаскивателем, также люди, проходящие собеседование отмечают улучшение общего состояния полости рта после регулярного использования последнего. По частоте использования население предпочитает ополаскиватели, в составе которых не содержится спирт. Страны производители, такие как Россия, Италия, США, используются гораздо чаще остальных, но в большей степени предпочтение отдается отечественным ОНР.

12% людей прошедших анкетирование положительно отреагировали на использование зубных нитей и зубочисток, но изучая более детально этот вопрос, выяснилось, что последнее они используют чаще. Свой выбор, объясняя тем, что зубочистки стоят дешевле. Также в ходе общения с населением выяснилось, что лишь малая часть из опрошенных владеет техникой чистки межзубных промежутков с помощью флосса. Про существование ершиков и щеточек знают только те люди, которые имеют в полости рта ортопедические или ортодонтические конструкции.

В ходе сбора информации опрошенным было предложено произвести оценку по индексу эффективности гигиены полости рта РНР. [3] Эта методика заключается в окрашивании 6 зубов в двух поверхностях, затем по формуле происходит расчет получившихся данных. С учетом того, что лица, у которых проводилась оценка гигиены полости рта были разделены на 4 возрастные группы результаты были представлены в таблице (таблица 1).

Таблица 1. Оценка эффективности гигиены полости рта

16-19 лет	20-27 лет	28-34 лет	35-42 лет
1,6	0,6	0,9	1,3

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что более детально следят за гигиеной полости рта лица в возрасте от 20 до 27 лет, что может быть обусловлено тем, что именно на эту возрастную группу приходится большое количество людей использующие дополнительные стоматологические средства ГПР. Также в таблице наглядно продемонстрировано, что лица в юношеском возрасте относятся к гигиене халатнее всех, из чего можно сделать вывод, что санитарно-просветительские работы должны в большей мере проводится у лиц школьного возраста. Ухудшение гигиенического состояния также отмечалось наличием в полости рта ортодонтических конструкций. [2]

После проведения всех оценочных мероприятий с частью опрошенных было проведено собрание, главная задача которого заключалась в адекватном, доступном, интересном, запоминающемся изложении важной, необходимой для ежедневного пользования информации.

Работая с каждой возрастной группой разрабатывалась программа адаптированная конкретно под возрастные особенности и интересы участников. Все методики чистки были продемонстрированы на фантомах, также были розданы созданные брошюры, в которых четко описаны методы профилактики возникновения заболеваний полости рта.

Большая часть времени уделялась средствам гигиены полости рта. Были представлены всевозможные разновидности зубных щеток, продемонстрирована и четко указана разница между существующими на рынке рабочими частями и ручками данного атрибута. Зубные пасты были разделены в классификации по стоматологическим заболеваниям, также были представлены рекомендации по использованию, исходя из региона проживания конкретной группы. Были продемонстрированы лечебные пасты и их действие в зависимости от определенной патологии. [1] Дополнительные средства гигиены полости рта также не остались без внимания. Участникам было предложено под контролем провести чистку межзубных промежутков с помощью флосса. Была произведена корректировка представления об ополаскивателях полости рта. Целый раздел был посвящён жевательным резинкам и освежителям дыхания. Оказалось, что население выбирает первое исключительно исходя из вкусовых качеств. Освежителем дыхания пользуется лишь малая часть опрошенных исходя из своих профессиональных потребностей. Также были представлены ершики, гели, зубной порошок, бальзамы и эликсиры. [4] Принципиальное различие, методы использования, рекомендации к применению были представлены в виде таблицы.

Выводы: гигиена полости рта является важной составляющей профилактических мероприятий направленных на снижение заболеваемости

челюстно-лицевой области. Проведя исследовательскую работу можно сказать, что население не достаточно образованно в этом вопросе.

Разные возрастные группы, получая информацию из всяческих источников отличаются по своей осведомленности. Население нуждается в проведении санитарно-просветительских работ на разных уровнях организации.

Обилие гигиенических средств на сегодняшний день и недостаточность осведомленности по этому вопросу заводит в тупик потребителя.

Список литературы.

1. Грудянов А.И., Александровская И.Ю., и др. Научно-практический журнал для стоматологов «Пародонтология». 2008. М. № 3. С.48
2. Давыдова Б.Н. «Профилактика стоматологических заболеваний». 2007. Т. С.16-22
3. Николаев А.И., Цепов Л.М.. «Практическая терапевтическая стоматология», 2007 М. С.126-133
4. Улитовский С.Б. «Гигиенический уход при воспаленном пародонте». 2008. М. С.51-53

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗНОСОСТОЙКОСТИ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ЗУБОВ

Язикова К.С., Мисник Ю.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель – ассистент Мисник Ю.В.

В настоящее время появилось большое количество композитных материалов, которые созданы на основе нанотехнологий. Композит – материал, состоящий из органической матрицы, неорганического наполнителя, поверхностно активного вещества. Так как размер частиц варьируется, выделяют следующие виды композиционных материалов: макронаполненные, микронаполненные, гибридные, микрогибридные, нанокомпозиты. [1]

Нанокомпозиты являются популярными среди реставрационных материалов; за счет малых размеров частиц, сочетают в себе: высокую прочность; равномерное распределение нагрузки; высокую полируемость; низкую усадку 2,2%; высокую прозрачность и опалесценцию. [2]

Свойства наполнителя, влияющие на качество композита:

1.Размер частиц 45 мкм-0,04 мкм. Является основополагающим параметром, который определяет свойства наполнителя.

2.Природа материала, из которого изготовлен наполнитель очень разнообразен, к ним относятся: плавленный и кристаллический кварц, алюмосиликатное, бор-силикатное и бариевое стекло, модификации двуокиси кремния, алмазная пыль, искусственно синтезированные вещества.

3. Форма частиц бывает: молотой, сферической, в форме «усов», палочек или стружки. Предпочтение отдают: молотой частице рентген контрастного бариевого стекла и синтетическим наполнителям со сферическими частицами.

Исходя из этого можно изменить свойства наполнителя в нужном направлении. [4,6]

В современную реставрационную систему входят универсальные нанопополненные и микропополненные композиты; микропополненные композиты, обладающие отличными эстетическими свойствами; конденсируемые композиты для пломбирования жевательных зубов; жидкие композиты. Именно они помогают решить большинство проблем в терапевтической и ортопедической практике на высоком уровне. [3,5]

Целью данного исследования является изучение прочности современных светоотверждаемых и композитных материалов на излом в лаборатории.

Материалы и методы. Исследования проводились в соответствии с ГОСТ Р51202-98 На базе регионального центра нанотехнологий в Юго-Западном государственном университете. Было изготовлено по 12 образцов различных размеров согласно требованиям ГОСТ, с помощью прибора LEDemetron I имеющего плотность светового потока 950 мВт/см, отверждали материалы.

Износостойкость исследовалась на машине трения МТУ-01. Скорость вращения без нагрузки: 0-2500 об/мин; усилие прижима испытываемых образцов – от 50 до 1000 Н.

Дистиллированная вода находилась в термостате с данной $t+37\pm1^{\circ}\text{C}$ в нее погружали образцы на 24 часа. Через 24 часа испытывали первых 6 образцов, а 6 оставшихся подвергали термоциклированию.

Результаты исследования. Следует сделать акцент на то, что отечественный материал не уступает в характеристиках прочности некоторым современным композитным материалам. Исходя из данных полученных в работе следует, что "Призмафил" годен для широкого клинического применения.

Показатели прочности при изгибе до и после термоциклирования

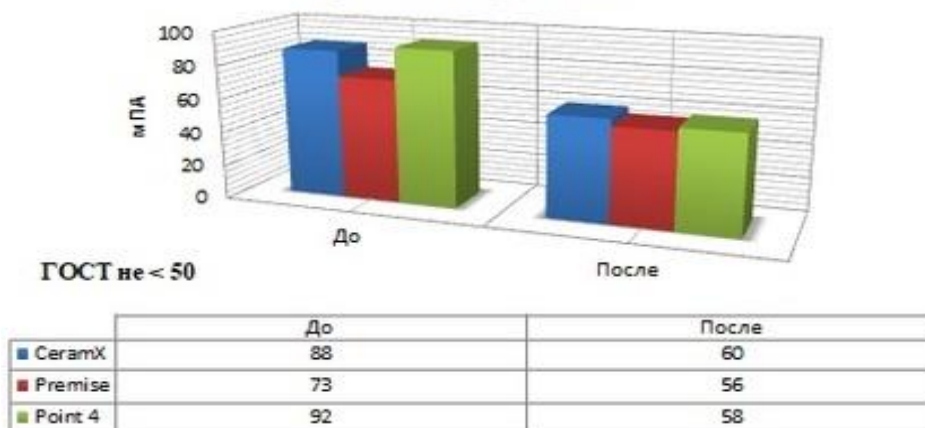


Рисунок 1. Прочность при изгибе

На первом этапе исследования композитный материал Point4 выдержал большую нагрузку, спустя примерно год Ceram X mono”, “Ceram X duo, “Premise” – не имеют отличий в прочности при изгибе.



Рисунок 2. Модуль упругости при изгибе

Исходя, из данных исследования видим, что увеличение модуля упругости у испытуемых материалов может приводить к сколам в течение года; уменьшение данного модуля у микрогибридного композитного материала (“Point 4”) указывает на возможный прогиб конструкции со временем.

Композиционные материалы – является одним из самых востребованных в современном мире. Однако этот материал даже с высоким содержанием наполнителя имеет усадку при отверждении и высокий коэффициент теплового расширения. В нынешнее время идет активная работа над совершенствованием свойств композитных материалов. Это позволит улучшить эстетику реставрации зубов, снизить время и трудоемкость работы.

Список литературы.

1. Борисенко Л.В., Неспрядько В.П. Композиционные частиц пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии М.. 2002
2. Вязьмитина А.В., Усевич Т.Л. Материаловедение в стоматологии Ростов-н/Д 2002
3. Кубрушко Т.В., Фелькер Е.В., Винокур А.В., Бароян М.А. Стоматологический статус студентов-медиков. Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 5-3, 386-387 с.
4. Уголева С. Значение дентинных адгезивов при реставрации зубов композитами. – Новое в стоматологии, 1995, № 3, 3-10 с.
5. Уголева С. Композиционные пломбировочные материалы. – Новое в стоматологии. 1995. № 1, 4-11 с.
6. Учебно-методические материалы и рекомендации по организации внеаудиторной работы студентов по «Зубопротезирование (простое протезирование)» для студентов стоматологического факультета / Е.В. Фелькер, М.А. Бароян, А.В. Винокур, Ю.В. Мисник. – Курск, 2015. – 250с.

АНАЛИЗ ТЕМПОВ РЕЗОРБЦИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ГЛАЗНЫХ ПЛЕНОК

Ярмамедов Д.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научные руководители: д.м.н., профессор Липатов В.А.,

к.м.н., доцент М.В. Медведева

Актуальность исследования заключается в высокой распространённости воспалительных заболеваний органа зрения. На данный момент воспалительные заболевания переднего отрезка глаза стоят на первом месте в структуре обращаемости как детского, так и взрослого населения за офтальмологической помощью [3]. Несвоевременное лечение и хронизация воспалительного процесса ведет к частичной или полной потере зрения в том числе у трудоспособного населения [4, 5]. Разработка новых лекарственных форм пролонгированного действия, способных аккумулировать действующее вещество и затем дозированно высвобождать его в окружающую полость является актуальной проблемой современной медицины [1, 2]. Перспективным является разработка и исследование антибактериальных глазных пленок пролонгированного действия.

Целью исследования является разработка и изучение эффективности антибактериальных глазных пленок пролонгированного действия на основе натриевой соли карбоксиметрилцеллюлозы с добавлением левофлоксацина и полудана в условиях *in vitro* и *in vivo*.

Материалы и методы: антибактериальные глазные пленки разработаны на основе натриевой соли карбоксиметрилцеллюлозы с добавлением левофлоксацина и полудана совместно с научно-исследовательской лабораторией органического синтеза ФГБОУ ВО КГУ, зав. лаб. д.х.н., профессором Кудрявцевой Т.Н. Глазные пленки представляют собой полупрозрачные импланты размером 5×10 мм., которые погружаются за нижнее веко пациента при инфицированных повреждениях роговицы. В условиях *in vitro* с помощью разработанной автором модели слезоотведения (патент № 166941) была изучена скорость резорбции исследуемых образцов. Исследования в условиях *in vivo* выполнены на половозрелых кроликах породы шиншилла обоего пола массой 3,0-3,5 кг. В условиях местной анестезии моделировалась травма роговицы одинакового размера, затем при помощи пипетки в область конъюнктивального мешка вносилась взвесь микроорганизмов в количестве 1 млн. колоний *Staphylococcus aureus*.

Результаты и обсуждения. По результатам научно-исследовательской работы были получены образцы антибактериальных глазных пленок пролонгированного действия. По результатам исследования скорости резорбции исследуемых образцов в условиях *in vitro* было выявлено, что масса глазной пленки постепенно уменьшается в течение 24 часов. Также установлено, что концентрация левофлоксацина в растворе, окружающем

антибактериальную глазную пленку сохранялась на одинаковом уровне в течение 24 часов. При исследовании действия образцов в условиях *in vitro* было выявлено, что при лечении инфицированных травматических поражений роговицы с помощью глазных пленок при использовании 1 раз в 24 часа наступило полное клиническое выздоровление на 5 сутки эксперимента. В группе сравнения с лечением антибактериальными препаратами в форме инстилляций 4 раза в сутки полное выздоровление наступило на 7 сутки эксперимента.

Выводы. Таким образом разработаны антибактериальные глазные пленки пролонгированного действия, срок резорбции которых составляет 24 часа при сохранении концентрации левофлоксацина в сосуде с пленкой. Клиническое выздоровление и полная регенерация дефекта роговицы наступает на 5 сутки лечения посттравматической инфицированной травмы роговицы. Применение глазных пленок позволяет сократить сроки лечения и кратность применения лекарственной формы при лечении инфекционных заболеваний переднего отрезка глаза.

Список литературы.

1. Азаматова Г.А, Гайсина Г.Я., Азнабаев М.Т. и др. Исследование кинетики высвобождения антибиотика из глазных лекарственных пленок с моксифлоксацином // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. № 2 Т.10. С. 112-114.
2. Ярмamedов Д.М., Медведева М.В., Липатов В.А. Динамика регенерации инфицированного дефекта роговицы с применением различных методов лечения // Медицинский вестник Башкортостана. 2018. № 1(73) Т.13. С. 16-18.
3. Chang V.S., Dhaliwal D.K., Raju L. et al. Antibiotic Resistance in the Treatment of Staphylococcus aureus Keratitis: a 20-Year Review // Cornea. 2015 № 34(6). P. 698-703. doi: 10.1097/ICO.0000000000000431.
4. Flaxman S.R., Bourne R.R.A., Resnikoff S. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Global Health. 2017. № 5(12). P. 1221-1234. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30393-5.
5. Sabanayagam C., Cheng C.Y. Global causes of vision loss in 2015: are we on track to achieve the Vision 2020 target? // Lancet Global Health. 2017. № 5(12). e1164-e1165. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30412-6.
- 6.

РАЗДЕЛ 13.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНКЕТИРОВАНИЯ КАК ОДНОГО ИЗ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Акбарходжаев А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
Научный руководитель – д.м.н., профессор Искандарова Ш.Т**

Актуальность исследования. Одним из путей улучшения ситуации в сфере здравоохранения является возрождение профилактики заболеваний, в том числе улучшение и развитие санаторно-курортного комплекса и санаторно-курортной помощи населению как наиболее эффективной составляющей медицинской профилактики [3].

По данным некоторых авторов и результатам проведенных исследований показатели медицинской, социальной и экономической эффективности санаторно-курортного лечения достаточно высоки, так, например, имеется свидетельство, что комплексные оздоровительно-профилактические мероприятия повышают уровень здоровья в 1,7 раза, использование лечебных ресурсов санаторно-природного комплекса и новых малозатратных высокоэффективных медицинских технологий на их основе повышает эффективность оздоровления граждан на 25-30% и снижает затраты на лечение в условиях поликлиник и стационаров на 10-15% [2,5].

Затраты на санаторно-курортный этап реабилитации больных и пострадавших вследствие травматизма окупают себя в 3-кратном размере, а на долечивание постинфарктных больных – в 7-кратном. В целом современный санаторно-оздоровительный комплекс реально влияет на уровень экономического развития страны, так как снижает затраты на здравоохранение, социальное обеспечение, восстанавливает трудоспособность работающего населения. Кроме того, деятельность учреждений санаторно-оздоровительного комплекса мультипликативно влияет на другие отрасли экономики [3,4,5].

Материалы и методы. Всё это иллюстрирует важность сохранения и дальнейшего развития этой области курортной сферы, которая сегодня отягощена различными проблемами, требующими поиска их адекватного решения. В этой связи одним из методов изучения и оценки деятельности санаториев является анкетирование отдыхающих.

Анкета была составлена сотрудниками Санаторно-курортного управления Федерации профсоюзов Узбекистана и использовалась для внутренней оценки деятельности санаториев (АО Чинабад, АО Турон, ООО Ботаника). Анкета состояла из 12 вопросов, которые охватывали не только медицинские, но и социальные вопросы. Каждый вопрос оценивался по 4-х бальной системе, где 5 означало отлично, 4 – хорошо, 3 – удовлетворительно и 2 – неудовлетворительно. Анкетирование проводилось методом выборочного опроса пациентов в май-июль 2017 г., в котором участвовали 370 респондентов. С помощью полученной оценки в баллах, была изучена доступность медицинской помощи, проведен анализ для определения уровня

удовлетворенности пациентов качеством санаторной помощи. Обработка данных в анкетах проводилась с использованием компьютерной программой Microsoft Excel (Pentium IV).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов анкет показал, что на вопрос по оказанию внимания отдыхающим со стороны медицинского персонала, получены следующие результаты: средний балл составил 4,6, вместе с тем на оценку «неудовлетворительно» ответил 1 (0,5%), на «удовлетворительно» – 8 (2%), «хорошо» 115 – (31,5%) и на «отлично» ответили 246 (66%) участника. Следующий вопрос касался объяснения правил и распорядка санаторного лечения. На данный вопрос респонденты ответили следующим образом, объяснение «неудовлетворительное» – 7 (2%), «удовлетворительное» – 17 (5%), «хорошее» – 122 (33%) и «отличное» ответили 224 (60%) участника.

Санатории и дома отдыха по манере отношения с пациентами должны отличаться с учреждениями общелечебной сети, с акцентом на более уважительным и любезным отношением. Так как от количества отдыхающих и выполнения плана койко-дня зависят доходы санаториев и домов отдыха, которая в конечном счете будет отражена на заработной плате сотрудников. На вопрос, которым предполагалось выяснить уважительное общение отдыхающих, респонденты ответили следующим образом: неудовлетворительно и удовлетворительно – 6 (2%), хорошо – 86 (23%) и отлично ответили 278 – (75%) респондентов. Своевременное выполнение назначений врачей может существенно улучшить качество медицинской помощи, на вопрос назначений своевременно ли выполняются назначения врачей в санатории, респонденты ответили следующим образом на «отлично» и на «хорошо» ответили – 363 (98%) респондента.

На вопрос о качестве проводимой санаторной помощи в лечебных отделениях, 365 (99%) респондентов ответили, как на «хорошо» и «отлично». Важная роль при организации качественной работы относится среднему медицинскому персоналу. Основную нагрузку при организации санаторной помощи в санаториях несут медицинские сестры. На вопрос, как вы оцениваете деятельность среднего медицинского персонала, 364 (98%) респондентов ответили «хорошо» и «отлично».

Для отдыхающих, которые находятся вдали от дома чистота и своевременная смена постельных принадлежностей и полотенец имеет важное значение. На следующий вопрос как вы оцениваете чистоту спального помещения, смену постельных принадлежностей и полотенец, нами получены следующие ответы: 348 (94%) ответили на «хорошо» и «отлично», 22 респондента ответили на «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Одним из важных направлений санаторного лечения является организация правильного питания, чистота столовых помещений и разнообразие кухни. В зависимости от диагноза заболевания назначается стол для отдыхающих. На вопрос соблюдают ли чистоту сотрудники столовых, оценку «отлично» и «хорошо» ответили 368 (98%) респондента.

На вопрос по оформлению столов и сервировок 355 (96%) респондентов оценили «отлично» и «хорошо», а качеством и разнообразием питания были недовольны 1 (0,5%) респондент и удовлетворены 28 (7%), а 341 респондент ответили «хорошо» и «отлично».

Еще одним из отличия организации санаторного лечения является наряду с санаторным лечением, организация культурных мероприятий в санаториях, которые проводятся в виде проведения экскурсий на места исторической памяти, памятники культуры, проведение встреч с поэтами и писателями, а также концертов знаменитых артистов. На как вы оцениваете проведение экскурсий 351 (95%) респондентов ответили на «хорошо» и «отлично», остались удовлетворёнными 19 (5%) участника. На вопрос о проведении концертов и встреч с поэтами и писателями 353 (95%) респондентов ответили на «хорошо» и «отлично», остались удовлетворёнными 17 (5%) участника.

Выводы. С учетом вышеизложенных, использование данной формы анкет может выявить слабые стороны санаториев. Это в свою очередь может помочь организаторам здравоохранения решать проблемы, выявленные в ходе анкетирования.

Список литературы.

1. Бородин Ю.И., Тихонов И.В., Асташов В.В., Сидорова Т.И., Асташова Т.А. Реабилитация больных хроническим простатитом в условиях санатория // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. -2006. № 3. – С.19-20.
2. Ветитнев А.М., Кран Д.И, Ашкинадзе Я.А. Интернет-технологии в деятельности санаторно-курортных организаций // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2007. – № 2. – С.41-45.
3. Железняк Е.С., Алексеева Л.А, Бенюгина Е.Н. и др. Социальные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса // Пробл. соц. гиг. и история мед. – 1996.- № 3.- С.20-22.
4. Разумов А.Н. Роль и место восстановительной медицины и курортного дела в концепции развития здравоохранения до 2020 года // Материалы международного конгресса «Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии», Здравница – 2008. – М., 2008
5. Экономика и управление здравоохранением: Учебник / Л.Ю.Трушкина и др. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – Ростов/Д: Феникс, 2007.5.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ДЛЯ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
В ОБУЗ «ЩИГРОВСКАЯ ЦРБ» ЗА 2017 ГОД**

Анфилова М.Г., Суковатая С.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научные руководители – к.м.н., доцент Тимошилов В.И.
к.м.н., доцент Пашина И.В.**

Актуальность исследования состоит в глобализации проблемы сахарного диабета (СД) – хроническом заболевании, несущем угрозу для здоровья человечества. В 2017 г. число больных СД в мире составляло около 380 млн человек, а к 2036 г. прогнозируется увеличение количества больных до 600 млн. [1]. По данным федерального регистра СД в РФ на конец 2016 г. на учете состояло 4,35 млн. человек, из них: 92% (4 млн.) – сахарный диабет 2 типа (СД 2) [3]. Однако результаты исследования NATION показывают, что диагностируется только 50% случаев данной патологии [2]. Следовательно, настоящая численность больных сахарным диабетом в России не менее 8-9 млн. человек, то есть, половина больных остаются недиагностированными, значит остаются нелечеными и имеют высокий риск сосудистых осложнений. Именно осложнения являются ведущей причиной инвалидизации и смертности пациентов с СД 2 [4].

Целью исследования является сравнительный анализ частоты использования таблетированных гипогликемических препаратов для терапии сахарного диабета 2 типа в ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» за 2017 год.

Материалы и методы: источниками данных послужили амбулаторные карты больных СД 2 Щигровского района, истории болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Щигровская ЦРБ», отчет ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» за 2017 год, данные регистра больных СД. В ходе исследования проанализированы данные 370 больных, из них 221 человек из города, 149 человека из села. В обработке данных определялись экстенсивные показатели: доля больных, использовавших каждый препарат среди городского и сельского населения. Для сравнения результатов использовался критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Монотерапия применялась у 9,1% городских и 8,74% сельских пациентов – данные показатели достоверного различия не имеют ($p > 0,5$). Комбинированное лечение применялось у 201 городского больного и у 136 сельских пациентов. Наиболее распространенной схемой лечения среди всех пациентов Щигровского района было сочетанное применение метформина и гликлазида МВ (51,6% пациентов) (рисунок 1). Далее в порядке убывания частоты назначения следуют схемы метформин+глибенкламид (27,6%), метформин+вилдаглиптин (11,9%). Монотерапия распространена менее широко, и частота применения в качестве

единственного препарата метформина составила 4,6% от всех назначений, гликлазида МВ – 1,9%, вилдаглиптина – 1,1%, глибенкламида и дапаглифлозина – менее 1%.

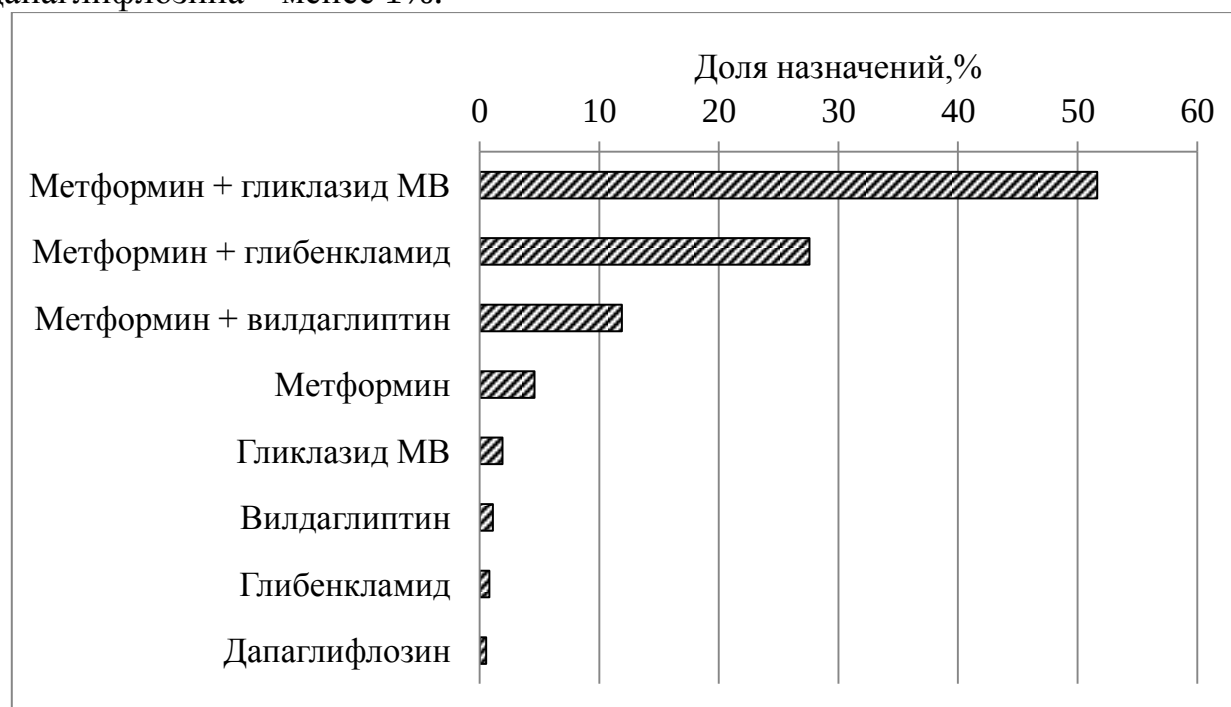


Рисунок 1. Частота назначения таблетированных гипогликемических препаратов в Щигровском районе за 2017 г.

Ранговые порядки частоты назначений у городских и сельских пациентов совпадают (таблица 1).

Таблица 1. Частота назначения таблетированных гипогликемических препаратов в г. Щигры и Щигровском районе за 2017 г.

Препарат	% город	% село	p
Метформин+гликлазид МВ	57,46	42,95	$p \leq 0,5$
Метформин+глибенкламид	19,91	38,92	$p \leq 0,01$
Метформин+вилдаглиптин	13,57	9,39	$p > 0,5$
Метформин	4,98	4,03	$p > 0,5$
Гликлазид МВ	2,27	1,34	$p > 0,5$
Вилдаглиптин	1,36	0,67	$p > 0,5$
Глибенкламид	–	2,03	$p < 0,5$
Дапаглифлозин	0,45	0,67	$p > 0,5$

Среди жителей г. Щигры в сравнении с сельской местностью достоверно чаще применялась комбинация метформин+гликлазид МВ. В лечении сельских пациентов достоверно большее распространение получила схема метформин+глибенкламид. Частота применения остальных препаратов и их комбинаций сопоставима. Следует обратить внимание, что гликлазид и глибенкламид относятся к одному и тому же классу производных сульфонилмочевины. Таким образом, частота применения схемы

метформин+сульфаниламиды в городе составляет 71,4% назначений, а на селе – 81,8%, что достоверно чаще ($p \leq 0,5$).

Выводы. Наиболее распространенный подход к пероральной сахароснижающей терапии у больных СД2 – комбинированная терапия метформином и производными сульфонилмочевины. Самый широко применяемый как в виде монотерапии, так и в составе комбинированных схем препарат – метформин.

Список литературы.

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (8-й выпуск) / И.И. Дедов [и др.], Сахарный диабет. – 2017. – Т.14. – № 3 (приложение) – С. 2-72.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. – 2016. – Т. 19. № 2. – С. 104-112.
3. Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа / Дедов И.И. [и др.], Сахарный диабет. – 2016. – Т. 14. – № 4. – С. 6-17.
4. Потемкин, В.В. Старостина Е.Г. Руководство по неотложной эндокринологии / М: Медицинское информационное агентство, 2017. – 393 с.

ПИТАНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРОВ

Базова А.Н., Нозимова Н.Х.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения

Научные руководители – д.м.н., профессор Черных А.М.,

д.м.н. профессор Искандарова Ш.Т.

Дети, их здоровье и благополучие – главная прерогатива государства и общества. Это наш резерв, определяющий процветание страны, уровень экономического и духовного развития, а также состояние науки и культуры.

Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время только 13% из каждой тысячи детей в возрасте до 12 лет могут считаться здоровыми. Основная часть (более половины) имеют значительные отклонения в состоянии здоровья, 35% детей и вовсе страдают хроническими заболеваниями [1, 3].

Целью исследования является проработка данных о питании, как факторе риска развития отклонений в состоянии здоровья детей промышленных центров.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были проведены социологические исследования среди родителей (520 семей), дети которых посещали дошкольные учреждения Курска и Ташкента. В специально разработанной анкете выделены три блока факторов: медико-биологические, раннего детства, образа жизни (всего 43 вопроса и 149 возможных ответов).

Реульзтаты и обсуждение. Превалирующее значение в оценке состояния здоровья детского населения имеет качество и состав питания. За последние несколько лет наблюдается тенденция к снижению финансовой доли на покупку продуктов питания в структуре расходов. Однако в период с 2012 года по 2014 год отмечался рост показателей этого вида расходов.

Удельный вес расходов на питание остаётся одним из основных факторов оценки уровня жизни населения: чем выше уровень жизни людей, тем ниже значение этого показателя [2].

Динамика потребления главных продуктов питания показала, что в 2015 году, по сравнению с 2011 годом, выросло потребление молока и молочных продуктов, яиц. Незначительный рост имеет потребление мяса и мясных продуктов, фруктов и ягод, рыбы и рыбных продуктов, сахара и кондитерских изделий. Также с 2011 года уменьшилось потребление хлебных продуктов и картофеля. Что касается картофеля, его фактический уровень населением промышленных центров оказался ниже нормы на 33%, остальных овощей – на 24%, ягод и фруктов – на 33%, молочных продуктов и молока – на 25%. А вот показатели потребления сахара и кондитерских изделий оказался выше нормы на 21%, рыбы и рыбных продуктов – на 4%. В пределах нормы остался уровень потребления мяса и мясных изделий. Показатель потребления хлебных продуктов оказался на нижней границе нормы.

Что касается показателей домохозяйств сельской местности, то употребление белков, жиров и углеводов здесь оказалось выше, чем в городской местности. Однако за последние 8 лет этот уровень потребления продуктов имел тенденцию к снижению, в частности уменьшилось потребление картофеля и хлебных продуктов.

При помощи метода корреляций выявили, что существует прямая зависимость между финансовым доходом людей и потреблением хлеба, фруктов и ягод, овощей, бахчевых культур, молока и молочных продуктов, мяса и мясных изделий, рыбы и рыбопродуктов, растительного масла, сахара и кондитерских изделий, т.е. чем выше уровень потребления этих продуктов, тем выше денежный доход населения. Яйца и картофель имеют обратную тенденцию и наименее зависимы от доходов населения [4].

Исследование режима питания среди детей промышленных регионов продемонстрировало следующие особенности: рацион питания у 100% детей разнообразный, количество приёмов пищи у большинства (89,9%) 4-разовое. Что касается источников поступления пищевых продуктов, то у половины опрошенных – из магазина. Земельного участка для выращивания овощей

и фруктов практически нет ни в одной семье. Структура питания детей характеризуется ежедневным (64,2% и 59,0%) употреблением мясных и рыбных, молока и молочных продуктов (72,0% и 65,7%), частым (59,0% и 71,4%) употреблением яиц и сливочного масла. Около 26,0% и 32,3% детей имеют нерегулярное потребление в рационе питания макаронных блюд и хлебобулочных изделий.

Выводы. Таким образом, были сделаны выводы о правильности и сбалансированности питания детей, проживающих в промышленных регионах. Полученные данные могут быть использованы для разработки концепции сохранения и укрепления здоровья детского населения.

Список литературы.

1. Агапова Л.А., Рапопорт И.К., Васенко Ю.Ю. Функциональные возможности детей и подростков // Детское здравоохранение России: Стратегия развития: Материалы IX Съезда педиатров России. – М., 19-22.02.2001.- С. 12-13.
2. Калущий П.В., Конопля А.И., Бернштейн М.М. Сравнительная характеристика напряженности иммунитета у детей г. Курска и г. Железнодорожска // Успехи современного естествознания – 2003. – № 5. – С. 103.
3. Кучма, В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. – М.: Издатель НЦЗД РАМН. – 2002г.-280 с.
4. Попова В.А., Кожин А.А., Мегидь Ю.И. «Микроэлементозы и проблемы здоровья детей» // Российский педиатрический журнал.-2015.-№ 6.- С. 140.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Беридзе Р.М.

**Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шаршакова Т.М.**

Актуальность. Заболевания мочеполовой системы распространены повсеместно. Их особенностью являются острое течение и яркая клиническая картина. Из всего числа патологий органов мочеполовой системы самой трудной и распространенной является рак мочевого пузыря (РМП). В структуре онкологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 8-е место. На его долю приходится 1,5-3% из общего числа злокачественных опухолей и 30-50% опухолей мочеполовых органов. В Республике Беларусь на 100 тысяч человек приходится 12 тысяч мужчин и 2 тысячи женщин, болеющие РМП. Пик заболеваемости приходится на 7-ое десятилетие жизни. За последние

10 лет прирост заболеваемости раком мочевого пузыря составил 20%, что обуславливает необходимость выявления прямых и косвенных причин, способствующих возникновению опухоли, а также оптимизации управления процессом оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями мочевого пузыря [1].

Целью исследования является проведение эпидемиологического анализа распространенности заболеваний мочеполовой системы, в частности рака мочевого пузыря, в мире и Республике Беларусь за 2016-2017 годы, выявить факторы риска возникновения заболеваний, а также обозначить модель оказания медицинской помощи пациентам с болезнями урогенитального тракта.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились статистические издания, публикации, содержащие информацию об эпидемиологии, этиопатогенезе и принципах оказания помощи пациентам с заболеваниями мочеполовой системы, в частности раком мочевого пузыря, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S. National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2014-2018 годы

Результаты и обсуждения. В распространенности заболеваний мочеполовой системы, к которым относится и рак мочевого пузыря, определяется географическая зависимость (рисунок 1):

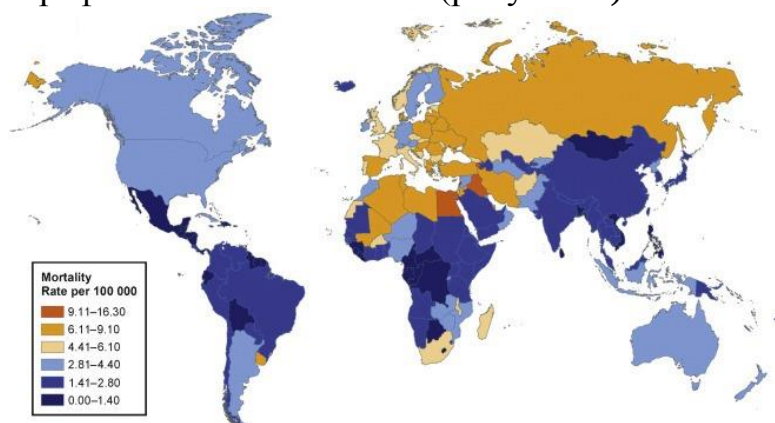


Рисунок 1. Распространенность заболевания мочеполовой системы в мире (расчет на 100 тысяч населения)

Из рисунка видно, что наибольшая заболеваемость (около 9-16 случаев на 100 тысяч населения) отмечается в Египте и Ираке, 6-9 случаев на 100 тысяч населения – в Российской Федерации, странах Северной Африки (Алжир, Ливия). Наименьшая заболеваемость (0-2 случая на 100 тысяч населения) отмечается в странах Азии, Южной Африки и Америки [2].

По данным официального статистического сборника здравоохранения Республики Беларусь за 2017 год по сравнению с 2016 повысилась заболеваемость населения заболеваниями мочеполовой системы (таблица 1) [3].

Таблица 1. Общая заболеваемость мочеполовой системы населения Республики Беларусь за 2016 – 2017 годы (расчет на 100 тысяч человек)

Год	РБ	Минск	Брестская	Витебская	Гомельская	Гродненская	Минская	Могилевская
		к	я	ка	ка	ская	ая	евская

			область	област ь	область	область	област ь	област ь
201 6	905 3	14518	7664	9204	8543	5374	8068	6189
201 7	952 8	15408	8252	9263	8603	6135	8274	6746

Среди факторов риска возникновения онкологических заболеваний мочевого тракта выделяют эндогенные и экзогенные причины. К эндогенным относят: генетическую предрасположенность, нарушение компенсаторных механизмов организма, сбой нейроэндокринной регуляции, мутационная изменчивость генов в течение жизни, формирование мисфолдированного белка вследствие нарушения экспрессии гена. Что касается экзогенных причин, то к ним можно отнести: химические вещества, поступающие в организм в процессе жизнедеятельности; курение, посредством которого в организм попадает ряд канцерогенных веществ; алкоголь, приводящий к неконтролируемой пролиферации клеток посредством воздействия на механизмы регуляции, иммунную систему; питание (риск заболевания повышает нерегулярное и недостаточное употребление молока, моркови, овощей семейства зонтичных, воды (менее 1 литра в сутки), а также увлечение копченой, пересоленной пищи и крепкого кофе).

С целью оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями мочевого тракта, в частности с онкологическими заболеваниями мочевого пузыря, и планирования мероприятий по первичной профилактике популяционной заболеваемости необходима разработка информационно-логической модели управления данными процессами, которая включала бы в себя: обращение пациента за медицинской помощью в поликлинику или стационар, госпитализацию с целью постановки диагноза и лечения, формирование персонифицированного регистра пациентов с данной патологией, совокупный анализ данных поликлинического и госпитального этапа оказания медицинской помощи, оценку эффективности диагностики и лечения, а также характеристику района проживания, корреляционный анализ данных, определение популяционных и индивидуальных факторов риска.

Выводы. В Республике Беларусь в 2017 году по сравнению с предыдущими годами общая заболеваемость населения болезнями мочевого тракта повысилась, участились случаи возникновения рака мочевого пузыря (на 100 тысяч человек 12 тысяч мужчин и 2 тысячи женщин), что диктует необходимость разработки информационно-логической модели управления процессом оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями мочевого тракта и планирования мероприятий по первичной профилактике популяционной заболеваемости.

Список литературы.

1. Карякин, О.Б. Рак мочевого пузыря: что нового в 2017 году / О.Б. Карякин, А.Д. Каприн // Онкоурология, 2018. – № 1(14). – С. 157 – 166.

2. Каприн, А.Д. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические факторы прогноза выживаемости при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря / А.Д. Каприн [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена, 2018. – № 1. – С. 22 – 29.

3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ КАЛИЙНОЙ ШАХТЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бородин Д.И., Севрукевич В.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра радиационной медицины и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Аветисов А.Р.

Актуальность исследования состоит в приоритетности охраны здоровья работников, занятых в подземных условиях труда [1, 2]. Условия труда работников, занятых в подземных условиях РУП «ПО «Беларуськалий», являются в некотором отношении уникальными, т.к. сочетают воздействие как вредных факторов производства, так и полезных влияний на организм работающих. Воздействие природных калийных солей (на примере спелеокамер) изучено в значительной степени. Многочисленны доказательства положительного влияния спелеотерапии на иммунный, эндокринный статус, на различные патологические процессы, что привело к широкому использованию соляных палат в лечении и реабилитации пациентов [3]. Вместе с тем, состояние здоровья работников, занятых в подземных условиях калийных рудников РУП «ПО «Беларуськалий», характеризуется высокими показателями общесоматической патологии и профессиональных заболеваний. За последние три года отмечен рост бронхолегочной патологии, увеличение количества как острых, так и хронических случаев.

На сегодняшний день недостаточно изучено влияние минерала сильвинита на слизистые дыхательных путей, в частности его легко растворимых пылей с относительно малым содержанием сульфатных солей и нерастворимого осадка до 2%, обладающих химическим и механическим действием. Легко растворимые сильвинитные пыли, богатые калием, при воздействии на слизистую органов дыхания оказывают выраженное местное действие, и в местах наиболее высокой концентрации приводят даже к перфорации переднего отдела носовой перегородки. Кроме того, они могут проникать в кровеносное русло и накапливаться в органах и тканях.

Таким образом, у рабочих при вдыхании минеральной пыли наряду с механическим имеют место и разнообразные по своим свойствам химические влияния на слизистую оболочку бронхов и, возможно, внутренних органов [4, 5].

Целью исследования является анализ влияния производственных аэрозолей солигорской калийной шахты на функциональное состояние органов дыхания у шахтеров.

Материал и методы. В исследование были включены 50 шахтеров Солигорска (все мужчины, средний возраст – 37,7 лет), со стажем работы от 1 до 8 лет. Всем шахтерам проводилось исследование функции внешнего дыхания методом спирометрии.

Результаты и обсуждение. Из 50 обследованных работников вентиляционная функция легких была в норме у 42 человек (84%). У остальных 8 (16%) шахтеров обнаружилось различного характера и разной степени выраженности нарушения ФВД. Обструктивные нарушения зафиксированы у 2 шахтеров (4%), причем у одного из них нарушения ФВД были квалифицированы как резкие (ОФВ₁ – 29%; СОС₂₅₋₇₅ – 24%). У 1 шахтера (2%) выявлены нарушения ФВД смешанного характера умеренной степени тяжести. Наибольший процент среди лиц с нарушениями ФВД составили работники с рестриктивным типом изменений вентиляционной функции (10%), причем у большинства обследованных снижение ФВД было умеренным (8%), а у 1 работника – значительным. То, что среди выявленных нарушений функции ФВД преобладают рестриктивные, а не обструктивные, как можно было бы ожидать, связано, вероятно, с позитивным влиянием природных калийных солей на бронхиальную проходимость. В таком случае негативное воздействие сильвинитовых аэрозолей на органы дыхания частично нивелируется и, возможно, ослабляется за счет муколитических и бронхолитических эффектов калийных солей. Таким образом, обструктивные нарушения вентиляции, обычно являющиеся наиболее ранними и частыми функциональными признаками бронхита наблюдаются реже, чем рестриктивные.

Как свидетельствует таблица 1, у группы обследуемых работников рудников средние показатели ФВД были весьма высоки и полностью соответствовали нормальным значениям, хотя был отмечен очень большой разброс показателей. Так, ФЖЕЛ колебалась от 57 до 129% от должного показателя, а ОФВ₁ от 29 до 131% от должного.

Таблица 1. Показатели ФВД у подземных работников рудников со стажем работы в условиях производственной вредности от 1 до 8 лет ($M \pm m$).

Показатели	ФЖЕЛ,% от должного	ОФВ ₁ ,%	МОС ₂₅ ,%	МОС ₅₀ ,%	МОС ₇₅ ,%
Работники со стажем работы от 1 до 8 лет	97,7±14,4	92,6±11,7	93,3±14,4	90,8±12,6	87,1±11,7

Данный факт объясняется тем, что большинство подземных работников рудников РУП «ПО «Беларуськалий» со стажем работы от 1 до 8 лет, являются молодыми, здоровыми и физически хорошо развитыми людьми, у которых

показатели ФВД обычно значительно превышают рассчитанные для людей данного веса и возраста должные показатели.

Выводы. Несмотря на влияние промышленных сильвинитовых аэрозолей на персонал, функция лёгких шахтеров оставалась нормальной на протяжении длительного промежутка времени. Вероятно, этот результат обусловлен бронхолитическим и муколитическим действием калиевой соли и отсутствием микробного загрязнения воздуха шахты. Возможно, курение оказывает более значимое отрицательное влияние на функцию лёгких работников калийных рудников, чем промышленные аэрозоли. В связи с этим пропаганда отказа от курения может быть одним из основных пунктов профилактической работы по профилактике заболеваний органов дыхания в солигорском калийном руднике.

Список литературы.

1. Оценка профессионального риска и охрана здоровья шахтеров / Н. И. Меньяло [и др.] // Уголь Украины. – 2000. – № 9. – С. 15–18.
2. Малащенко, А.В. Пылевой бронхит как одна из форм пневмокониоза / А.В. Малащенко // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. – 2008. – Приложение к выпуску 1. – С. 36–40.
3. Измеров, Н.Ф. Оценка профессионального риска в медицине труда: принципы, методы и критерии / Н.Ф. Измеров, Э.И. Денисов // Вестн. РАМН. – 2004. – № 2. – С. 17–21.
4. Гришин, Е.Л. Исследование запыленности рудничного воздуха при различных системах разработки месторождений калийно-магниевых солей / Е.Л. Гришин // Стратегия и процессы освоения георесурсов: материалы Ежег. науч. сессии. – М., 2007. – 342 с.
5. Speleotherapy for Asthma (Cochrane Review) / S. Beamon [et al.]. – Oxford, 2002. – 78 p.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ГОМЕЛЯ ЗА 2015-2018 ГОДЫ

Букотина Д.А., Старостенко И.О.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Островский А.М.

Актуальность исследования. Изучение здоровья населения и оценка влияния на него различных факторов – важная задача здравоохранения. Актуальность этого вопроса обусловлена значимостью учета и анализа данных о заболеваемости, которые позволяют проводить целенаправленные эффективные профилактические мероприятия по ее снижению, правильно планировать работу врачей, медицинских организаций и органов здравоохранения, успешно управлять лечебно-диагностическим процессом [1].

Целью исследования является изучение динамики заболеваемости детей дошкольного возраста города Гомеля с 2015 по 2018 годы.

Материалы и методы исследования. Для анализа использовались отчеты по заболеваемости детей в возрасте с 3-х до 6 лет, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля за период с 2015 по 2018 годы. Для полученных данных были рассчитаны экстенсивные и интенсивные показатели индекса здоровья и общей заболеваемости детей дошкольного возраста, а также проведен анализ этих показателей в динамике. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2013 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика числа детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы представлена в таблице 1.

Таблица 1. Динамика количества детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы

Год	Кол-во детей с 3-х до 6 лет	Абсолютный прирост	Темп роста, %	Темп прироста, %	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности, %
2015	191	—	—	—	—	100
2016	190	-1	99,5	-0,5	2	99,5
2017	200	10	105,3	5,3	1,9	104,7
2018	203	3	101,5	1,5	2	106,3

Исходя из данных таблицы 1, можно сказать, что число детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы увеличивалось. По сравнению с 2015-2016 годами количество детей в 2017 годом увеличилось на 5,3%, увеличившись на 1,5% в 2018 году по сравнению с предыдущим годом.

Динамика индекса здоровья детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы представлена в таблице 2.

Таблица 2. Динамика индекса здоровья детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы

Год	Индекс здоровья, %	Абсолютный прирост	Темп роста, %	Темп прироста, %	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности, %
2015	68,1	—	—	—	—	100

2016	74,2	6,1	109	9	0,68	109
2017	75	0,8	101,1	1,1	0,73	110,1
2018	77,8	2,8	103,7	3,7	0,76	114,2

Исходя из данных таблицы 2, следует, что наилучший показатель индекса здоровья был отмечен в 2018 году, с незначительным снижением в последующие годы. Так, по сравнению с исходным 2015 годом, когда индекс здоровья детей раннего возраста составлял 68,1%, в последующие годы данный показатель увеличился на 9-14,2%.

Динамика показателя общей заболеваемости детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы представлена в таблице 3.

Таблица 3. Динамика общей заболеваемости детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы

Год	Общая заболеваемость, ‰	Абсолютный прирост	Темп роста, %	Темп прироста, %	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности, %
2015	0,92	—	—	—	—	100
2016	1	0,08	108,6	8,6	0,009	108,6
2017	0,97	-0,03	97	-3	0,01	105,4
2018	0,88	-0,09	90,7	-9,3	0,01	95,6

Из таблицы 3 следует, что по сравнению с 2015 годом показатель общей заболеваемости детей дошкольного возраста в 2018 году снизился на 4,4%.

В период с 2015 по 2017 годы в ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля числился один часто и длительно болеющий ребенок, в 2018 году таких детей не было.

Динамика средней длительности 1 случая заболевания детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы представлена в таблице 4.

Таблица 4. Динамика средней длительности 1 случая заболевания детей дошкольного возраста, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля в период с 2015 по 2018 годы

Год	Ср. дл. 1 случая, в днях	Абсолютный прирост	Темп роста, %	Темп прироста, %	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности, %
2015	5,15	—	—	—	—	100
2016	5,03	-0,12	97,7	-2,3	0,05	97,6
2017	4,7	-0,33	93,4	-6,6	0,05	91,3
2018	4,34	-0,36	92,3	-7,7	0,046	84,3

Исходя из вышеприведенной таблицы, следует, что имеется четко выраженная тенденция к снижению средней длительности 1 случая заболевания детей дошкольного возраста. Так, например, по сравнению с 2015 годом в 2018 году этот показатель снизился на 15,7%.

Выводы. Наблюдается абсолютный прирост показателя индекса здоровья, темп роста положителен с 2015 по 2018 годы, абсолютный показатель 1% прироста и показатель наглядности увеличиваются по сравнению с 2015 г.

Общая заболеваемость снижается, темп прироста отрицательный, абсолютный показатель 1% прироста и показатель наглядности уменьшаются.

Средняя длительность заболевания уменьшается, темп прироста отрицательный, абсолютный показатель 1% прироста и показатель наглядности снижаются.

Таким образом, проведенный анализ позволяет судить о том, что в ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля наблюдается положительная тенденция к повышению уровня здоровья детей дошкольного возраста, что, в свою очередь, может быть следствием эффективности проводимых в этом коллективе лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Список литературы.

1. Будник, Я.И. Виды заболеваемости: учет, отчетность, методика вычисления и оценки показателей : учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса лечеб. и 4 курса мед.-диагност. фак. мед. вузов / Я.И. Будник, Т.М. Шаршакова ; УО "ГомГМУ", Каф. общественного здоровья и здравоохранения. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 31 с.

СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ГОМЕЛЯ В 2015-2018 ГОДЫ

Букотина Д.А., Старостенко И.О.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом ФПКиП

Научный руководитель – к.м.н., ассистент А.М. Островский

Введение. Развитие современной медицинской науки, совершенствование системы управления здравоохранением предполагает постоянный мониторинг состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения. Для этого осуществляется сбор данных и анализ показателей заболеваемости. Данные о заболеваемости позволяют проводить целенаправленные профилактические мероприятия по снижению зарегистрированной патологии, а также определять потребность в медицинских кадрах и больничных койках. Научное обоснование профилактических программ также базируется на анализе показателей заболеваемости и их динамике [1, 2].

Цель. Изучить структуру первичной заболеваемости детей дошкольного возраста города Гомеля в 2015-2018 годы

Материалы и методы. Для анализа использовались отчеты по заболеваемости детей в возрасте с 3-х до 6 лет, посещающих ГУО «Ясли-сад № 137» города Гомеля за период с 2015 по 2018 годы, на основе которых была рассчитана структура первичной заболеваемости детей. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel, 2013 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований нами определена структура первичной заболеваемости детей дошкольного возраста города Гомеля в 2015-2018 годы (рисунок 1).

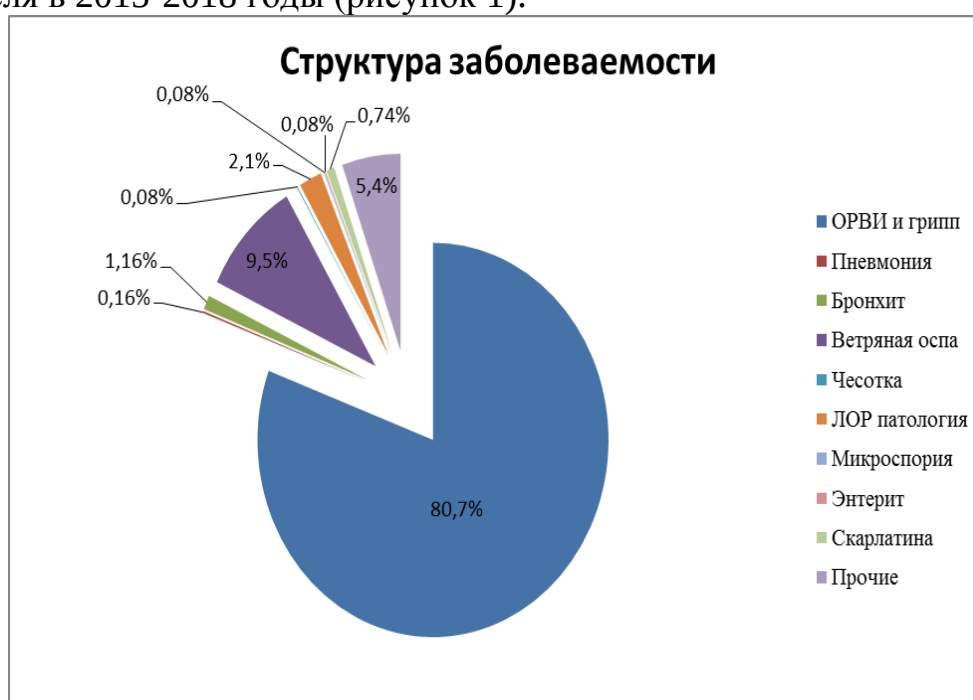


Рисунок 1. Структура первичной заболеваемости детей дошкольного возраста города Гомеля в 2015-2018 годы

На вышеприведенной диаграмме видно, что большую часть первичных случаев заболеваний детей дошкольного возраста занимают ОРВИ и грипп – 80,7%, за ними по числу зарегистрированных случаев следует ветряная оспа – 9,5%, ЛОР-патология составляет 2,1%, бронхит – 1,16%. На долю пневмонии, чесотки, скарлатины, микроспории и энтерита приходится менее 1% случаев. Прочие заболевания составляют 5,4%.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что в структуре первичной заболеваемости детей дошкольного возраста наибольший удельный вес занимают ОРВИ и грипп, что диктует необходимость своевременного проведения мероприятий лечебно-профилактической и оздоровительной направленности. Для этого рекомендуется регулярно проводить влажную уборку

и проветривание помещений детских дошкольных учреждений, осуществлять медицинские осмотры с целью выявления детей на ранних стадиях заболевания, а также проводить физкультурно-оздоровительные мероприятия с воспитанниками, используя природные источники оздоровления и специально организованную деятельность.

Список литературы.

1. Будник, Я.И. Виды заболеваемости: учет, отчетность, методика вычисления и оценки показателей : учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса лечеб. и 4 курса мед.-диагност. фак. мед. вузов / Я.И. Будник, Т.М. Шаршакова ; УО "ГомГМУ", Каф. общественного здоровья и здравоохранения. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 31 с.

2. Глушанко, В.С. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие : учеб.-метод. пособие для студ. учрежд. высш. образ., обуч. по спец. 1-79 01 02 "Лечеб. дело" и 1-79 01 07 "Стоматология" / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг ; под ред. В.С. Глушанко ; УО "ВГМУ", Каф. общественного здоровья и здравоохранения. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 175 с.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КЛИМОВСКОГО РАЙОНА БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Воскобойникова Е.А., Соловьёв В.Ю.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель
Шестакина Н.В.**

Актуальность исследования состоит в том, что заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинского персонала, учреждений, системы здравоохранения в целом. Анализ динамики уровней первичной заболеваемости в целом и по нозологическим формам позволяет выявлять факторы, способствующие возникновению заболеваний, решать вопросы улучшения диагностики, планировать мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости [1].

Цель исследования является анализ заболеваемости взрослого населения Климовского района Брянской области за 2015-2017 годы.

Материалы и методы. Анализ был проведен в дизайне ретроспективного исследования, в котором проанализирована и обобщена информация из ГБУЗ «Климовская ЦРБ». Были определены показатели первичной и общей

заболеваемости («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» – форма № 12 за 2015-2017 годы), а также их структура (использована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра). Статистически значимыми считали отличия при уровне $p < 0,05$.

Статистическая обработка материала включала расчет относительных величин (интенсивные и экстенсивные показатели), средней ошибки относительных величин, критерия достоверности t . Анализ осуществлялся при помощи электронных таблиц Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выявлено, что в динамике за три года в Климовском районе Брянской области уровень первичной заболеваемости достоверно снизился с $563,4 \pm 3,0$ в 2015 году до $531,3 \pm 3,0$ случая в 2017 году на 1000 населения, т.е на 6,0% ($p \leq 0,01$).

При анализе первичной заболеваемости взрослого населения Климовского района Брянской области выявлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. В то же время наблюдалось достоверное снижение ($p < 0,05$) болезней мочеполовой системы, некоторых инфекционных и паразитарных болезней, болезней системы кровообращения.

В 2017 году в структуре первичной заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания (29,23%), второе – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (11,42%), третье – болезни глаза и его придаточного аппарата (9,91%), четвертое – болезни мочеполовой системы (9,0%), пятое – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (6,45%). Структура первичной заболеваемости взрослого населения Климовского района Брянской области отличается от структуры заболеваемости населения Российской Федерации: болезни мочеполовой системы занимают третье место, болезни кожи и подкожной клетчатки – четвертое место, болезни органов пищеварения – пятое место [2,3].

Показатель общей заболеваемости достоверно снизился с $1547,3 \pm 22,0$ в 2015 г. до $1345,0 \pm 21,0$ случаев в 2017 году на 1000 населения, т.е на 13,0% ($p \leq 0,01$). При анализе общей заболеваемости взрослого населения Климовского района Брянской области выявлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) заболеваний органов дыхания, болезней глаза и его придаточного аппарата, травм отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. В то же время наблюдалось достоверное снижение ($p < 0,05$) болезней системы кровообращения, болезней мочеполовой системы, новообразований.

В структуре общей заболеваемости в 2017 году первое место занимают болезни системы кровообращения (24,57%), второе – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,86%), третье – болезни органов дыхания (12,57%), четвертое – эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (9,30%), пятое – болезни органов пищеварения (8,54%).

Выводы. Таким образом, уровень первичной и общей заболеваемости взрослого населения Климовского района Брянской области имеет тенденцию к снижению. В структуре первичной заболеваемости у населения Климовского района Брянской области, так же как и в РФ первое место занимают болезни органов дыхания, а в структуре общей заболеваемости – болезни кровообращения.

Список литературы.

1. Александрова Т.Б. и др. Анализ и оценка деятельности здравоохранения // Учебно-методическое пособие. Томск. 2011. С.163-164.
2. Александрова Г.А., Поликарпов А.В., и др. Заболеваемость всего населения России в 2017г. // Статистические материалы. Москва. 2018. С. 4-5.
3. Агеева Л.И., Александрова Г.А, и др. Здравоохранение в России // Статистический сборник. Росстат. 2017. С. 29.

ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ – СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Гаджиева А.М.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра Организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Актуальность данной статьи обусловлена тем, что в последние годы возросла роль судебно-психиатрической экспертизы (далее – СПЭ), в особенности при ведении уголовных и гражданских дел. С принятием Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» граждане получили возможность, опираясь на него, обратиться в суд в случае нарушения их прав, например, при неправомерном направлении на недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар, при несогласии с решением врачей-судебных психиатров о постановке на учет в психоневрологический диспансер и в других случаях, предусмотренных данным законом. Но даже при его действии имеют место быть проблемы, возникающие при назначении и производстве СПЭ.

В связи с этим целью исследования является освещение основных аспектов в области СПЭ, рассмотрение правовых основ регулирования и выявление основных проблем при назначении и производстве СПЭ. В процессе проведения исследования использовался аналитический метод при изучении Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказа Минздрава РФ от 12.01.2017 № 3н «Об утверждении порядка проведения судебно-

психиатрической экспертизы». Одним из основных законодательных актов является Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в соответствии с которым принимаются и другие документы, защищающие и регулирующие особенности психического здоровья граждан, в том числе и проведение СПЭ. При анализе нормативных документов можно выделить несколько основных условий, при соблюдении которых права граждан не будут нарушены, производство СПЭ будет возможным, а ее результаты будут наиболее близкими к точным:

Наличие достаточных оснований для принятия решения о назначении СПЭ. Если говорить об уголовных и гражданских делах, то решение органа (лица), ведущего судопроизводство, о применяемом наказании в отношении обвиняемого зависит, в том числе и от результатов СПЭ. В некоторых случаях они смягчают меру наказания. Поэтому решение о назначении СПЭ должно быть законным и объективно обоснованным. Помимо случаев, отраженных в ст.196 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (далее – УПК РФ), основаниями могут служить подтвержденные сведения: о ранее оказываемой психиатрической помощи лицу; о получении черепно-мозговых травм; об обучении в учреждениях для лиц с задержкой и отставанием в психическом развитии [2]. Также проводится допрос родственников и знакомых людей лица, в отношении которого стоит вопрос о назначении СПЭ. Но предоставленную информацию до конца нельзя считать достоверной, так как она может быть ложной, как заведомо, так и без умысла (например, слухи).

Наличие права у эксперта проводить СПЭ [3].

Законодательство жестко регламентирует, какое образование и квалификацию должны иметь специалисты, имеющие право проводить СПЭ. Судебно-психиатрические эксперты должны иметь диплом о высшем образовании по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», пройти подготовку в ординатуре по специальности «Судебно-психиатрическая экспертиза», или же иметь диплом пройти профессиональную переподготовку по данной специальности при наличии подготовки по специальности «Психиатрия» [4].

Прозрачность и честность проведения СПЭ.

Эксперты, занимающиеся проведением СПЭ, на основании законодательства занимают независимое положение от сторон судебного процесса. Даже в комиссии, которой поручено проведение СПЭ, каждый её член независимо и самостоятельно проводит исследование, дает оценку результатам, полученным им и его коллегами, и формулирует вывод в пределах своих специальных знаний, а также несет ответственность за проведенные им исследования [1]. Таким образом, даётся наиболее объективная оценка психического состояния гражданина, в отношении которого назначена СПЭ.

Нарушение закона при осуществлении судебно-экспертной деятельности недопустимо и влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации [5].

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что в ходе судопроизводства могут возникнуть проблемы с достоверностью информации, которая служит основанием для назначения СПЭ. Поэтому важны необходимость использования только фактически подтвержденной информации и независимость органов судопроизводства в принятии данного решения. Наиболее четкое представление имеется о производстве СПЭ. Оно проводится специалистами, имеющими квалификацию, соответствующую существующему законодательству, так как они несут юридическую ответственность за поставленное ими заключение. [2]. Но при этом эксперты не всегда могут дать ответы на поставленные судом вопросы ввиду невозможности исследования, поэтому может возникнуть проблема в полноте и точности предоставленного ими заключения. И, исходя из этого, возникает проблема в справедливости принятого решения о необходимой мере наказания и, возможно, что и в правильности выбранной методики лечения лиц, прошедших СПЭ. Данные проблемы нуждаются в решении посредством совершенствования законодательства и развития медицины в направлении психиатрии.

Список литературы.

1. Антонович Е.К., Антонович Б.А. Некоторые особенности принятия решений о назначении судебно-психиатрической экспертизы подозреваемых и обвиняемых// Медицинское право.-2017.- № 3(73).- С.33-38.
2. Симонян Р.З. Базовые положения законодательства о должностях, квалификации и специальностях медицинских работников. В сборнике: Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов// Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ. Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, П.В. Ткаченко и, А.И. Овод, Н.Б. Дрёмовой, Н.С. Степашова.- 2017.- С. 536-540.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.01.2017 № 3н «Об утверждении порядка проведения судебно – психиатрической экспертизы». URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/22843?items=10&page=1> (дата обращения: 08.03.2019.)
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71231064/paragraph/1:0> (дата обращения: 08.03.2019.)
5. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12123142/paragraph/33:0> (дата обращения: 08.03.2019.)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО МЕЛАНОМЕ КОЖИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 ГГ.

Гокин А.Г., Зубцов М.С., Чугуев А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Кафедра дерматовенерологии

Научные руководители – к.м.н., доцент Хвостовой В.В.,

д.м.н., профессор Силина Л.В.

В общей структуре онкологической заболеваемости населения РФ кожа является одной из ведущих среди всех локализаций и нозологических форм злокачественных новообразований (ЗНО). При этом одной из самых высокозлокачественных опухолей с агрессивным клиническим течением является меланома кожи (МК).

За последние 40 лет заболеваемость МК в мире возросла примерно в 3 раза. В России в течение последних 15 лет отмечается рост заболеваемости на 70% [2, 5, 6]. Однако заболеваемость МК неодинакова в различных регионах Российской Федерации, что создает необходимость более подробного изучения эпидемиологических данных по заболеванию [3].

Целью исследования является анализ эпидемиологических данных по меланоме кожи в Курской области за период 2008-2017 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ патологоанатомических заключений 844 пациентов в возрасте от 5 до 95 лет, которым было выполнено оперативное удаление меланомы кожи на территории Курской области за период 2008-2017 гг. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программы Statistica 8.0.

Результаты и обсуждения. Из 844 операций 547 (65%) выполнено женщинам, 297 (35%) – мужчинам, что соответствует данным большинства авторов, указывающих на практически двукратное преобладание женщин в структуре общей заболеваемости [3].

Опухоль встречается практически в любом возрасте, но чаще в 40-70 лет. Средний возраст больных меланомой кожи за изучаемый период составил $61,8 \pm 15,79$ лет. Возрастные показатели заболеваемости среди мужчин и женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1. Средний возраст больных меланомой кожи

Год	Мужчины			Женщины			Всего		
	N	Ср. возраст	Ст. откл.	N	Ср. возраст	Ст. откл.	N	Ср. возраст	Ст. откл.
2008	14	59,86	15,84	41	55,07	16,85	55	56,29	16,59
2009	23	62,22	16,09	45	59,11	17,06	68	60,16	16,68
2010	20	60,90	16,64	61	63,49	14,36	81	62,85	14,89
2011	27	62,70	18,14	58	64,34	14,82	85	63,82	15,85
2012	32	64,06	14,16	56	66,29	14,83	88	65,48	14,55
2013	34	61,94	16,59	63	61,33	16,21	97	61,55	16,26

2014	32	61,81	14,69	54	63,67	15,95	86	62,98	15,43
2015	39	58,97	16,37	56	65,04	14,13	95	62,55	15,30
2016	42	55,60	15,79	59	61,19	17,57	101	58,86	17,00
2017	30	58,03	15,83	50	63,64	13,24	80	61,54	14,43
Всего	293	60,38	15,98	543	62,56	15,66	836	61,80	15,79

В настоящее время уровень заболеваемости МК остается высоким как в Российской Федерации, так и в большинстве стран мира, за исключением лишь коренных жителей Азии, Африки и Латинской Америки. Однако более пессимистичным представляется тот факт, что на протяжении десятилетий прослеживаются тенденции роста заболеваемости меланомой кожи со среднегодовым темпом прироста около 4% [1].

При изучении патолого-анатомических заключений больных, оперированных по поводу МК в Курской области, были получены следующие результаты: темп прироста заболеваемости варьировал от -20,79% до 23,64% со средним значением за 9 лет 5,15%, что соответствует общемировым показателям (таблица 2).

Таблица 2. Среднегодовой темп прироста заболеваемости МК в Курской области в 2008-2017 гг.

Год	Количество пациентов	Темп прироста
2008	55	
2009	68	23,64%
2010	81	19,12%
2011	85	4,94%
2012	88	3,53%
2013	97	10,23%
2014	85	-12,37%
2015	95	11,76%
2016	101	6,32%
2017	80	-20,79%
Среднее значение		5,15%

Анализируя возрастно-половые показатели заболеваемости, отмечаются пики заболеваемости меланомой кожи: в возрастных интервалах 45-59 и 70-74 лет. В детском и подростковом возрасте (от 0 до 19 лет) случаи заболеваемости меланомой кожи единичны. В возрасте 80 лет и старше у обоих полов наблюдается значительное снижение заболеваемостью меланомой, что вероятно связано со средней продолжительностью жизни в России, составляющей 72,7 лет [4].

Таким образом, проведя анализ эпидемиологических данных по меланоме кожи в Курской области за период 2008-2017 гг, можно сделать вывод, что большинство показателей соответствуют общероссийским: в структуре общей заболеваемости преобладают женщины; большинство пациентов попадают в

возрастную группу 40-70 лет; за последние 10 лет отмечается рост заболеваемости МК, незначительно превышающий общероссийские показатели.

Список литературы.

1. Демидов Л.В. Меланома кожи – что нового за 50 лет? // Профессиональное общество онкологов-химиотерапевтов. - 2011. - Ст. 6.
2. Малишевская Н.П., Игликов В.А. и др. Эпидемиология злокачественных новообразований кожи на Среднем Урале. Кунгуров Н.В. (ред.) Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика. Курган: Зауралье, 2010: 8-33.
3. Малишевская Н.П., Соколова А.В., Демидов Л.В. Современное состояние заболеваемости меланомой кожи в Российской Федерации и федеральных округах // Медицинский совет. - 2018. - №10. - С. 161-165.
4. Статистика: Продолжительность жизни в России // Руксперт URL: https://ruxpert.ru/Статистика:Продолжительность_жизни_в_России (дата обращения: 12.03.2019).
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Качественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). М.: ФП «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. 289 с. 4.
6. Chen ST, Geller AC, Tsao H. Update on the epidemiology of melanoma. Curr Dermatol Rep, 2013, 2(1): 24–34.

ОХРАНА ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ УЗБЕКИСТАНА ОТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫМИ СТОКАМИ

Джалилова Г.А., Максудова Н.А., Маширапов Б.О.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра Общественного здоровья и управления здравоохранением;
Научно-исследовательский институт ирригации и водных проблем
Научный руководитель – д.м.н., профессор Искандарова Ш.Т.**

Хозяйственно-бытовые сточные воды являются важными, с экологических позиций, источниками загрязнения водоемов в республике. Они обычно составляют до 30 процентов всех сточных вод, сбрасываемых в водоемы [2]. Литературные источники свидетельствуют о том, что эффективность используемых в настоящее время способов обработки канализационных сточных вод по общему количеству бактерий составляет: для песколовок 10-12%, для отстойников 25-75%, для биологических фильтров 80-95%, для аэротенков 90-98%, после хлорирования до 99% [3].

В Узбекистане недостаточная эффективность канализационных очистных сооружений обычно связана с техническими дефектами, допущенными при строительстве или нарушениями правил их эксплуатации. В таких случаях

абсолютные величины большинства биологических загрязнений после очистки остаются выше установленных на них предельно допустимых концентраций [6]. При некачественном обеззараживании бытовые сточные воды характеризуются высокой степенью микробиологического загрязнения: коли-индекс 10^5 - 10^7 , в сточной жидкости обнаруживаются патогенные энтеробактерии и энтеровирусы [1].

Обеспеченность населения сельской местности системами канализации по состоянию на 02.01.2017 г. составляет 5,1%, т.е. 94,9% сельских жителей для отведения бытовых сточных вод (вода от душевых, кухни, стирки белья и канализационная сточная жидкость) используют дворовые выгребные ямы. Сточные воды загрязняют поверхностные и подземные воды, являющиеся источниками питьевого водоснабжения, содержат органические, минеральные вещества, тяжелые металлы, патогенную кишечную микрофлору [4, 8]. Загрязнение окружающей среды бытовыми стоками приводит к развитию онкологических и инфекционных заболеваний, интенсивные показатели которых у сельского населения значительно превышают показатели городского населения [7].

Цель исследований состояла в эколого-гигиенической оценке эффективности функционирования систем канализации в Узбекистане и разработке рекомендаций по охране окружающей среды от загрязнения бытовыми сточными водами.

Материалы и методы. Исследования включили изучение материалов санитарно-технической эффективности работы систем канализации, выполненных подразделениями Министерства коммунального обслуживания Республики Узбекистан в период 2014-2018 годы, а также территориальных органов санитарно-эпидемиологического надзора Минздрава Республики Узбекистан.

Оценка работы систем канализации осуществлялась в соответствии со СНиПом 2.04.03-97 «Канализация, наружные сети и сооружения»; СанПиНом РУз № 0129-02 «Гигиенические требования к системам канализации в условиях Узбекистана».

Установлено, что в республике Узбекистан по состоянию на 02.01.2019 г. имеется 12216 населенных пунктов, из них 119 городов, 1085 посёлков городского типа (ПГТ) и 11012 сельских населённых пунктов (СНП). Из 119 городов 79 имеют централизованные системы канализации, из 1085 поселков городского типа канализацию имеют 53, а из 11012 сельских населенных пунктов канализованы 51. Обеспеченность системами канализации в целом по республике в городах составляет 66,4 процента, в посёлках городского типа – 4,9 процента и в сельских населенных пунктах – 0,5 процента (рисунок 1). В целом по республике централизованной канализацией пользуются 17% населения. Численность населения в канализованных зонах составляет 8335 тыс. человек. Из них подключены к системам канализации 3990 тыс. человек, что составляет 47,9%.

Установлено, что в целом по республике лишь 132 из 1204 городов и поселков городского типа обеспечены системами канализации. В наилучшем

положении находятся Ташкентская, Сырдарьинская, Наманганская и Ферганская области. В Ташкентской области 29 городов и посёлков городского типа из общего количества (113) охвачены централизованной канализацией. В Сырдарьинской области это соотношение составляет 13 из 30, в Наманганской области 12 из 128 и в Ферганской области 11 из 206-ти.

В наихудшем состоянии находится Хорезмская область, в которой только в 4-х из 61-ти городов и поселков городского типа имеют системы канализации. Такое же положение отмечается и в Сурхандарьинской области, где из 122 городов и поселков городского типа только в 4-х функционируют системы канализации. Город Ташкент, города Ташкентской области, Наманганской, Сырдарьинской и Хорезмской области полностью охвачены системами канализации. В наихудшем положении находятся Каракалпакстан – 25% обеспечения канализацией, Андижанская и Самаркандская области – 45,5%, Навоийская область – 50% охвата. Сельские населенные пункты находятся в бедственном положении. Так процент охвата системами канализации сельских населенных мест целом по республике составляет лишь 0,5%, в том числе в Джизакской области – 4,6%, в Ташкентской области – 2,5%, в Хорезмской области – 0,4%, в Кашкадарьинской области – 0,3%, а в остальных областях: Сурхандарьинской, Наманганской, Андижанской, Ферганской, Навоийской, Сырдарьинской, Бухарской, Самаркандской и республике Каракалпакстан системы канализации отсутствуют.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что работа систем канализации в республике неудовлетворительная. Количество сточных вод поступающих в канализационную сеть по республике составляет 2107,3 млн. м³/год, из них в городскую сеть поступает 1758,8 млн. м³/год, в селах 348,7 млн. м³/год. В разрезе областей, наибольший объем сточных вод поступает в канализационную сеть в городе Ташкенте – 811,8 млн. м³/год и Навоийской области – 219,5 млн. м³/год. Аналогичная динамика значительной разницы между количеством поступающих в канализационную сеть сточных вод и объемом их очистки на очистных сооружениях систем канализации отмечается во всех областях, городах и особенно селах республики. В целом по республике процессу очистки подвергается всего лишь 40,2% сточных вод от общего их количества, поступающих в канализационную сеть.

Анализ материалов по отводу и сбросу сточных вод из канализационных систем показывает, что только в городе Ташкенте имеет место полное отведение стоков, в то время как этот показатель является неудовлетворительным по другим регионам республики, особенно в сельских районах. Минимальный уровень отведения сточных вод установлен для городов Сурхандарьинской области и составляет 40,6%. В республике Каракалпакстан отведение стоков составляет 93,5%. Процент отвода сточных вод в сельских населенных местах составляет в целом по республике 0,24%, в Кашкадарьинской области – 4,0% и в Ташкентской области – 26%. В сельских населенных пунктах остальных областей республики отвод сточных вод не осуществляется.

Таким образом, вышеизложенные материалы свидетельствуют о том, что отмечается низкий уровень охвата населения системами канализации, неудовлетворительная эффективности работы канализационных очистных сооружений, диспропорция между потреблением воды и отводом стоков.

Список литературы.

1. Айтметова К. Санитарно-бактериологическая характеристика воды реки Ахангаран / Тезисы докладов научно-практической конференции по актуальным вопросам биосферы.-Ташкент, 1985. – С.19.
2. Воронов Ю.В. Водоотведение и очистка сточных вод.-М.: Издательство Ассоциации строительных Вузов, 2006.-702с.
3. Ильинский И.И. Гигиена сельского водоснабжения. -Ташкент Медицина,1986.-159с.
4. Кутковский К.А. Виды сточных вод и основные методы анализа загрязнителей.// Молодой ученый -2013.-№ 9 -С.119 -122.
5. Палов А.М., Румянцев И.С. Природоохранные сооружения. -М.: Колос, 2005.-520с.
6. Файзиева Д.Х., Алимова Ф.Б. Водный фактор и здоровье населения в условиях изменения климата,-Ташкент, 2011. //В сборнике республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиенической науки и санитарно-эпидемиологической службы в Узбекистане». – С.170-172.
7. Файзиева Д.Х., Усманов И.А. Вопросы разработки планов безопасности воды (ПБВ) в условиях Узбекистана. // В сборнике республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиены и санитарии в Узбекистане». – Ташкент, 2012, С.392-395.
8. Яковлев С.В., Карелин Я.А. Водоотведение и очистка сточных вод. – М.: Стройиздат, 1996.-59с.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ

Дубенская В.А., Волкова П., Марусина М.Г.

**Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова**

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
экономики здравоохранения**

Научный руководитель – д.м.н., профессор Полунина Н.В.

Актуальность исследования состоит в том, что на данный момент эпидемическая ситуация в стране рассматривается как крайне нестабильная, а количество отказов от вакцинации растет. В 2019 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала отказ от вакцинопрофилактики одной из десяти главных угроз человечеству. Такое повышенное внимание к инфекционным заболеваниям связано с ухудшением эпидемической обстановки по кори в Европе и России. По данным Минздрава РФ показатель

заболеваемости кори в 2018 году вырос втрое в сравнении с 2017 годом. Причем среди заболевших абсолютное большинство – непривитые лица, старшекласники, родившиеся в 2000-е годы, когда началась первая волна антипрививочных настроений. В 2016 году было проведено крупное международное исследование, организованное независимой организацией Vaccine Confidence Project: “State of Vaccine Confidence: 2016”, в котором было изучено мнение населения Европы и России касательно эффективности и безопасности вакцинации. По данным исследования, Россия заняла третье место среди стран с наиболее негативно и скептически настроенным населением к вакцинопрофилактике, уступив только Франции, Боснии и Герцеговине.

Целью исследования является анализ отношения населения к вакцинации и разработка методов повышения приверженности населения к вакцинопрофилактике.

Материалы и методы. Для изучения отношения к вакцинопрофилактике была составлена онлайн – анкета на платформе Google forms, с помощью которой было опрошено 606 взрослых жителей России. Анкета включала вопросы на тему отношения к вакцинации в целом, причин отказа от иммунизации, источников информации и данных о ревакцинации.

Результаты и обсуждения. Был проведен анализ отношения взрослого населения к вакцинопрофилактике. Возрастной диапазон опрошенных составил от 18 до 66 лет, со средним возрастом 31 год. Анкета для взрослого населения состояла из 17 вопросов, включала раздел с общими данными (пол, возраст, образование) и вопросы об отношении к вакцинопрофилактике. По данным анкетирования, мнение опрошенных в отношении вакцинопрофилактики разделилось поровну. Большинство опрошенных были вакцинированы в детстве (93,7%), однако лишь четверть из них провели ревакцинацию во взрослом возрасте, а треть не считают нужным или не были осведомлены о необходимости повторной вакцинации. По данным анализа ответов о сезонной иммунизации против вируса гриппа установлено, что лишь четверть респондентов прошла вакцинацию в этом году. Выявлен высокий уровень недоверия к иммунизации, связанный с низким уровнем осведомленности и знаний. Большинство респондентов черпают информацию о вакцинации в интернете или других СМИ (45,3%), реже – у своего лечащего врача (30,5%). 89,2% анкетированных считают, что имеют право на отказ от вакцинации по собственному желанию. Среди причин отказа от вакцинации были выделены наиболее распространённые: неосведомленность об опасности инфекционных заболеваний и их осложнений, негативная роль СМИ, мнение о превалировании коммерческого интереса у фармацевтических компаний над реальным вкладом в укрепление здоровья населения, отсутствие веры в эффективность вакцинации.

Выводы. Анализ полученных данных выявил низкую приверженность к вакцинации, недостаточную осведомленность населения о целях вакцинопрофилактики, ее безопасности, успехах применения, правилах и сроках проведения. Полученные данные позволили разработать комплекс

мероприятий для повышения приверженности населения к вакцинации. Проект включает в себя следующие пункты:

- организация санитарно-просветительской работы, просвещение населения о необходимости, правилах и последствиях вакцинации в ЛПУ, образовательных учреждениях и в СМИ, включая интернет-ресурсы. Для достижения данной цели возможно введение системы поощрения медицинских работников, ведущих санитарно-просветительскую работу. В настоящее время залогом успешного доведения материала до сведения населения является его качественное представление, что требует совместной работы врачей с СМИ;

- повышение доступности вакцинации и возможности использования зарубежных вакцин. В связи с предвзятым отношением к отечественным вакцинам возможен альтернативный вариант, заключающийся в возможности приобретения зарубежных вакцин населением по собственному желанию через ЛПУ и дальнейшей иммунизацией данными препаратами;

- решение вопроса о повторной иммунизации по результатам определения уровня антител в рамках диспансеризации взрослого населения;

- усложнение процедуры отказа от вакцинации по личным соображениям при отсутствии медицинских показаний. Создание врачебной экспертной комиссии для коллективного рассмотрения вопроса отказа от вакцинации при участии не только лечащего врача, но и инфекциониста и заведующего отделением. Такой метод направлен на исключения ошибок лечащего врача, принимающего решение о медицинском отводе в единолично.

- установление ответственности медицинских работников, пропагандирующих вред вакцинации;

- борьба с антипрививочным движением в интернете, включая блокировку соответствующих интернет-порталов;

- создание качественного интернет-ресурса, заполненного наглядным материалом с возможностью бесплатной консультации по вопросам иммунопрофилактики компетентными специалистами.

Список литературы.

1. Воротникова И.С., Ковалев Е.В., Махненко Д.С., Мирошниченко Г.А., Ненадская С.А., Слись С.С, Соловьев М.Ю. Об актуальных вопросах иммунопрофилактики инфекционных болезней. /Соловьев М.Ю.// Главный врач. – 2015. – № 4. – С. 6 – 9

2. Мац А.Н. Современные истоки антипрививочных измышлений и идеологий /А.Н.Мац// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2013.- № 3. – С.90 – 97

3. Озерецковский Н.А., Таточенко В.К. Иммунопрофилактика – 2018: справочник, 13 – е издание, расширенное. – М.Боргес, 2018. – С. 266.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Дышлюк А.В., Фахриев Ж.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения

Научные руководители – д.м.н., профессор Черных А.М.,

д.м.н, профессор Искандарова Ш.Т.

Актуальность исследования. Приспособление организма ребенка к безостановочно изменяющимся условиям среды приводит к изменениям конституционных характеристик детей всех возрастов с первых лет жизни до подросткового возраста. Наибольшую выраженность данные процессы приобретают в условиях мегаполиса на фоне усиленного антропогенного воздействия – распространения компьютерных технологий, информационного стресса, загрязнения среды обитания и пониженной физической активности. [2]

Целью данного исследования являлось изучение современной динамики антропометрических показателей детского населения, проживающих на урбанизированных территориях. В задачи работы входили анализ степени биологического развития по данным длины и массы тела, окружности грудной клетки, годовых прибавок длины тела, отношения окружности головы к длине тела, показателей развития вторичных половых признаков путем сравнения их со средними уровнем биологического развития детей 7-17 лет.

Материалы и методы. При обработке данных использовались методы вариационной статистики из пакета прикладных программ Biostat 9, STATISTICA 13, анализ литературных источников, аналитический и сравнительный метод, метод статистической обработки. [1,3]



**Рисунок 1. Диаграмма изменений антропометрических
показателей мальчиков 10 лет с 1958-2017 годы**

Анализ полученных данных показал, что антропометрические данные подвергались существенным изменениям в период с 1947-2017 годы. Так, после окончания Великой Отечественной войны нарастали темпы увеличения всех длинотных и широтных размеров, которые сменились обратным процессом в начале 90-х годов прошлого века. Наряду с этим отмечены признаки новой волны акселерации роста и развития курских школьников в последние годы. По сравнению с 2007-2008 годы современные показатели длины тела выросли на 3,4 см, массы тела – 3,4 кг и окружности грудной клетки – на 1,4 см. Данный процесс может быть связан с повышением эффективности информационных и образовательных средств в формировании потребности у молодых людей в регулярных занятиях физической культурой и спортом, поддержания здорового образа жизни.

Антропометрические исследования детей и подростков, проживающих на территории города Ташкент проводились на протяжении последних 26 лет. Здесь мы также можем проследить ускорение процессов роста и развития. Так, например, длина тела 11 летних мальчиков и девочек на 2013-2016 годы по сравнению с минимальными (1964-1965 годы) составила $140,1 \pm 0,32$ см и $139,1 \pm 0,23$ см соответственно, наблюдается увеличение показателя на 1,6%. То же касается и массы тела детей и подростков – прирост на 2013-2016 годы составил 4,46 кг у мальчиков и 2,3 кг у девочек 11 лет. Незначительный прирост в показателях окружности грудной клетки на фоне увеличения длины и массы тела свидетельствуют о том, что ускорение физического развития происходит по типу увеличения длинотных размеров тела.

Выводы. Таким образом, результаты исследований позволили установить волнообразный процесс изменения соматической специфики школьников, обучающихся в городе Курск за 69-летний период наблюдений. В городе Ташкент мы также можем наблюдать процесс акселерации, прослеживаемый на протяжении последних 27 лет, но в динамике он выстраивается в виде прямолинейной тенденции.

Список литературы.

1. Андреев, Л.Н. Физическое развитие детей школьного возраста г. Курска за 1947-1958 годы / Л.Н. Андреев. – Курск. – 1959. – С. 57
2. Безатян, М.А. Анализ показателей физического развития детей подросткового возраста начала XX и XXI веков / М.А. Безатян, А.А. Виноградов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2013. – С. 154-157.
3. Черных, А.М. Методы исследования физического развития детей и подростков (региональные показатели физического развития детей и подростков Курской области): Учебно-методическое пособие/ А.М. Черных, Е.А. Губарев, Е.Ю. Резцова, И.Л. Горяинова – Курск, 2009. – С. 201

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Егорова А.И., Дейнекин А.А., Кондратова С.Э.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – ассистент Яманова Г.А.

Актуальность исследования. Проживая в любой климатической зоне, человек испытывает на себе влияние различных факторов окружающей среды: экологическая ситуация, эпидемиологическая напряженность региона, развитие промышленности, метеорологические факторы и др. Современная цивилизация характеризуется постоянным ростом объемов промышленности и сельскохозяйственного производства, увеличением потребления энергии и энергоносителей, появлением новых технологий. При воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды на человеческий организм могут наблюдаться нежелательные эффекты, такие как: изменение наследственных структур, онкологические заболевания, заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и т.д [3].

Цель исследования является изучение влияния факторов, загрязняющих атмосферный воздух, на здоровье населения Астраханской области на основе литературных источников.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников по данным о состоянии атмосферного воздуха, основных загрязняющих факторов и структуры заболеваемости в Астраханской области.

Результаты и обсуждения. При современной динамике развития промышленности экономическая деятельность практически любого территориального образования является потенциальной причиной колоссальных экологических проблем, представляющих серьезную задачу для сохранения здоровья населения [2]. Большую роль в повышении уровня распространенности заболеваний практически по всем классам болезней играет загрязнение воздушной среды, что обусловлено раздражающим, сенсibiliзирующим и цитотоксическим эффектами химических веществ при ингаляционном поступлении в организм [5].

Основными загрязнителями атмосферного воздуха в Астраханской области являются предприятия по хранению, переработке и транспортировке нефтепродуктов, предприятия теплоэнергетики, предприятия добычи полезных ископаемых и автомобильный транспорт. Неблагоприятным экологическим фактором, усугубляющим обстановку, является резко континентальный климат.

Неблагоприятная экологическая обстановка является одним из основных провоцирующих факторов возникновения заболеваний органов дыхания. Большое количество различных заводов, фабрик, транспорта загрязняет атмосферу. По данным Роспотребнадзора за последние 3 года наблюдается рост индекса загрязнения атмосферы, и наибольший показатель индекса фиксируется на территории города, где основным источником загрязнения атмосферы является автотранспорт, выбросы предприятий и теплоэнергетики.

Основными загрязнителями воздушной среды в данном регионе являются оксид углерода, диоксид азота, диоксид серы, сероводород, формальдегид и толуол. Все эти соединения приводят к росту показателей заболеваемости по болезням органов дыхания, крови, сердечно-сосудистым заболеваниям и др.

Лидирующее место в структуре заболеваемости Астраханской области, занимают болезни органов дыхания (64,34%) как у детского, так и у взрослого населения. Второе место занимают инфекционные и паразитарные болезни (4,8%) среди детей, среди взрослого населения – травмы и отравления (13,8%). На третьем месте находятся заболевания пищеварительной системы (4,23%) – у детей и заболевания сердечно-сосудистой системы – у взрослых [4].

Проанализировав актуальные данные об экологической ситуации по Астраханской области, выявлен перечень веществ, загрязняющих атмосферный воздух, содержание которых превышает предельно допустимую концентрацию (таблица 1).

Таблица 1. Загрязняющие вещества с уровнем загрязнения, превышающим гигиенические норматив

Наименование контролируемого вещества	Процент проб с превышением ПДК	Рост по сравнению с 2016г. по%
Всего, в т.ч.	0,6	↗
Взвешенные вещества		
углеводороды	0,7	↑
Из них: ароматические	0,3	↑
Алифатические предельные	2,9	↑
Алифатические непредельные	1,5	↑

В 2017 г. загрязнения атмосферного воздуха выше ПДК в г. Астрахани и целом по Астраханской области регистрировались по аммиаку (12,2%), дигидросульфиду (2,4%), углеводородам (0,7%) [4]. Механизмы вредного воздействия этих соединений различны, и тяжесть поражения может меняться в широких пределах, в зависимости от степени воздействия и биохимических свойств вдыхаемого вещества. Легкие человека, ежеминутно получающие загрязненный воздух, не получают необходимой порции кислорода, в результате чего происходят нарушения функционирования системы. Химические соединения, которые попадают в воздух, проникают в организм через воздухоносные пути, раздражая слизистую оболочку органов дыхания [2]. Загрязнение атмосферы может служить причиной таких заболеваний как: бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, химическая пневмония, некардиогенный отек легких и многих других патологических состояний дыхательных путей, что впоследствии может отразиться на будущих поколениях [1].

Современные проблемы требуют современных решений, поэтому прогресс в сфере охраны окружающей среды не стоит на месте. В настоящее время организуются сотни мероприятий с целью улучшения экологической обстановки окружающей среды: происходит реорганизация технологических процессов, модернизация источников выбросов и сбросов, осуществляются

программы рециклинга и т.д. Астраханская область не является исключением. В регионе действуют меры регулирования выбросов в атмосферу и гидросферу, создаются заповедники и национальные парки, осуществляется охрана природопользования, путем ограничения вылова рыбы и охоты. Проводятся многочисленные акции осуществляемые общественными организациями, целью которых является улучшение экологической обстановки в регионе и формирование экологической культуры у подрастающего поколения области.

В течение многих веков развития человеческого общества потенциал окружающей среды позволял нивелировать последствия антропогенных нагрузок, однако к концу XX века воздействие человека на биосферу приблизилось к критическому уровню и грозит необратимыми последствиями для всего человечества. Экологическое сознание сегодня упирается в последствия техногенного воздействия на природное окружение, которое едва поддается подобающему контролю. Из всего вышесказанного можно сделать вывод о необходимости более тщательного внимания к проблемам экологии, ведь от нее зависит наша жизнь.

Список литературы.

1. Агаджанян, Н.А. Экологическая физиология человека: учебное пособие / А.Г. Марачев, Г.А. Бобков. – М.: Издательская фирма «КРУК», 1998. – 416 с.
2. Алексеев, С.В. Экология человека: учебное пособие / С.В. Алексеев, Ю.П. Пивоваров. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 640 с.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Астраханской области в 2017 году» [электронный ресурс]. Астрахань: Управление Роспотребнадзора по Астраханской области. 2018. – 213 стр.
4. Макоско, А.А. О тенденциях распространенности экологически обусловленных заболеваний вследствие техногенного загрязнения атмосферы / А.А. Макоско, А.В.Матешева // Инновации. Общество с ограниченной ответственностью «Трансфер-Инновации» (Санкт-Петербург). – 10 (168). – 2012. – С. 98-105.
5. Назаренко, О.Б. Экология: учебное пособие / О.Б. Назаренко – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2007. – 100 с.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010-2017 ГОДЫ

Емельянова Н.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра Организации и менеджмента здравоохранения**

с учебным центром бережливых технологий

Научный руководитель – к.м.н., Тимошилов В.И.

Актуальность цереброваскулярных болезней имеет огромную значимость, каждый год данная патология встречается у 7 миллионов пациентов, на долю России приходится около 500 тысяч. Инсульт приводит к инвалидизации [1]. Большая доля приходится на ишемические инсульты. Риск возникновения инсульта увеличивается в 9 раз при наличии артериальной гипертензии. Смертность от инсультов по России составляет 1,23 на 1000 населения [4]. Всё чаще встречаются пациенты с инсультами в возрасте младше 45 лет. Для оказания помощи при данной патологии создан Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н, согласно которому утверждены последовательность, алгоритмы и технология оказания медицинской помощи для больных с нарушением кровообращения головного мозга, перечень диагностических мероприятий. Также правительство РФ рассмотрело данную проблему, оценив риск инвалидизации, после чего вышло Постановление Правительства РФ от 19 октября 2009 г. № 840, согласно которому оказывается финансирование на бюджетной основе строительства Федерального Центра для поддержки больных с данной патологией.

Целью исследования является анализ динамики первичной заболеваемости цереброваскулярной патологией по России в целом и в регионах Центрального федерального округа за 2010-2017 годы

Материалы и методы. Источником количества больных являются официальные материалы ЦНИИОИЗ Минздрава России, о количестве населения – данные Росстата. Материалы обработаны с вычислением интенсивных показателей первичной заболеваемости, данных динамического ряда и сравнением относительных величин по критерию Стьюдента [2,3].

Результаты и обсуждение. Динамика первичной заболеваемости цереброваскулярной патологией по России в целом за 2010-2017 годы имеет общую тенденцию к росту (рисунок 1). Наибольшие темпы прироста числа впервые выявленных больных отмечены в 2012 году (+4,9%), 2015 году (+9,6%), и 2016 году (+4,9%). Динамика показателя первичной заболеваемости характеризуется ежегодным достоверным ростом ($p \leq 0,05$) за исключением 2014 и 2017 годов. В 2014 и 2017 годах абсолютное число первичных случаев сокращалось на 0,4% и 0,3% соответственно, но изменения интенсивного показателя при этом оценены как статистически не значимые ($p \leq 0,05$). Данные годы могут быть оценены как периоды стабилизации заболеваемости.

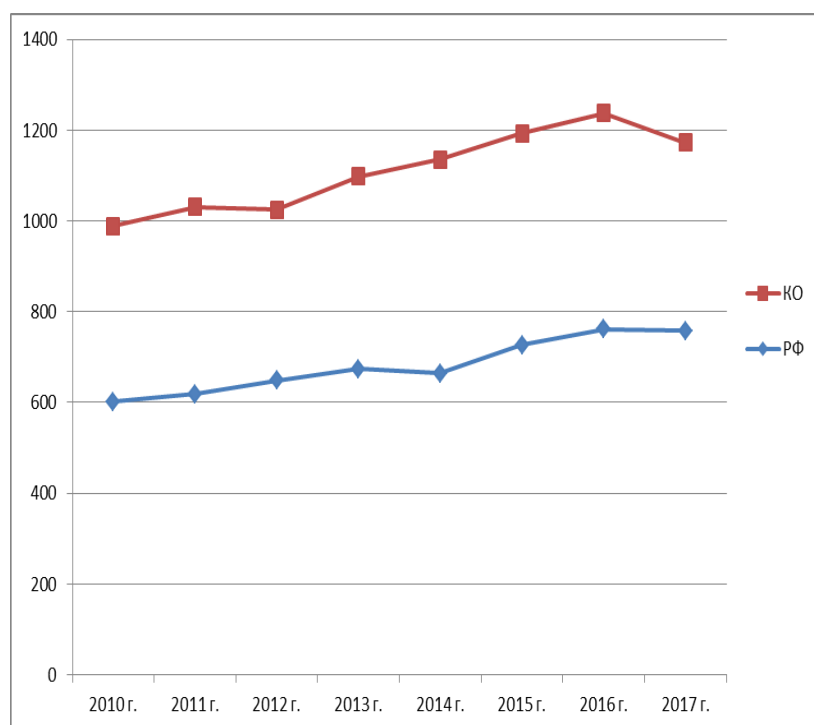


Рисунок 1. Сравнение показателей первичной заболеваемости цереброваскулярной патологией в Российской Федерации и Курской области 2010-2017 г

Показатели по Курской области за все 8 лет были на достоверно более низком уровне, чем в целом по России ($p \leq 0,01$). Динамика заболеваемости характеризуется разнонаправленными колебаниями. В 2011 г. имел место достоверный рост: число случаев заболевания возросло на 4,3%, показатель заболеваемости увеличился с 386,7 до 412,2 случаев на 100 тысяч населения ($p \leq 0,05$). В 2012 г. первичная заболеваемость снизилась до 377,1 на 100 тысяч населения ($p \leq 0,01$). 2013-2014 годы характеризуются ежегодным достоверным ростом заболеваемости: за 2 года число регистрируемых случаев возросло на 23%, а показатель заболеваемости достиг 471,1 на 100 000 населения. В 2015-2016 годах показатель оставался относительно стабильным со статистически не значимыми колебаниями ($p > 0,05$), а в 2017 году заболеваемость достоверно ($p \leq 0,01$) снизилась, составив по итогам года 414,3 случая на 100 000 населения.

При сравнении показателей первичной заболеваемости по федеральным округам за 2017 г. выделены территории, в которых уровень заболеваемости достоверно выше общероссийского (рисунок 2). Это Южный федеральный округ (1065,8), Приволжский федеральный округ (890,4), Сибирский федеральный округ (819,5). Показатели, близкие к ситуации в целом по России в Северо-Западном федеральном округе (682,2), ДВФО (656,3).

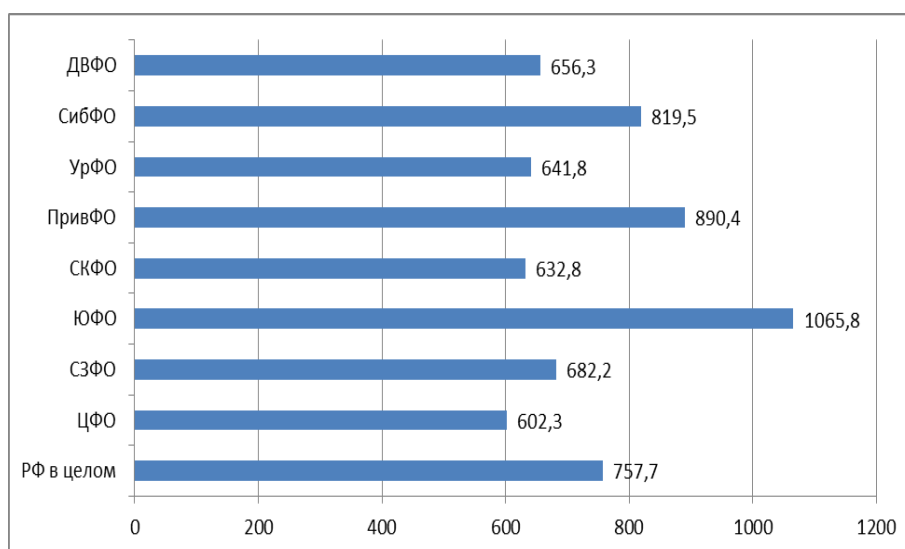


Рисунок 2. Сравнение показателей первичной заболеваемости цереброваскулярной патологией в Российской Федерации и по федеральным округам в 2017 г.

Выводы. Таким образом, динамика первичной заболеваемости цереброваскулярной патологией по России в целом за 2010-2017 годы имеет общую тенденцию к росту. Показатели по Курской области за все 8 лет были на достоверно более низком уровне, чем в целом по стране ($p \leq 0,01$). При сравнении показателей первичной заболеваемости по федеральным округам за 2017 г. В Южном федеральном округе она выше, чем по России в целом.

Список литературы.

1. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия: Учебник/ Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд. – М.: Медицина, 2000. – 656 с.
2. Ефремова, И.Н. Способ последовательного поиска вхождений в тексте с учетом возможных коллизий/ И.Н.Ефремова, В.В.Ефремов, Н.А.Емельянова// Известия Юго-Западного государственного университета. – 2017. – № 4 (73). – С. 68–74.
3. Тимошилов, В.И. Динамика первичной заболеваемости туберкулезом по России в целом и по Курской области в оценке эффективности профилактической работы / В.И. Тимошилов, А.Н. Лыкова// Перспективы развития науки и образования. Сборник научных трудов по материалам XXV международной научно-практической конференции. –2018. – С. 213–215.
4. Штульман, Д.Р. Неврология: справочник практического врача / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. –М., 2002. – 784 с.

**ФАКТОРЫ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ
В 2017-2018 ГОДАХ В КЛИНЦОВСКОМ,
ГОРДЕЕВСКОМ И КРАСНОГОРСКОМ РАЙОНАХ**
Епихина М.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены**

Научный руководитель – д.м.н. доцент Лосенок С.А.

Актуальность исследования определяется существованием одной из основополагающих задач – гарантирование населению гигиенической безопасности и управления медико-экологической ситуацией. Для решения этих вопросов необходимо провести углубленную оценку состояния окружающей среды с учетом влияния ее факторов на жизнедеятельность людей на основании анализа и оценки рисков [1].

В минувшие годы в Брянской области выполнен ряд исследований, посвященных ранжированию территорий согласно уровню радиационно-пестицидного загрязнения, гигиенической рационализации питания железнодорожных работников, обоснованию гигиенических требований по оптимизации хозяйственно-питьевого водоснабжения г. Брянска. Наряду с этим, вплоть до настоящего времени слабоизученными остаются проблемы комплексной мультифакториальной гигиенической оценки среды обитания и заболеваемости жителей Брянской области, в особенности ее Юго-Западных районов, что требует разработки научно-обоснованной системы мероприятий по обеспечению гигиенической защиты окружающей среды и здоровья населения [4].

Целью данного исследования является комплексный анализ влияния факторов среды обитания на здоровье жителей Клинцовского, Гордеевского и Красногорского районов Брянской области в период с 2017-2018 годы.

В ходе работы был проведен анализ медико-демографических показателей с оценкой структуры заболеваемости взрослого и детского населения Клинцовского, Гордеевского и Красногорского районов Брянской области [2].

Таблица 1. Сравнительная оценка факторов здоровья населения районов Брянской области в 2018 году

Район	Клинцовский р-н	Гордеевский р-н	Красногорский р-н
Показатель			
Численность населения, чел.	70137	10771	12189
Заболеваемость взрослого нас., на 1000 нас.	2002,8	1654,3	1673,9
Заболеваемость детского нас., на 1000 нас.	3529,9	2223,4	3013,1
Заболеваемость подростков, на 1000 нас.	4219,0	2712,6	2396,1

* – при $p < 0,05$ различия между группами статистически достоверны.

Наряду с этим был осуществлен анализ показателей факторов окружающей среды по результатам лабораторных исследований, для которых были отобраны образцы проб почвы, воды, а также атмосферного воздуха в Клинцовском, Гордеевском и Красногорском районах Брянской области [3].

Проведенные исследования выполнялись в рамках Федеральных отраслевых программ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Экологические проблемы безопасности России и пути их решения» и «Системная разработка мероприятий по гигиенической безопасности России».

Брянская область расположена в западной части Восточно-европейской равнины. Значительная её доля захвачена Приднестровской и Полесской низменностями, на которых расположены все юго-западные и центральные районы. Восточные районы располагаются на западной окраине Средне-русской возвышенности, а северо-западные – на южных отрогах Смоленско-Московской гряды [1].

Численность постоянно проживающего населения области составляет более 1,4 млн. человек, из которых 69% составляет городское население, а 31% – сельское население. По количеству жителей Брянская область занимает 7-е место среди территорий Центрального Федерального округа.

Проводя характеристику состояние окружающей среды необходимо отметить, что в Брянской области находится 2064 подземных и 2 поверхностных источника централизованного водоснабжения, питающих 534 коммунальных и 1532 ведомственных водопроводов. Около 15% населения, проживающего в сельской местности, использует воду из нецентрализованных источников водоснабжения [2].

Высокий уровень заболеваемости жителей Брянской области, особенно Юго-Западных территорий, устанавливает необходимость разработки научно

обоснованной системы мероприятий по оптимизации влияния факторов среды обитания на здоровье населения [1].

Список литературы.

1. Авалиани С.Л., Андрианова М.М., Печенникова Е.В., Пономарева О.В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт).- М.: Консультационный центр по оценке риска, – 1996 – С. 34
2. Авалиани С.Л., Ревич Б.А., Захаров В.М. Мониторинг здоровья человека и здоровья среды (Региональная экологическая политика). Центр экологической политики России. – 2001 – С. 76
3. Беляев Е.Н. Роль санэпидслужбы в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации. М.: Издательско-информационный Центр Госкомитета санитарно-эпидемиологического надзора Р.Ф. – 1996. – С. 416.
4. Винокур И.Л. Гильденскиольд Р.С., Ершова Т.Н. и др. Методические подходы к изучению влияния комплекса факторов окружающей среды на здоровье человека // Гигиена и санитария. – 1998. – С. 4.

О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Ерёменко М.А.

**Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мороз И.Н.**

Актуальность исследования обусловлена тем, что хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) страдает от 1 до 4% населения земного шара [1]. Распространенность ХПРС в общей популяции жителей Европы составляет около 4% [3]. Среди пациентов с ЛОР-патологией хронический полипозный риносинусит встречается у 15-25% [1]. Основные проявления ХПРС – затруднение носового дыхания, выделения из носа, боль или давление в области проекции околоносовых пазух, головная боль, нарушение обоняния, ухудшение общего самочувствия приводят к значительному снижению качества жизни пациентов [1, 2].

Целью исследования является оценить качество жизни пациентов с хроническим полипозным риносинуситом.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались социологический и статистический методы. Объект исследования: пациенты РНПЦ оториноларингологии с хроническим полипозным риносинуситом. В исследовании приняли участие 50 пациентов с установленным диагнозом ХПРС в возрасте от 22 до 58 лет, среди которых удельный вес мужчин и женщин соответственно составил 60,0% и 40,0%. Использован опросник SF-36 для оценки качества жизни, состоящий из 36 пунктов, сгруппированных

в 8 шкал (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье). Формирование шкал позволяет оценить два показателя, характеризующих качество жизни: «физический компонент здоровья» (ФКЗ) и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ). ФКЗ и ПКЗ анализировались на основе бальной оценки параметров шкал, максимальное значение которых достигало 100 баллов (чем выше показатель по каждой шкале, тем выше качество жизни). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square test, χ^2). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты и их обсуждение. Физический компонент здоровья пациентов с ХПРС был невысок и достигал 45,5 (44,5-46,5) баллов. Уровни составляющих ФКЗ составляли: ФФ=65,0 (64,6-65,4) баллов, РФ=75,0 (74,4-75,6) баллов, ИБ=59,0 (58,2-59,8) баллов, ОСЗ=49,0 (ДИ 48,5-49,5) баллов. Максимальное значение составляющих ФКЗ отмечалось для показателя РФ, уровень которого достигал 75,0 (74,4-75,6) баллов. Психический компонент здоровья пациентов с ХПРС был также невысок и составлял 44,4 (43,8-45,0) баллов. Уровни составляющих ПКЗ колебались от 60,0 до 98,0 баллов и достигали: ПЗ=67,0 (66,3-67,7) баллов, РФЭС=98,0 (97,5-98,5) баллов, СФ=70,0 (69,2-70,8) баллов, ЖА=60,0 (59,1-60,9) баллов. Максимальное значение составляющих ПКЗ отмечалось для показателя РФЭС, уровень которого достигал 98,0 баллов (таблица 1).

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов с ХПРС

Компонент здоровья, характеризующего качество жизни	Составляющие шкалы:	Уровень оценки (М, ДИ, балл; n=50)
1.Физический компонент здоровья (ФКЗ)	1.ФКЗ	45,5 (44,5-46,5)
	1.1.Физическое функционирование (ФФ)	65,0 (64,6-65,4)
	1.2.Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ)	75,0 (74,4-75,6)
	1.3.Интенсивность боли (ИБ)	59,0 (58,2-59,8)
	1.4.Общее состояния здоровья (ОСЗ)	49,0 (48,5-49,5)
2.Психологический компонент здоровья (ПКЗ)	2.ПКЗ	44,4 (43,8-45,0)
	2.1.Психическое здоровье (ПЗ)	67,0 (66,3-67,7)
	2.2.Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС)	98,0 (97,5-98,5)
	2.3.Социальное функционирование (СФ)	70,0 (69,2-70,8)
	2.4.Жизненная активность (ЖА)	60,0 (59,1-60,9)

Статистически значимых различий уровней ФКЗ и ПКЗ в зависимости от пола не установлено ($p>0,05$). У мужчин ФКЗ и ПКЗ достигали 45,1 (44,5-45,7) и 43,9 (43,4-44,4) баллов соответственно. ФКЗ и ПКЗ у женщин составили 45,8 (45,1-46,5) и 44,1 (43,6-44,6) баллов соответственно.

Выводы. У пациентов с ХПРС показатели ФКЗ (45,5 (ДИ 44,5-46,5) баллов) и ПКЗ (44,4 (43,8-45,0) баллов) свидетельствуют о невысоком качестве жизни, связанном со здоровьем, и было характерно как для мужчин и женщин.

Список литературы.

1. Абдулаев Б.А. Некоторые особенности лечения впервые диагностированного полипозного риносинусита // Рос. ринология. – 2010. – № 4. – С. 12–16.
2. Арцыбашева М.В. Компьютерная томография в планировании эндоназальных хирургических вмешательств при неопухолевых заболеваниях околоносовых пазух : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.19 // Центр. клинич. больница мед. центра Упр. делами Президента Рос. Федерации. – М., 2001. – 24с.
3. Bachert C. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis // The J. of Allergy and Clin. Immunol. – 2015. – Vol. 136, № 6. – P. 1431–1440.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В МБДОУ ДЕТСКИЙ САД № 29 Г.ЕЛЬЦА

Иванова В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Шепелева О.М.

Актуальность исследования. Питание детей дошкольного возраста рассматривается как одна из наиболее важных проблем на сегодняшний день, поскольку именно оно способствует поддержанию здоровья ребенка, нормальному развитию и обеспечивает все необходимые жизненно важные функции молодого организма [1].

Рациональное питание повышает устойчивость детского организма к воздействию вредных экологических факторов, что немаловажно для поддержания состояния его иммунитета [2].

Целью исследования является оценка организации питания в дошкольном образовательном учреждении на основе меню-раскладок МБДОУ «Детский сад № 29 г. Ельца».

Материалы и методы. Проанализированы десятидневная меню-раскладка, устройство пищеблока МБДОУ «Детский сад № 29 г. Ельца.

Для достижения цели использовались следующие методы:

1. Санитарное описание. Оценивалось соответствие материально-технического обеспечения организации требованиям СанПин 2.4.1.3049-13.

2. Санитарная экспертиза. Оценивалась количественная полноценность пищи (энергоемкость продуктов, входящих в суточный пищевой рацион, с точки зрения компенсирования энергозатрат организма), качественная полноценность и сбалансированность питания, режим питания (кратность, калорийность по приемам пищи, ее химический состав).

Результаты и обсуждения. При оценке санитарно-технологического состояния пищеблока нарушений не выявлено. Все требования, предъявляемые к устройству пищеблока, были соблюдены. Пищеблок оборудован всем необходимым технологическим, холодильным и моечным оборудованием. Все технологическое и холодильное оборудование исправно. Технологическое оборудование, инвентарь, посуда, тара изготовлены из материалов, разрешенных для контакта с пищевыми продуктами. Сертификаты соответствия имеются. Весь кухонный инвентарь и кухонная посуда имеет маркировку для сырых и готовых пищевых продуктов. При работе технологического оборудования исключена возможность контакта пищевого сырья и готовых к употреблению продуктов. При приготовлении блюд соблюдается поточность технологического процесса.

В помещениях пищеблока ежедневно проводится уборка: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводится мытье стен, осветительной арматуры, очистка стекол от пыли и копоти. Все моющие и дезинфицирующие средства имеют инструкцию по использованию. Сроки хранения соблюдаются.

Личные медицинские книжки хранятся у медицинского работника МБДОУ «Детский сад № 29 г. Ельца». Программа производственного контроля, протоколы лабораторно-инструментальных исследований, договоры на вывоз бытовых отходов и дезинсекционно-дератизационные мероприятия хранятся у заведующего столовой.

При анализе меню-раскладки установлено, что утвержденное примерное меню не имеет ссылок на рецептуры используемых блюд, что является нарушением п.15.5 СанПин 2.4.1.3049-13.

В ходе исследования установлено, что суммарные объемы блюд по приемам пищи не соответствуют требованиям СанПин, поскольку масса готового блюда, подающегося на полдник, превышает установленные нормы на 100 г.

Кратность приемов пищи соответствует установленным нормативам – четыре раза в день при пребывании детей в саду 8-10 часов.

Анализ количественной полноценности рациона показал, что калорийность рациона не соответствует гигиеническим нормативам, превышая показатели по всем приемам пищи на 2,3-13,8%. С точки зрения повторяемости блюд питание организовано разнообразно; запрещенные санитарными правилами пищевые продукты в питании не используются. Анализ качественного состава рациона выявил, что меню включает все нужные макро- и микронутриенты, однако требования по их сбалансированности не соблюдаются. При анализе состава второго завтрака и полдника установлено, что они не соответствуют требованиям пункта 15.4 СанПин 2.4.1.3049-13, так как второй завтрак должен состоять из напитка (или сока) и свежих фруктов, а фактически в большинстве случаев состоит из кондитерских изделий и кисломолочных продуктов. Полдник согласно пункту 15.4 должен состоять из напитка, а также булочных изделий, а фактически состоит в большинстве случаев из рыбных, мясных, овощных блюд, гарнира, фруктов.

Выводы. При оценке организации питания в дошкольном образовательном учреждении на основе меню-раскладок МБДОУ «Детский сад № 29 г. Ельца» было установлено, что санитарно-техническое состояние пищеблока, кратность и время приемов пищи удовлетворяют требованиям СанПин 2.4.1.3049-13. Однако суммарные объемы блюд по приемам пищи, качественная и количественная полноценность, набор блюд второго завтрака и полдника не в полной мере соответствуют гигиеническим нормам.

Список литературы.

1. Елисова, И.Н. Ответственность за нарушения при организации питания в детских садах / И.Н. Елисова // Учет в сфере образования. – 2011. – Т.2, № 8. – С. 67-68.
2. Кильдиярова, Р.Р. Питание здорового ребенка : руководство / Р.Р. Кильдиярова. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с.

ДОННЫЕ ОТЛОЖЕНИЯ КАК ВТОРИЧНЫЙ ИСТОЧНИК ЗАГРЯЗНЕНИЯ РЕКИ АХАНГАРАН

Усманов И.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Научно-исследовательский институт ирригации
и водных проблем**

Актуальность исследования. В последние годы все более пристальное внимание экологов привлекают вопросы, связанные с влиянием на качество воды водных объектов донных отложений, образующихся в процессе многолетнего сброса промышленных стоков [9].

Донные отложения могут накапливать значительные количества микроэлементов естественного и антропогенного происхождения, принимая активное участие в формировании качества воды водных объектов. Установлена тенденция накопления меди, железа, цинка, кадмия, кобальта, ртути и других микроэлементов в донных осадках рек в зоне выбросов медно-никелевых и медеплавильных заводов [10].

Рядом авторов отмечено, что соединения металлов содержатся в больших концентрациях в донных отложениях прибрежных мест рек и озёр [1,3,4]. В условиях изменения гидрологических режимов водоемов и температуры в различные периоды года выявлена неодинаковая степень загрязнения придонной воды тяжелыми металлами [2].

Исследованиями установлено, что за счет повышенного содержания биогенных элементов в донных отложениях происходит усиление ферментативной активности микроорганизмов, что ведет увеличению на порядок подвижности восстановленных форм металлов с переменной валентностью, таких как железо, марганец, медь, молибден, кобальт, свинец и транслокацию их из донных отложений в воду [6].

Установлена тесная корреляционная связь между содержанием органических соединений, металлов в донных отложениях и в воде ирригационных каналов и рек [7,8].

Авторами показано, что донные отложения содержат значительное количество загрязнений, которые принимают активное участие в процессах формирования качества воды водоемов и оказывают неблагоприятное воздействие на течение процессов самоочищения воды [5].

Цель исследований состояла в установлении роли донных отложений как вторичных источников загрязнения реки Ахангаран и влиянии их на формирование качества речной воды.

Исследования предусматривали отбор проб донных отложений и воды из р. Ахангаран на участке выше (фоновый) и ниже (контрольный створ) сброса сточных вод Алмалыкского горно-металлургического комбината (АГМК) в условиях экспедиционных выездов в периоды весеннего и летнего гидрологических сезонов года. Донные отложения отбирали на глубине 0-5, 10-15 и 20-30 см из прибрежных участков водного объекта. Состав донных отложений и анализы отобранных проб воды из реки Ахангаран по химическим

показателям проводили стандартными методами в соответствии с ГОСТом 950:2011 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора».

В работе использованы статистические методы оценки достоверности сравниваемых величин, корреляционный и регрессионный анализ динамики основных показателей качества речной воды. Проведен расчет корреляционной зависимости состава сбрасываемых промышленных сточных вод с показателями загрязнения воды р. Ахангаран. Донные отложения представляют собой илистые образования серовато-коричневого цвета сложного состава, содержащиеся в основном в прибрежных участках рек по ходу течения воды.

За многолетний период сброса сточных вод в водоисточники возникло явление динамического равновесия в системе «донные отложения-вода водоемов», произошла стабилизация процессов миграции элементов в воду. Однако это равновесие нарушается в результате изменения гидрологических режимов рек в условиях безвозвратного отбора воды на нужды орошения сельскохозяйственных культур, особенно из малых рек.

Попадая в водоемы химические элементы, включаются в сложные процессы физико-химической и биологической миграции, которые значительно усложняют их топографию и распределение в воде и донных отложениях. Интенсивность этого воздействия зависит от гидрологических и гидрохимических условий рек, физико-химических свойств элементов, их подвижности, количества и путей миграции в водной среде.

Наши исследования показывают, что процессы образования донных отложений во многом определяются количеством загрязнений в сточных водах, температурой воды и сезонностью. Усиление миграционной способности микроэлементов из донных отложений в воду в летний период, по нашему мнению, может быть сопряжено с повышением активности микроорганизмов, развитием условий анаэробии и усилением процессов восстановления, протекающих в системе «донные отложения – вода водоемов».

Выявлено, что в донных осадках, в створе ниже сброса стоков АГМК, микроэлементы аккумулируются в значительных количествах и распределяются неравномерно по его толще. Минеральный состав донных отложений характеризуется наличием различных форм азота, наиболее распространенным видом, которого, являются нитраты.

Медь, цинк и свинец содержатся, в большей степени, в верхних слоях. А железо и марганец – в глубоких слоях донных отложений (таблица 1).

Таблица 1 Валовое содержание микроэлементов в донных отложениях р.Ахангаран (mg/g).

Донные отложения	Железо		Медь		Марганец		Цинк		Свинец		Нитраты	
	ср.	max	ср.	max	ср.	max	ср.	max	ср.	max	ср.	max
0-5 см	23,0	30,0	7,5	10,0	4,5	6,0	0,12	0,20	0,09	0,20	20,2	37,5
10-15 см	30,2	32,6	6,2	9,0	5,0	5,6	0,10	0,20	0,03	0,04	18,5	32,5
20-30 см	32,1	39,0	5,5	8,2	5,3	6,2	0,08	0,20	0,01	0,02	14,5	16,1

Установлено, приоритетное содержание железа и меди в донных осадках и в меньших количествах – цинка, марганца и свинца.

В условиях весеннего гидрологического режима в воде контрольного створа р. Ахангаран концентрации микроэлементов, за исключением свинца, превышают установленные на них предельно допустимые концентрации (ПДК). Вместе с тем, по содержанию нитратов качество воды соответствует экологическим требованиям (таблица 2).

Таблица 2. Влияние донных отложений АГМК на качество воды р. Ахангаран

Сезоны 2017 года	Створы	Расходы, м ³ /с	t °C	Показатели, mg/dm ³ (средние данные 3-х серий определений)					
				цинк*	свинец	медь	железо	марганец	нитраты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Весеннийпаводок	Фоновый	41,2	12,5	0,0001	н/о	н/о	н/о	н/о	0,041
		41,6	12,8	0,0001	н/о	0,22	н/о	н/о	0,041
		42,3	13,7	0,001	н/о	0,27	н/о	н/о	0,042
Весеннийпаводок	Контрольный	43,4	12,1	1,008	0,0013	1,31	0,05	0,14	0,44
		43,2	12,2	1,200	0,0011	1,33	0,06	0,13	0,42
		44,1	13,4	1,100	0,0014	1,25	0,06	0,14	0,63
Летняя межень	Фоновый	3,50	22,5	0,0054	н/о	н/о	н/о	н/о	0,037
		5,10	23,3	0,0070	н/о	н/о	н/о	н/о	0,046
		5,10	20,1	0,0036	н/о	н/о	н/о	н/о	0,053
Летняя межень	Контрольный	3,40	21,9	4,018	0,015	5,44	1,79	0,29	0,81
		3,20	22,5	4,025	0,014	5,52	1,78	0,34	0,84
		4,10	22,9	4,600	0,013	5,47	1,70	0,33	0,85

*ПДК: для цинка-1,0 mg/dm³, свинца-0,01mg/dm³, меди-1,0 mg/dm³, железа-0,3mg/dm³, марганца-0,1mg/dm³

В условиях летней межени в контрольном створе р. Ахангаран концентрации микроэлементов в речной воде значительно возрастают, отрицательно влияющих на самоочищение водоёма и его экологическое состояние. Так, концентрации железа в 5,6-5,9; меди в 5,4-5,5; марганца в 2,9-3,4; цинка в 4,0-4,6 и свинца в 1,3-1,5 раз превышают ПДК в воде поверхностных водоемов.

Следовательно, аккумулярованные в донных осадках соли металлов являются дополнительным источником вторичного загрязнения малых рек, роль которых возрастает в условиях летнего гидрологического сезона года.

Установленные различия уровней микроэлементного загрязнения донных отложений и водоёма свидетельствуют о сложности внутренних связей между ними. Для выявления этих связей и значения приоритетных показателей в формировании качества воды водных объектов нами проведен корреляционно-регрессивный анализ полученных результатов. Результаты

расчетов показали, что между содержанием элементов в донных отложениях и концентрацией их в воде р. Ахангаран существует прямая ($r > 0,5$) корреляционная связь (таблица 3).

Таблица 3 Корреляционная и регрессионная связь содержания микроэлементов в донных отложениях с их концентрациями в воде р.Ахангаран

Показатели, mg/dm ³	Коэффициент корреляции (r)	Уравнение регрессии $Y=A+BX^*$
Цинк	0,89	$5,723+0,7369X$
Свинец	0,73	$0,025+0,1627X$
Медь	0,95	$0,025+0,3548X$
Железо	0,99	$3,126+0,2295X$
Марганец	0,82	$0,248+0,1070X$
Нитраты	-0,09	-

* У-зависимая переменная (концентрации загрязнений в донных отложениях);

А-свободный член уравнения;

В-коэффициент регрессии;

X-независимая переменная (концентрации загрязнений в речной воде).

Железо, медь, цинк, марганец и свинец, содержащиеся в донных отложениях, имеют сильную корреляционную связь с их концентрациями в воде реки Ахангаран. Выявленные количественные связи соответствуют линейным уравнениям регрессии вида $Y=A+BX$.

Выводы. Таким образом, выполненные исследования показали, что в донных отложениях содержатся специфические химические ингредиенты загрязнения, характерные составу и качеству сточных вод объектов цветной металлургии, сбрасывающих стоки в водные объекты. Результаты исследований свидетельствуют о том, что донные отложения в значительной степени влияют на формирование качества воды водотоков в связи с миграцией в воду токсичных элементов, подтверждая тем самым данные источников литературы. В придонной воде микроэлементы содержатся в количествах, превышающих установленные на них ПДК, их концентрации возрастают в летний гидрологический период времени года.

Полученные результаты могут быть использованы территориальными органами госкомэкологии и санитарно-эпидемиологической службой для совершенствования мониторинга за экологическим состоянием малых рек с учетом возможного вторичного их загрязнения из донных отложений.

Таким образом, содержание элементов в донных отложениях варьирует в широких пределах в среднем от 0,01 (поверхностные слои) до 32,1 мг/г (глубокие слои), валовое содержание токсичных металлов в донных отложениях значительно превышает концентрации их в воде водного объекта.

Список литературы.

1. Акатова Е.В., Арлянов В.А. Оценка экологического состояния донных отложений водоёмов Тульской области // Известия Тульского

государственного университета Естественные науки, -2015. -Вып. 4. -С. 220-231.

2. Шортанбаева, М.А. Роль донных отложений в формировании качества воды // Научно-практическая конференция по санитарной охране водоёмов, Пермь, -2005. – С.61-62.

3. Дубинский В.М., Лебедев М.А. Вопросы охраны водных ресурсов в долине реки Ахангаран / Тезисы докладов 2 Республиканской конференции по актуальным проблемам охраны окружающей среды, Ташкент, -2015.- С.103-105.

4. Усманов И.А., Ходжаева Г.А., Мусаева А.К. Экологическая оценка состояния водоёмов в районе расположения АГМК//В сборнике международной научно-практической конференции «Современное экологическое состояние природной среды и научно-практические аспекты рационального природопользования», Россия. -2018. -С.44-49.

5. Искандарова Ш.Т., Ходжаева Г.А. К вопросу охраны водных объектов бассейна реки Сырдарьи // Экологический вестник Узбекистана, -2017. -№ 2. -С.15-18.

6. Крамер Д.А., Тихонова И.О. Антропогенное загрязнение донных отложений малых рек // Башкирский химический журнал. -2012. -Том 19. -№ 4. -С.34-37.

7. Матсапаева И.В., Матсапаева И.В., Осинская Н.С., Данилова Е.А. Содержание тяжелых металлов в донных отложениях озера Дауткуль как показатель антропогенного воздействия в южном Приаралье // Водные ресурсы, -2010. -Том 37. -№ 4. -С. 505-509.

8. Петросян И.М., Пирумян В.И. Влияние содержания сульфат и нитрат ионов на миграцию железа в системе вода-донные отложения реки Раздан // Вода: химия и экология. -2016. -№ 3. -С. 82-88.

9. Радовская Т.Л. Изучение химического состава донных отложений и подвижных форм их микроэлементов // Гигиена и санитария. -2002. -№ 4. -С.76-78.

10. Решетняк Г.И., Закруткин И.С. Донные отложения как источник вторичного загрязнения речных вод металлами // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. -2016. -№ 4. -С. 104-111.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Искандарова Г.Т., Юсупова Д.Ю.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Актуальность исследования. Вопросы охраны здоровья населения Узбекистана, ее благосостояние, является приоритетным направлением Правительства РУз и нашего Президента Ш.М.Мирзиёева. Достигнутые успехи в борьбе с инфекционными и паразитарными заболеваниями, во многом, являются результатом мероприятий проводимых в последние годы. Интеграционные и инновационные тенденции, охватившие все сферы нашей жизнедеятельности в немалой степени касаются здравоохранения, в частности эпидемиологии и инфектологии. Благодаря совместным усилиям эпидемиологов, бактериологов, инфекционистов, гигиенистов и представителей клинических направлений, не допускается завоз и распространение особо-опасных инфекций на территорию нашей Республики.

Общеизвестно, что острые диарейные заболевания занимают одно из ведущих мест в детской патологии, в том числе в условиях Узбекистана, природно-климатические особенности которого способствуют широкому распространению кишечных инфекций, в том числе шигеллезов, особенно среди детей до 14 лет. Острые кишечные инфекции (ОКИ) по эпидемиологической значимости, социально-экономическому ущербу занимают одно из первых мест в Республике Узбекистан. Развитие и распространение ОКИ обусловлено такими факторами передачи как качество и количество питьевой воды, характер и условия водопользования, социально-экономическое состояние, санитарно-гигиеническое воспитание населения.

Материалы и методы. Изучены эпидемиологические особенности ОКИ и шигеллезов среди населения за 2008-2013 годы по материалам ЦГСЭН Ташкентской области Республики Узбекистан. Ташкентская область относится к одной из административных территорий Республики, суммарные показатели заболеваемости ОКИ и шигеллезов которой в изучаемый период превышали средне республиканский уровень.

Ретроспективный анализ материалов заболеваемости ОКИ и шигеллезами по Ташкентской области выявил тенденцию к стабилизации заболеваемости ОКИ за 2008-2012 годы и тенденцию к снижению заболеваемости шигеллезами, доля которой уменьшалась от 22,5 до 13, 9% (2013г). В 2013 году заболеваемость ОКИ и шигеллезами по сравнению со среднемноголетними уровнями (2008-2012годы) существенно снизилась ($t > 2$) соответственно на 18,9 и 27,8%.

Результаты и обсуждение. Результаты оценки уровней заболеваемости ОКИ и шигеллезами по территории показали существенные различия уровня и динамики заболеваемости ОКИ и шигеллезов в городах и районах. Сельское население болело шигеллезами чаще городского

(52,9% и 47,1%.соответственно.) Это связано как с инфраструктурой, особенностями быта и поведения населения, так и качеством и эффективностью проводимого за ОКИ и шигеллезами эпидемиологического надзора. Одной из причин такого положения может быть состояние диагностической работы. Очаговость ОКИ и шигеллезов характеризовалась в основном единичными случаями как по месту жительства, так и с организованных коллективах. Своевременное выявления этиологической структуры острых диарейных заболеваний позволяет целенаправленно организовать и провести профилактические и противоэпидемические мероприятия по борьбе с этими инфекциями. Расшифровка этиологической структуры ОКИ за указанный период составляла в среднем 9,3% при колебаниях с 11,5 до 6,5%, а шигеллезами – 61,0% при колебаниях от 70,2-52,2% в отдельные годы.

В 2013 году% расшифровки этиологической структуры ОКИ уменьшился с 11,5 до 6,5%, а дизентерии – с 70,0% до 52%. Сложности в определении этиологической структуры могут быть связаны со слабой материально-технической базой бак. лабораторий ЦГСЭН районов, городов и области, с недостаточной обеспеченностью диагностиками, питательными средами, реактивами, а также нарушением правил забора, доставки, материала для лабораторного исследования и квалификацией бактериологов.

Доминировала в этиологии ОКИ условно патогенная микрофлора: цитробактер (27,7%), протеи (19,8%), энтеробактерии (14,8), ЭПКП (10,8%), а также стафилакокки (10,4%). Значительно реже выделялись клебсиеллы, серрации, ротавирусы, иерсинии. Среди выделенных культур шигеллезов преобладали культуры вида Флекснер (в среднем 87%) и Зонне (4,2%), при этом уровни заболеваемости шигеллеза Флекснер превышали уровни заболеваемости шигеллезом Зонне.

Анализ годовой динамики заболеваемости позволяет заключить, что как для ОКИ, так и для шигеллезов был характерен летне-осенний период подъема (5-6 месяцев). На месяцы сезонного подъема ОКИ приходилось 71,8%, шигеллезов – 66% годовой заболеваемости. Удельный вес заболеваемости ОКИ в период сезонного подъема, обусловленных действием сезонных факторов, равнялся 51,5%, шигеллезов – 47,3%. Наиболее высокая заболеваемость регистрировалась в июле и августе. При применении оценки достоверности разности показателей методом средних ошибок не были выявлены статистически достоверные различия в показателях сезонности ОКИ и бактериальной дизентерии ($t < 2$).

Анализ возрастной структуры заболеваемости ОКИ и шигеллезов показал высокий удельный вес заболеваемости детей в возрасте до 14 лет: среднемноголетняя доля ОКИ 67,4+0,4% при колебаниях 60,9-70,8%, из них до 6-ти лет – 60,1%, а шигеллезов – 56,7+1.6%, при колебаниях 67,4-51,6%, из них до 6-ти лет 47,7%, указывает на то, что дети до 14 лет болели чаще ОКИ, чем шигеллезами($t > 2$) и самая поражаемая ОКИ и шигеллезами была группа детей до 6-ти лет. В более старших возрастных группах населения увеличивался удельный вес больных шигеллезами. Наиболее уязвимым контингентом являлись дети первых 3-х лет жизни, интенсивные показатели

заболеваемости которых ОКИ и шигеллезами превышали заболеваемость взрослых соответственно в 11 и 7 раз, что объясняется не только особенностями возрастной реактивности детского организма, но и различиями в путях и факторах передачи. Дети до года в 3 раза чаще болели ОКИ, чем шигеллезами. Установлено преимущественное поражение как ОКИ (50,1%), так и шигеллезами (35%) детей ясельного возраста домашнего воспитания. Заболеваемость ОКИ и шигеллезами детей дошкольного возраста в группе неорганизованных многократно превышала таковую в группе организованных. Среди школьников доля заболеваемости ОКИ и шигеллезами составляла соответственно 4,6% и 5,3%. Наиболее частым путем передачи возбудителей как ОКИ, так и шигеллезом выявлен алиментарный, а из установленных (в среднем 95,4%) факторов передачи были пищевые продукты. Это овощи и фрукты (27,6-46,5%), молоко и молочные продукты (12,7-10,9%), мясные продукты (0,4-5,5%), приобретенные в государственных и частных объектах торговли, на рынках, в условиях уличной распродажи. При употреблении пищи домашнего приготовления заражение происходило в 23,5-40,5%. Нарушение технологии приготовления и хранения пищи в домашних условиях, несоблюдение личной гигиены матерями (16,5%) при вскармливании являлись причиной заболевания ОКИ и дизентерии детей первых 2 лет жизни.

Имело место несоответствие санитарным нормам пищевых продуктов в 8,9-4,2% проб. На нарушение санитарно-гигиенического режима в детских дошкольных учреждениях и школах указывает большой процент положительных смывов (от 3,0% до 10,3%) с объектов внешней среды..

Заражение, как в городах, так и преимущественно в сельской местности происходило при употреблении, водопроводной (4,2%), колодезной, привозной воды и воды открытых водоемов (8,2%), не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям. В области по сравнению с 2008 годом в 2013 году обеспеченность населения централизованным водоснабжением увеличилась на 4,2%. Городское население обеспечено централизованным водоснабжением на 100%, но регистрировались аварийные ситуации, сельское – на 69,7%. Пробы воды в 5,2% из коммунальных водопроводов и в 7,5% из ведомственных не соответствовали нормам по микробиологическим показателям. При бактериологических исследованиях проб водопроводной воды имело место выделение шигелл Флекснера, сальмонелл тифимуриум, условно-патогенной микрофлоры. Канализацией обеспечено население городов на 66,9%, а население райцентров на 20,2%, что может быть причиной повышенного риска заболеваемости населения ОКИ и шигеллезами.

Система профилактических мероприятий при ОКИ и шигеллезах должна быть основана на закономерностях распространения их на данной территории. Для дальнейшего снижения заболеваемости ОКИ и шигеллезами в области необходимо проведение комплекса мероприятий, вытекающих из четко организованного эпидемиологического надзора за ОКИ и шигеллезами, а также работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

Таким образом, установлено снижение заболеваемости ОКИ и шигеллезами в Ташкентской области Республики Узбекистан в 2013 году по сравнению со средне-многолетними уровнями 2008-2012 г.($t>2$) и снижение доли заболеваемости шигеллезами в сумме ОКИ, а также неравномерность распределения заболеваемости ОКИ и шигеллезами по городам и районам.

Список литературы.

1. Каджаева Э.П. Этиологическая структура и вопросы этиотропной терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей. Автореферат дисс.канд.мед.наук М., 2006.
2. Материалы научно-практической конференции «Инфекция, иммунитет и фармакотерапия с позиции интеллектуальной собственности» Республика Узбекистан, Ташкент 2015г.
3. Харченко Г.А., Оганесян Ю.В., Марусова И.А. и др. Клинико-эпидемиологические особенности сальмонеллёза у детей. Материалы V Российского конгресса детских инфекций России. М., 2006г.
4. Rozhnova S., Simonova E., Filipova A. et al. Epidemiology of Salmonella enterica serotype infantis in the Russian Federation, 2003-2008 in: International conference on emerging.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО ЗРЕНИЮ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Калджанов А.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель. Джалилова Г.А**

Актуальность исследования. Во всем мире среди различных слоев населения число больных сахарным диабетом (СД) увеличивается день ото дня. По оценке Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), количество больных сахарным диабетом (СД) в мире составляет 177 млн. человек, по прогнозу Международной диабетической федерации (IDF) к 2030 г. ожидается увеличение контингента только больных СД 2-го типа до 552 млн [5].

За последние несколько десятилетий международная осведомленность был поднят на изнурительных здоровья и социально-экономических и политические проблемы и неравенство, уделяя особое внимание диабету. Оценка последних прогнозов 415 миллионов взрослых в возрасте 20–79 лет страдают диабетом во всем мире, в том числе 193 миллиона недиагностированных лиц (глобальная распространенность диабета – 8,8%), причем к 2040 году тенденции достигают ошеломляющих 642 миллионов (10,4% распространенность диабета) [7]. Этот рост распространенности диабета был отмечен во всех странах мира, что в четыре раза превышает диабет во всем

мире. Тенденции варьируются в зависимости от региона и дохода группа (более высокий уровень распространенности отмечен у людей с низким и средним уровнем дохода страны) [6].

Диабетическое поражение сетчатки глаза – диабетическая ретинопатия (ДР) и ее осложнения – являются основной причиной слепоты среди различных слоев населения и в настоящее время составляют от 10 до 20%. При выявлении СД 1-типа признаки ДР обнаруживаются очень редко, но при продолжительности заболевания 20 лет и более это осложнение констатируется у более чем 85% больных. При выявлении СД 2-типа признаки ДР обнаруживаются у 30% больных, а после 20 лет течения заболевания наличие этого осложнения выявляется у 50% пациентов [1].

По данным литературы, слепота развивается в 25 раз чаще у больных СД, чем у пациентов без СД, при этом около 5-10% таких больных через 20 лет теряют зрение. Развитие ДР взаимосвязано с продолжительностью течения диабета. Ретинопатия прогрессирует от 5% до 8% в год, и у 50-90% больных СД возможно развитие ДР за 20-летний период [2].

В Узбекистане по данным литературы [3,4] распределение по группам инвалидности больных СД было следующим I – 17,0; II – 70,6; III – 10,6. При этом одной из главных причин, приведших к инвалидности (после СД составляющего более 50% инвалидности) была ДР (составила 7,0%).

Вместе с тем, проблема инвалидизации вследствие ДР изучена недостаточно, а комплексного изучения формирования этого контингента инвалидов с учетом первичной и повторной инвалидности, а также разработки мероприятий профилактики этого осложнения у данного контингента в нашей стране не проводилось.

Целью исследования явились изучить основные медико-социальные показатели инвалидности и научное обоснование комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы профилактики офтальмологических осложнений у больных СД в Узбекистане.

Задачи исследования: изучить динамику уровня и структуру инвалидности по зрению вследствие СД по обращаемости и выявить закономерности ее формирования; путем экспертного анализа медицинских документов и карт медико-социального освидетельствования пациентов, а также с помощью анкетирования больных оценить полноту лечебных и профилактических мероприятий в аспекте предупреждения и коррекции ДР; разработать предложения по совершенствованию профилактики осложнений офтальмодиабета путем улучшения преемственности и интеграции офтальмодиабетологической службы с врачами общей практики.

Материалы и методы. Объектом исследования были анализ 4518 актов Врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) больных СД и 355 актов освидетельствования лиц, инвалидность которых была результатом офтальмологических осложнений СД; опрос-анкетирование 711 врачей из поликлиник города Ташкента и 534 больных СД, а также 97 больных

с офтальмодиабетом, проходивших обследование или находящихся на лечении в клиниках города.

Для изучения инвалидности по зрению вследствие сахарного диабета использовались следующие методы: выкопировочный, аналитический, социологический (анкетирование), экспертный, экономический, прогностический методы, клиническое обследование и статистический анализ. Основные медико-социальные показатели инвалидности изучали по материалам ВТЭК города Ташкента за десятилетний период с 2003 по 2012 годы включительно. Единицей наблюдения явилось лицо как впервые, так и повторно признанное инвалидом вследствие СД, осложненного изменениями со стороны органа зрения. Наблюдение на выбранной территории сплошное.

Результаты и обсуждение. Как показало наше исследование, число впервые признанных инвалидами (ВПИ) небольшое – колеблется в пределах от 35,4% (17 человек) в 2003 году до 29,2% (7 человек) – в 2010 годы. В среднем оно составляет 12-13 инвалидов в год, за 10 лет признаны инвалидами 125 человек. Существенно выше число повторно признанных инвалидами (ППИ). Число повторно признанных инвалидами составляло в 2003 годы 65,6% (31 человек), к 2011 годы оно уменьшается до 51,6% (16 человек), в среднем составляет за год 22 человека. Удельный вес в среднем за 10 лет ВПИ составляет 35,9%, ППИ – 64,1%, что в 1,8 больше числа впервые признанных инвалидами. Анализ возрастной структуры инвалидности показал, что среди первично признанных инвалидами лиц молодого возраста относительно мало, удельный вес – от полного отсутствия лиц данной категории до 6,3-10%; в среднем от общего числа за 10 лет – 3,1%. Приблизительно равной оказалась численность инвалидов среднего и пенсионного возраста. Удельный вес лиц среднего возраста колеблется от 18,7% в 2005 году, до 71,4% в 2009 году, в среднем – 46,5% от общего числа. Среди лиц пенсионного возраста удельный вес колеблется в пределах 28,6-81,3%, в среднем составляя 50,4% от общего числа.

В повторной инвалидности структура несколько отличается от впервые признанной инвалидности. Превалирует число лиц среднего возраста – удельный вес колеблется в пределах от 41,2% до 66,6%, в среднем за 10 лет – 52,2%. Больше чем в первичной (в 6,6 раза) инвалидов молодого возраста – удельный вес 20,3% от общего числа. Это объясняется тем, что данный возрастной сегмент составляют больные СД 1-го типа, болезнь которых выявляется в раннем возрасте и которые являются инвалидами с детства.

Изучение актов освидетельствования выявило, что ведущей инвалидизирующей патологией при СД 1-го типа в 100% случаев была ДР, при СД 2-го типа у 86,1% лиц – ДР, у 13,9% больных – катаракта

Распределение инвалидов в зависимости от типа СД по группам было следующим. СД 1-го типа: 30,8% больным была установлена I группа инвалидности, 57,3% лиц – II группа, в 11,9% случаев – III группа. СД 2-го типа: 44,78% случаев – инвалиды I группы, II группа – у 49,25% лиц и только в 5,9% случаев – III группа инвалидности. Таким образом, независимо от типа СД, большей части больных устанавливалась инвалидность I и II групп,

то есть тяжелых степеней, сопровождающихся не только значительным ограничением трудоспособности, но и существенным ухудшением качества жизни.

Проведенный анализ карт освидетельствования показал, что из 4518 больных которым была установлена инвалидность вследствие СД и которые имели офтальмологические осложнения, более 60% имели в диагнозе непролиферативную ДР. Детальное изучение дел по освидетельствованию показало, что 11,5% больных имели выраженные изменения со стороны органа зрения, вызванные СД, однако в качестве основного диагноза вынесены не были. Более того, в 3,7% случаев инвалидность, установленная по офтальмодиабету, могла быть более тяжелых групп, чем установленная по общесоматическому состоянию.

Опрос–анкетирование больных с офтальмологическим осложнением сахарного диабета (независимо от типа СД) показало, что около 70% опрошенных не информированы о необходимости регулярных осмотров у офтальмологов, о возможных осложнениях СД на глазах, а также о необходимости проведения профилактических мероприятий.

Анализируя полученные результаты можно сделать вывод о том, что уровень инвалидности при офтальмодиабете в целом невысокий (в среднем по г.Ташкенту – 0,16 на 100 тысяч), но в то же время он является наиболее частым и тяжелым осложнением СД: около 95% ВПИ получили I (66%) и II (29%) группы инвалидности. Как среди ВПИ, так и при ППИ, абсолютное большинство составляли пациенты среднего и пожилого возраста (от 79 до 97%). Количество лиц молодого возраста среди ППИ в 6,6 (20,3%) раза выше, чем среди ВПИ. Это говорит о плохих перспективах трудовой реабилитации при офтальмодиабете.

Список литературы.

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Nternational Diabetes Federation; 2015. 7th ed
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1985: a pooled analysis of 751 population-based studies with 44 million participants. Lancet Lond Engl, 2016
3. Балашевич Л.И., Измайлов А.С. Глазные проявления диабета.1. С-Петербург,2004.- 255с.
4. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Женева,2001
5. Джамалова Ш.А., Искандарова Ш.Т., Набиев А.М. Инвалидность вследствие офтальмологических осложнений сахарного диабета в Узбекистане //Сборник тезисов Республиканской конференции с международным участием «Актуальные вопросы офтальмологии» – Беларусь, 2014, – С. 25-26.

6. Искандарова Ш.Т., Джамалова Ш.А., Ахмедова Э.П. Состояние инвалидности вследствие диабетической ретинопатии // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы офтальмологии». – Ташкент, 2014–С. 42-43.

7. Шагазатова, Б.Х. К вопросу об инвалидности при сахарном диабете / Б.Х. Шагазатова // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2003. – № 2. -С. 41-43.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В 2015-2017 ГОДЫ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Коландо В.В., Сериков А.Ю., Елагина К.А., Семенов А.В.

Курский государственный медицинский университет.

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФПО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Волкова Н.А.

Актуальность исследования. В настоящее время проблема острых отравлений (ОО) сохраняет высокую актуальность, что обусловлено появлением и широким применением большого количества новых химических соединений и препаратов в народном хозяйстве, быту и в медицине, а также высокой напряженностью ритма жизни, ростом нервных и психических заболеваний. По данным ВОЗ и Минздрава РФ, количество ОО в экономически развитых странах и в России увеличивается из года в год [1,2]. По данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2017 году» ОО химической этиологии выше среднероссийского уровня регистрировались на территории 37 регионов, в том числе и в Курской области, летальные исходы вследствие ОО химической этиологии выше среднероссийского уровня, фиксировались на территории 44 субъектов, в том числе и в Курской области. В связи с этим представляется актуальным анализ структуры и динамики ОО в последние годы в Курской области [2].

Целью работы является сравнительный анализ структуры ОО за 2015-2017годы в Курской области.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное открытое исследование сплошной выборки историй болезни пациентов с ОО за 2015, 2016, 2017 годы. Проведен сравнительный анализ количества пациентов, групп препаратов, причин, летальности и социального статуса пациентов с ОО в исследуемые годы.

Результаты. В 2017 году количество зарегистрированных случаев ОО химической этиологии составило 2510 (223,4 на 100 тысяч населения), за аналогичный период 2016 года – 2692 (240,4 на 100 тысяч населения), а в 2015 г – 2744 (242,4 на 100 тысяч населения), таким образом, прослеживается снижение количества ОО в исследуемые годы.

В структуре ОО в 2017 году I место занимают отравления спиртосодержащей продукцией –56,1% (n=1408) от числа всех ОО, что меньше

на 9%, чем в 2016 году и на 15,8%, чем в 2015 году. На II месте ОО лекарственными препаратами (психотропные, противосудорожные, седативные, снотворные, противопаркинсонические средства, диуретики, препараты, действующие на сердечно-сосудистую систему) – 21,0% (n=528), при этом отмечается снижение частоты их возникновения на 1,2%, по сравнению с 2016 г – 22,2%(n=598), и на 1,7%, по сравнению с 2015 г – 22,7% (n=622). III место (19,9%, n=500) занимают ОО прижигающими жидкостями, угарным и другими газами и отравления неуточненными веществами (в том числе 68,9% ОО уксусной кислотой и уксусной эссенцией); наблюдается их увеличение на 10,7% по отношению с 2016 годом – 9,2% (n=248), и снижение на 0,9%, по сравнению с 2015 годом (n=504).

При анализе структуры и динамики ОО ядовитыми веществами, содержащимися в растениях (чемерица, дурман, ядовитые грибы), которые занимают IV место, наблюдается снижение их количества в 2017 году (n=51) на 2,8%, по сравнению с 2016 годом (n=78) и на 2,9%, по сравнению с 2015 годом (n=81).

Отмечается рост ОО наркотическими веществами (V место) в 2017 году на 35% (n=20), по отношению к 2015 (n=13), и на 20% по сравнению с 2016 годом (n=16).

В 2017 году снизилось число ОО смесями «Спайс» на 48,6% (n=124), по сравнению с 2015 годом (n=255), и на 46,6% (n=266) по сравнению с 2016 годом, что обусловлено усилением контроля распространения курительных смесей со стороны правоохранительных органов (в т.ч. через интернет), ужесточением наказательных мер и постановкой на учет в наркологический диспансер лиц, госпитализированных по поводу ОО курительными смесями «Спайс».

В 2017 году не зарегистрировано ни одного случая ОО ФОС (фосфорорганические соединения), в 2016 году выявлено 6,4%, а в 2015 году они составили 5,8%, что обусловлено отсутствием ФОС в применяемых пестицидах в настоящее время.

Отмечается снижение общей летальности от ОО на 5,2% в 2017 году (8,7%, n=219), по сравнению с 2016 годом (13,9%, n=349) и на 5,5% по сравнению с 2015 годом (14,2%, n=356). Снижение летальности, вероятнее всего, является результатом введения профилактических мер (информация в средствах СМИ, государственные программы лечения и реабилитации), а также связано с более ранней обращаемостью за медицинской помощью, наличием отделения ОО, оказывающим специализированную токсикологическую помощь.

Однако выявлен рост летальности от ОО прижигающими жидкостями в 2017 году (17,5%, n=10) на 8,5%, по сравнению с 2016 годом (9,0%, n=6) и на 4,6% – с 2015 года (12,9%, n=8), что, возможно, связано более с поздней обращаемостью пациентов за стационарным лечением, с более тяжелой степенью ОО, часто несовместимых с жизнью, а также увеличением процента пациентов с психическими заболеваниями, употребившими прижигающие жидкости в результате суицидальных попыток.

При анализе частоты возникновения ОО химической этиологии по Курской области в течение всех исследуемых периодов лидером является город Курск, в 2017 году – 65,2% от всех ОО по области, в 2016 г – 66,2%, а в 2015 г – 64,9%.

При анализе социального положения пострадавших выявлено, что в 2017 году 55,6% случаев составили ОО у неработающей категории граждан – (n=1395), работающее население – 23,1% (n=581) и пенсионеры – 12,4% (n=312). В 2016 и 2015 годы отмечается аналогичное распределение.

При анализе мест приобретения химического вещества установлено, что в 2017 году, в большинстве случаев, они приобретались в магазинах – 48,4% (n=1216), в аптеке – в 13,0% (n=326), в местах неорганизованной торговли – 0,2% (n=6) и в 38,4% (963) – в других местах.

При анализе обстоятельств отравлений в 2017 году зарегистрировано употребление химических веществ с целью опьянения в 65,8% случаев, ошибочный прием – в 10,2%, с суицидальными намерениями – в 5,1% и с целью самолечения – 4,9% и 4,4% – с целью одурманивания.

Стоит отметить, что наибольшее число пострадавших от ОО – это молодые люди в возрасте от 26 до 39 лет, что еще более обостряет проблемы состояния генофонда РФ.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ структуры ОО по Курской области в 2017-2015 годы выявил, что:

- общая структура ОО в 2017 году осталась без существенных изменений, по сравнению с 2016 и 2015 годы;
- неизменно ведущее место среди причин ОО и летальности занимает прием этанола;
- отмечается некоторая тенденция к снижению ОО лекарственными препаратами;
- наблюдается снижение общей летальности при ОО более чем на 5% в 2017 году по сравнению с 2015 и 2016 годами;
- выявлен рост количества случаев и летальности от ОО прижигающими жидкостями в 2017 году в 2,2 раза по сравнению с 2016 годом;
- увеличивается число ОО наркотическими веществами в 1,5 раза по сравнению с 2015 годом, и в 1,3 раза – с 2016 годом;
- в 2 раза снизилось число ОО смесями «Спайс» по сравнению с 2015 и 2016 годами;
- группу риска пострадавших от ОО по социальному положению составляют неработающие люди трудоспособного возраста;
- в 2017 г не зарегистрировано ни одного случая ОО ФОС;
- территорией риска по ОО химической этиологии является город Курск;
- наибольшее количество пострадавших от ОО наблюдается у молодых людей в возрасте от 26 до 39 лет.

Список литературы.

1. Международная программа по химической безопасности [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.who.int/ipcs/poisons/ru/> свободный.
2. 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, 2018.–268 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/d9d/gd_2017_seb.pdf свободный.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ПОЧВЫ В ГОРОДЕ ГУБКИНЕ И ГУБКИНСКОМ РАЙОНЕ

Кононенко Н.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – д.м.н., доцент Лосенок С.А.

Актуальность исследования. Почва как элемент биогеоценоза является не только источником жизни для многих растений и животных, но и потенциально опасным фактором развития многих заболеваний человека [1,3,5]. В ней могут находиться и передаваться человеку прямым контактным и непрямым путем возбудители многих инфекционных и паразитарных заболеваний. Кроме того, в почве могут содержаться различные химические вещества, которые негативно воздействуют на живые организмы [2,4].

Целью работы являлось изучение динамики изменений санитарно-гигиенического состояния почвы в городе Губкине и Губкинском районе.

Материалом для исследования послужил годовой отчет главного государственного санитарного врача по Белгородской области. Для изучения свойств почвы использовались микробиологический, санитарно-химический методы. Для изучения изменений состояния почвы использовался сравнительный анализ. Динамика изменений санитарно-гигиенического состояния почвы показана в таблице 1 [3,4,5].

Таблица 1. Динамика изменений
санитарно-гигиенического состояния почвы

Количество проб	2014 год	2015 год	2016 год
Микробиологические показатели, ВСЕГО	102	85	105
Из них неудовлетворительные (%)	16 (15,6%)	4 (4,7%)	-
Санитарно-химические показатели, ВСЕГО	77	87	111
Из них неудовлетворительные (%)	1 (1,3%)	-	7(6,3%)
На гельминты, ВСЕГО	130	92	119
Из них неудовлетворительных (%)	1(0,76%)	1 (1,1%)	2 (1,7%)

В 2016 г. было исследовано 111 проб почвы на санитарно-химические показатели, из них 7 (6,3%) проб не соответствуют гигиеническим нормативам по содержанию тяжелых металлов (никель). По сравнению с предыдущими годами показатель вырос в 4,8 раза. На микробиологические показатели исследовано 105 проб почвы, все соответствуют гигиеническим нормативам. На протяжении трех лет складывается тенденция к снижению загрязненности. На паразитологические показатели исследовано 119 проб почвы, 2 (1,7%) пробы не соответствуют гигиеническим нормативам, что в 1,6 раз больше чем в предыдущем году.

Исследование показало, что количество тяжелых металлов в почве, в частности никеля, существенно возрастает. Поступление тяжелых металлов в окружающую среду опасно тем, что они способны к трансформации и меняют свою форму, в частности входят в состав солей, оксидов. Поглощаясь растениями и в дальнейшем накапливаясь в пищевой цепи, они могут послужить причиной развития заболеваний человека и животных. Так, избыток никеля в организме характеризуется поражением желудочно-кишечного тракта, кожи и потерей зрения [1].

Рост неудовлетворительных показателей при паразитологическом исследовании говорит о перспективе роста инфекционной заболеваемости в Губкинском районе. Геогельминты, проходя часть жизненного цикла в почве, различными путями попадают в организм человека, тем самым вызывая глистные инвазии. Основной группой риска являются дети в возрасте до 14 лет. Геогельминтозы характеризуются обширной клиникой, начиная от общей интоксикации, заканчивая шоковыми состояниями. Важную роль в снижении заболеваемости играет профилактика, направленная на восприимчивый организм.

Таким образом, в 2016 году наблюдается увеличение количества неудовлетворительных проб почвы по паразитологическим и санитарно-химическим показателям и уменьшение количества неудовлетворительных проб по микробиологическим показателям. Можно предположить, что причиной могут послужить деятельность промышленных предприятий, а также несовершенная система очистка сточных вод [1,2].

Список литературы.

1. ГОСТ 17.2.2.01-81 (СТ СЭВ 4470-84) "Охрана природы. Почвы. Номенклатура показателей санитарного состояния".
2. Завистяева Т.Ю. Значение почвы как одного из показателей состояния здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга // Здоровье населения и среда обитания.– 2006 – № 1(154). – С. 18–22.
3. Приказ от 21.08.2007 № 246 «О мерах по организации проведению социально-гигиенического мониторинга» // СПС Гарант.

4. Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» (ред. от 27.12.2009) // Информ.-поисковая система Консультант Плюс.

5. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». // Информ.-поисковая система Консультант Плюс.

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ В Г. ЛИПЕЦКЕ

Королева Н.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий**

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Шестакина Н.В.

Актуальность исследования состоит в том, что болезни системы кровообращения являются актуальной проблемой, так как занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения в Российской Федерации [2].

По данным Федеральной службы государственной статистики почти половина (47%) летальных исходов в России приходится на патологию системы кровообращения. Несмотря на то, что, начиная с 2010 года, благодаря открытию 593 сосудистых центров, смертность от инсультов снизилась на 25%, от инфарктов миокарда – на 14% [1].

Быстрота оказания пациенту высококвалифицированной врачебной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях – это основа для дальнейшего прогноза заболевания и жизни больного. Здесь важную роль играет экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе, прежде всего, работа службы скорой медицинской помощи (СМП) [3].

Целью исследования является анализ динамики вызовов скорой медицинской помощи по поводу болезней системы кровообращения за пять лет в городе Липецке.

Материалы и методы. В ходе работы исследована структура вызовов на ГУЗ «Липецкая областная станция скорой медицинской помощи и медицины катастроф».

Оценивали обобщенные данные за 5-летний период (2014-2018 годы) и изменение основных показателей в динамике. Путем выкопировки данных из карт вызовов (форма 110/у) получены сведения о половозрастной характеристике и диагнозе больных, структуре внезапных заболеваний как причин вызова скорой медицинской помощи, гендерных различиях структуры.

Статистическая обработка материала включала расчет относительных величин (экстенсивные и интенсивные показатели), среднюю ошибку относительной величины, критерий достоверности t , выравнивание

динамических рядов методом наименьших квадратов, показатели динамического ряда (уровень обращаемости, темп роста/убыли, темп прироста/убыли).

Данные были сведены в таблицы и диаграммы. Различия признавали статистически значимыми при $p < 0,05$. Все расчеты выполнили с использованием MS Excel 2010.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного анализа карт вызовов скорой медицинской помощи города Липецка в период за 2014-2018 годы была отобрана группа исследования пациентов с болезнями органов кровообращения, куда входят болезни, характеризующиеся повышением артериального давления; ишемическая болезнь сердца; нарушения проводимости и ритма сердца; цереброваскулярные болезни; болезни артерий, артериол и капилляров; болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов.

За медицинской помощью на «03» обращаются люди любого возраста и пола. Благодаря сопоставлению результатов обращений мужчин и женщин разного возраста и пола за период с 2014 по 2018 годы были сделаны выводы, что среди мужчин отмечается тенденция к повышению возраста (с 45-60 до 61-75 лет) пациентов с гипертонической болезнью, но при этом снижению возрастных показателей, связанных с ишемической болезнью сердца; нарушениями проводимости и ритма сердца; цереброваскулярными болезнями (с 61-75 до 45-60 лет). У женщин все группы заболеваний «молодеют», то есть возраст пациенток с данными заболеваниями снижается (с промежутка в 61-75 до 45-60 лет).

Уровень обращаемости на скорую медицинскую помощь по поводу болезней системы кровообращения в динамике за 5 лет в городе Липецке снижается с $7,99 \pm 0,05$ в 2014 году до $7,8 \pm 0,05$ в 2018 году (в расчете на 100 человек; различия не достоверны $p > 0,05$).

При этом темп роста обращаемости на скорую медицинскую помощь по поводу болезней системы кровообращения постепенно снижался от 105,1% за 2014 год до 99,8% в 2017 году

Уровень обращаемости на скорую медицинскую помощь по поводу гипертонической болезни в динамике за пять лет в городе Липецке снижался с $5,8 \pm 0,05$ в 2014 году до $5,7 \pm 0,05$ в 2018 году (в расчете на 100 человек; $p > 0,05$)

При анализе темпа роста обращаемости на СМП по поводу гипертонической болезни отмечается снижение уровня с 103,1% в 2014 году до 100,5% в 2017 году

В ходе исследования была проанализирована заболеваемость по обращаемости гипертонической болезнью (по результатам вызовов СМП) в городе Липецке, которая составила в 2014 году – 58‰; в 2018 году – 57,9‰. Данные показатели свидетельствуют о снижении заболеваемости по обращаемости, связанной с гипертонической болезнью.

Уровень обращаемости на скорую медицинскую помощь по поводу хронической ишемической болезни сердца в динамике за пять лет в городе

Липецке снижался с $0,4 \pm 0,05$ в 2014 году до $0,3 \pm 0,05$ в 2018 году (в расчете на 100 человек; $p > 0,05$).

При изучении темпа роста обращаемости на СМП по поводу хронической ишемической болезни сердца можно проследить увеличение значений с 91,4% в 2014 году до 93,5% в 2017 году.

Анализ заболеваемости по обращаемости в связи с хронической ишемической болезнью сердца постепенно снижается и составляет 3,5‰ в 2014 году и 3,3‰ в 2018 году.

Уровень обращаемости на скорую медицинскую помощь по поводу инсульта в динамике за пять лет в городе Липецке повышался с $0,9 \pm 0,05$ в 2014 году до $1,0 \pm 0,05$ в 2018 году (в расчете на 100 человек; $p > 0,05$).

При исследовании темпа роста обращаемости по поводу инсульта показывает снижение уровня обращаемости с 102,3% в 2014 году до 100,2% в 2017 году.

Анализ заболеваемости по обращаемости в связи с инсультом постепенно увеличивается и составляет 8,9‰ в 2014 г. и 9,4‰ в 2018 году

При анализе заболеваемости по обращаемости выявлены гендерные различия. Во всех пяти исследуемых группах она выше у женщин и составляет 82,2‰; 83,1‰; 84,9‰; 81,1‰; 81,4‰, а у мужчин соответственно 77,3‰; 77,4‰; 73,9‰; 74,4‰; 77,8‰.

Таким образом, уровень обращаемости населения города Липецка по поводу болезней системы кровообращения, в том числе гипертонической болезни, хронической ишемической болезни сердца снижается, при инсульте – увеличивается.

Список литературы.

1. Барсукова И.М., Стожаров В.В. Менеджмент качества в деятельности службы скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2014. № 2. С. 33–41.

2. Милосердов М.А., Маслова И.Н. Анализ вызовов скорой медицинской помощи по поводу цереброваскулярной патологии в динамике за пять лет в г. Смоленске// Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 3. С. 24-28.

3. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи Российской Федерации// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 1. С. 23-32.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В РОССИИ

Костанов Д.Р.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Актуальность исследования. В наше время нет той медицинской организации, которая бы не столкнулась с проблемами при проведении гражданских и уголовных разбирательств по неблагоприятным исходам оказания медицинской помощи. Сегодня каждая жалоба на врача сразу же принимается следственными органами к рассмотрению. Оказание достойной и качественной медицинской помощи – одна из самых актуальных и важных проблем российского здравоохранения, поэтому взаимодействие со следственными органами и судами вошло в обычную и повседневную практику лечебных учреждений. В большинстве случаев выход из таких ситуаций в рамках механизмов уголовных и гражданско-правовых преследований медицинских работников невозможно без участия медицинских экспертов. Поэтому с целью решения данных «медицинских дел» судами и следственными органами назначаются судебно-медицинские экспертизы.

Актуальность данной темы обоснована необходимостью проведения реформирования нормативно-правовой базы, регламентирующей порядок назначения судебными органами судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам».

Целью исследования является рассмотрение порядка проведения судебно-медицинских экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Материалы и методы. В ходе исследования использовали аналитический подход в изучении Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Надлежащая МП может оказываться только надлежащим медицинским работником и характеризуется: методологически и технически правильным выполнением диагностических и лечебных вмешательств, своевременностью, правилами асептики и антисептики, правилами ухода за больными, соблюдением санитарного режима. Выявление и анализ каких-либо дефектов оказания медицинской помощи на судебно-медицинском экспертном материале способствует улучшению лечебного процесса и предупреждению случаев ненадлежащего оказания МП. Наибольшей информативностью обладают производимые в учреждениях СМЭ комиссионные экспертизы по поводу обвинений медицинских работников в правонарушениях.

В медицине имеет место системное причинение вреда. Связано это с тем, что медицинская услуга оказывается сразу несколькими медицинскими работниками из разных отделений медицинской организации на фоне организационных особенностей какой-то конкретной медицинской организации. Преобладают некоторые дефекты организации медицинской помощи, которые выступают в качестве причины неблагоприятного исхода какой-либо болезни. Поэтому оценивать медицинскую помощь и ее проблемы в отрыве организационных аспектов нельзя. Однако сейчас отсутствуют точные и четкие, закрепленные в правовых актах, подходы к компетенции врачей судебно-медицинских экспертов и к установлению причинной связи в медицинской части [1].

Как показала практика, назначения судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи в содействии следствию заинтересованы только судебно-медицинские эксперты. При расследовании врачебных уголовных дел их понимание процесса доказывания находится в юридической плоскости со следственными работниками [2].

В соответствии со ст. 12 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: «Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке своих должностных обязанностей».

Различия в восприятии между следователем и судебно-медицинским экспертом во врачебных преступлениях имеются по следующим позициям:

- обстоятельства, подлежащие какому-либо доказыванию при расследовании преступлений медицинских работников;
- особенности причинно-следственных связей.

«Как следователь спросит, так эксперт и ответит», – так в настоящее время решаются поставленные на экспертизу вопросы. Это происходит, по большей части, из-за отсутствия мотивации эксперта рассматривать поставленную задачу вместе с судебно-следственными работниками. Свое нежелание эксперты обосновывают выходом за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта. Также, не менее половины следователей походят к расследованию преступлений без подготовки и углубления в подробности из-за занятости и отсутствия особых медицинских знаний. В связи с названными обстоятельствами, большинство экспертиз требует их сопровождения компетентными органами следственных управлений в «ручном режиме» [3].

Еще необходимо упомянуть, что производство судебно-медицинских экспертиз может назначаться и производиться в специальных подразделениях региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава России. В данных подразделениях есть должность лаборантов, которые облегчают работу по исследовательской части заключений. Также Бюро отлично справляется с первичной задачей поиска и нахождения недостатков медицинской помощи.

Выводы. Таким образом, поскольку количество «врачебных ошибок» растет, участие компетентных экспертов в расследовании преступлений будет способствовать снижению повторных обращений в следственные органы РФ в связи с уменьшением количества неудовлетворительных полнотой следствия потерпевших.

Список литературы.

1. Кузнецов, С.В. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи/ С.В. Кузнецов // Медицинское право. – 2018. – № 3 (73). – С.24-28.
2. Подрублина, И.А., Бутенко, О.С., Коссаковская О.Ю. и др. Некоторые актуальные вопросы организации проведения судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» на примере Ростовской области// Медицинское право. – 2018. – № 3 (79). – С.40-44.
3. Эртель, Л.А. Использование судебно-медицинской экспертизы в уголовном судопроизводстве в качестве доказательства по делам о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками профессиональных обязанностей/ Л.А. Эртель // Медицинское право. – 2018. – № 2 (78). – С.52-55.

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕЗАКОННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кошелева А.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра Организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Психическое здоровье и благополучие населения являются приоритетами в области здравоохранения в рамках глобальной программы ООН. Это объясняется тем, что распространенность психических заболеваний с каждым годом увеличивается. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в мире 350 млн человек страдают депрессией, около 60 млн – биполярным аффективным расстройством, 47,5 млн больны деменцией и еще 21 млн – шизофренией и другими психозами. Сегодня в нашей стране основным правовым актом в данной сфере является Закон о психиатрической помощи, исполнение которого вызывает ряд вопросов.

Актуальность темы мотивирована тем, что незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, относится к категории тяжких преступлений и наносит огромный ущерб человеку в плане его фундаментальных, предусмотренных Конституцией основополагающих прав. Человек, незаконно

госпитализированный в психиатрический стационар, лишается по сути человеческих прав. Он не может защитить себя в правовом плане, не может подать в суд, рискует быть залеченным медикаментами в буквальном смысле до смерти.

Целью данного исследования является анализ состава преступления, предусмотренного ст. 128 Уголовного Кодекса РФ и виды наказания за ее нарушение, обсуждение условий при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Материалы и методы. Чтобы достаточно детально проанализировать тему данного исследования, необходимо ответить на следующие вопросы. Во-первых, что вообще понимать под «незаконной госпитализацией в психиатрический стационар»? Во-вторых, кто выступает субъектом преступления, предусмотренного статьей 128 УК РФ? В-третьих, что входит в субъективную сторону состава преступления, а именно – какая форма вины для него характерна? В-четвертых, понять, что будет входить в объективную сторону состава данного преступления.

В качестве методов исследования использовались: метод описания, метод анализа теоретического материала и его синтеза, формально-юридический метод, сравнительно-правовой метод, метод аналогии.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре занимает важное место среди административно-правовых мер медицинского характера. Данная мера принуждения применяется в случае возникновения опасности как для самого лица, страдающего психическим расстройством, так и окружающим его лицам, обществу в целом и государству. Как известно, выявление такой специфической группы заболеваний, как расстройства психики, происходит не только в момент самостоятельного обращения гражданина в медицинское учреждение за помощью, а чаще всего первичный диагноз устанавливается после обращения лиц, подозревавших у своих родственников наличие признаков расстройства психики [4]. В таком случае возможно оказание специализированной помощи в принудительном порядке. Однако, очень часто имеют место и злоупотребления как со стороны законных представителей возможного пациента, так и со стороны специалистов-психиатров, преследующих собственные мотивы. И одной из главных причин такого злоупотребления своим положением, когда в психиатрические организации помещаются лица, на самом деле не страдающие расстройствами психики, является отсутствие в законодательстве определения понятия «психическое заболевание», т.е. отсутствие дефиниции.

Незаконное принудительное помещение лица, страдающего психическими расстройствами, или заведомо здорового лица в психиатрическую организацию является специальным составом преступления в виде незаконного лишения свободы [2].

Объектом неправомерной госпитализации является личная неприкосновенность человека, незаконно ограничиваемая помещением его в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь.

Еще одним объектом данного противоправного деяния в ч. 2 ст. 128 УК РФ выступает жизнь и здоровье потерпевшего, в случае причинения смерти или наступления иных тяжких последствий по неосторожности. Пострадавшим может быть как психически здоровое лицо, так и лицо страдающее психическим расстройством, чье состояние не требует госпитализации в медицинскую организацию с целью обследования и лечения.

Объективной стороной преступления будут действия, выражающиеся в принудительной госпитализации как заведомо здорового лица, так и лица, страдающего расстройствами психики.

Субъектом преступления является врач-психиатр, а также медицинские работники, которые могут поместить человека в психиатрический стационар без ведома врачей. В качестве еще одного субъекта преступления можно назвать судью, который выносит постановление о принудительной госпитализации.

Субъективная сторона рассматривается в форме прямого умысла или неосторожности (легкомыслие или неграмотность персонала) [1].

Одним из условий для госпитализации в психиатрический стационар лица, страдающего расстройством психики, является наличие психического заболевания в тяжелой форме или осложнение течения данного заболевания. Кроме того, возможна госпитализация в психиатрический стационар без согласия лица или без согласия его законного представителя до постановления суда, если обследование и лечение объекта возможны только в стационарных условиях. А сам пациент представляет опасность для себя или окружающих, а также не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности [3].

Результаты обсуждения: таким образом правомерная недобровольная госпитализация в психиатрический стационар должна соблюдать несколько важных условий. Одним из них должно быть заключение консилиума врачей о том, что данное лицо страдает психическим заболеванием. Другим не менее важным условием является степень психического расстройства, которое вызывает необходимость пребывания в условиях психиатрического стационара. И наконец, должен быть строго соблюден порядок помещения лица в психиатрический стационар.

Также видится необходимым закрепить понятие «психическое расстройство» на законодательном уровне, что позволит избежать злоупотреблений при решении вопросов о принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

Статья 128 УК РФ не предусматривает ответственность за «незаконное продление госпитализации», поэтому необходимо установить в ст.128 УК РФ ответственность за данное действие, которое является не менее опасными, чем действие, связанное с «незаконной госпитализацией».

Список литературы.

1. Авдеев В.А., Авдеева Е.В. Актуальные вопросы квалификации незаконного помещения в психиатрический стационар/В.А. Авдеев, Е.В. Авдеева // Российский следователь. -2013. -№ 16. -С.20-22.
2. Аргунова Ю.Н. Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар/Ю.Н. Аргунова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011.-№ 11. -С. 10-12.
3. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи/Р.З. Симонян//Евразийское Научное Объединение. -2018.-Т. 2, № 10.- С.157-160.
4. Уголовный кодекс Российской Федерации: текст с изменениями и дополнениями на 20 января 2016 года. –М.: Эксмо,2016. –256с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кравченко Л.Ш., Кадырова Д.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
Научный руководитель – к.м.н., доцент Расулова Н.Ф.**

Актуальность исследования. Планирование является основной функцией управления и стержнем управляющей подсистемы системы здравоохранения. В широком смысле слова планирование – есть предопределение будущего, построение модели желаемого и намечаемого будущего состояния системы субъекта при одновременном установлении путей, способов, средств и сроков достижения этого состояния, конечных рубежей, планируемых действий. В основе современного подхода к планированию лежит четкое разграничение между планом и программой. Программа всегда должна быть ориентирована на достижение конкретных целей, находящих свое отражение в показателях программы, ее числовых параметрах, фиксирующих меру или степень решения задач продвижения к намеченным целям [1].

В начале 50-х годов прошлого века в Японии и Германии, а впоследствии и в США ведущими экономистами была существенно доработана методика определения целей программ. В результате этой работы было определено, что цели деятельности субъектов обязательно должны совпадать с целями деятельности системы в целом и носить при этом общественно-значимый характер. Например, целью программы реформы здравоохранения в России должно быть улучшение показателей общественного здоровья, а не, скажем, увеличение зарплаты медиков, поскольку это будет одним из способов достижения общественно-значимой цели [2].

К концу 60-х годов прошлого века группой японских экономистов, американцем Демингом в теорию планирования было внесено понятие «планирование в условиях ограниченных ресурсов». В основе этого понятия

лежит аксиома: любое общественно-полезное производство сдерживается ограниченными ресурсами. Экономистами Японии и США была сформулирована методика определения целей программы с учетом постоянного увеличения эффективности использования ресурсов на основе реализации мер по непрерывному улучшению качества работы. Таким образом, исходя из сказанного выше, можно определить планирование как основной раздел экономики, который является важнейшим мероприятием в определении действий любого субъекта или системы для достижения цели их деятельности, обязательно определяемо с учетом общественной значимости на условиях эффективного использования ресурсов.

Все программы разделяются по целям:

- стратегические – их достижение планируется на 5 лет;
- тактические – их достижение планируется на срок от 1 года до 5 лет;
- оперативные – их достижение планируется на месяц, квартал, как правило, до 1 года.

Все программы подразделяются на простые (если мероприятия программы выполняются субъектами одной системы или коллективом одного субъекта) и сложные (если мероприятия программы выполняются субъектами нескольких систем или коллективами разных субъектов).

В отличие от программы планы являются заданиями вышестоящего уровня управления – нижестоящему, и так до субъекта. Плановые задания обеспечивают выполнение отдельных мероприятий, как правило, текущих программ, и включают в себя 3 группы директивных показателей:

- объемы и качественные параметры услуг и изделий;
- сроки исполнения;
- размеры ресурсного обеспечения для выполнения задания.

Приступая к стратегическому планированию отрасли, необходимо опираться на следующие методические и целевые установки:

- равнодоступность здравоохранения для граждан;
- всесторонний анализ долговременных решений;
- взаимосвязанное комплексное планирование;
- подкрепление планов прогнозными разработками;
- проведение мер в целях предотвращения потерь.

Таким образом, стратегическое планирование на основе анализа и выделения приоритетов должно обеспечивать четкую оценку целей и направлений деятельности, определять набор действий и решений для достижения этих целей. Первостепенной задачей стратегического планирования является обеспечение нововведений и изменений в самой системе здравоохранения. Следует отметить, что при научно обоснованном планировании существует устойчивая положительная корреляция между плановыми и достигнутыми результатами. Непременным атрибутом планирования должно быть организационное стратегическое предвидение, базирующееся на опыте прошлых стратегических решений и на развитии перспективного мышления управленческих кадров. К сожалению, до 75% средств направляется на решение низкоэффективных, но высокзатратных

задач; при этом известно, что даже разовые финансовые инъекции в высокоэффективные цели дают хороший результат [3].

В этом процессе неопределима роль руководителей; она значительно шире простого инициирования процесса стратегического планирования – необходимо постоянно организовывать, контролировать, анализировать, проводить оценку и вносить адекватные коррективы. Эффективный управленец – это штучный товар, и его надо уметь разглядеть и поддержать, потому что только эффективные менеджеры создают эффективные организации, влияют на уровень работы и результаты, становятся двигателем перемен.

Таким образом, стратегическая политика без управленцев, которые могут ее реализовывать, недостижима, так как это достаточно сложный процесс, требующий квалифицированного управления.

Компоненты современного менеджмента, стратегия должна представлять собой детальный всесторонний план, разработанный с точки зрения всей перспективы системы, а не отдельных ее элементов, но в то же время иметь четкую адресность. При этом план должен оставаться целостным в течение длительного времени, но обладать достаточной гибкостью, чтобы при необходимости можно было осуществить модификацию и переориентацию отдельных (дополнительных) обстоятельств. Необходимо иметь возможность стратегического маневра и, кроме плана действий, надо держать в резерве и план на случай непредвиденных, дополнительных обстоятельств. Разработка стратегических планов здравоохранения необходима на всех уровнях управления, вплоть до медицинских организаций.

Управленческое обследование представляет собой методическую оценку функциональных зон системы, предназначенную для выявления ее стратегически сильных и слабых сторон. Анализ стратегических альтернатив проводится на базе основных вариантов ожидаемых результатов (таких как рост, ограниченный рост, сокращение, сочетание) [5].

Вслед за управленческим обследованием осуществляется выбор стратегии и способов ее реализации. В рамках стратегического планирования должны осуществляться 3 основных вида управленческой деятельности:

- приоритетное планирование и распределение ресурсов;
- обеспечение адаптации системы к внешней среде;
- своевременная внутренняя координация и перегруппировка системы.

При этом изначально следует иметь в виду ряд отличительных особенностей характера стратегического планирования:

- масштабность и нерушимость;
- сложность и двойственность;
- фундаментальность и долгосрочность;
- значимость изменений и зависимость от окружения.

Таким образом, основные задачи планирования здравоохранения в условиях финансовых, социальных и политических ограничений – обеспечить для населения максимально возможный уровень доступности медицинской помощи за счет улучшения использования ресурсов. Конкретные сроки стратегического планирования устанавливают органы исполнительной власти в

соответствии с длительностью планируемых перспектив социально-экономического развития страны.

Список литературы.

1. Ежегодные статистические сборники здоровья и здравоохранения Республики Узбекистан РИАЦ МЗ РУз.
2. Инструктивно-директивные документы Минздрава Республики Узбекистан.
3. Кабушкин Н. Основы менеджмента. Теория и практика менеджмента. «Новая заря», Минск, 2002, 336 стр.
4. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. М.: Медицина, 1994. 288с.
5. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 182 от 21 мая 1996 года «О развитии инфраструктуры села Республики Узбекистан».

ПРОБЛЕМА АБОРТОВ В РОССИИ

Кузнецова О.П., Резунова Н.И.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.м.н., доцент Тимошилов В.И.**

Актуальность исследования. Негативное влияние на демографическую ситуацию в стране оказывает не только высокий уровень смертности, но и остро стоящая проблема аборт. Негативное значение абортов связано как с тем, что наступившая беременность в данном случае не завершилась рождением ребенка, так и с их неблагоприятными последствиями для репродуктивного здоровья – снижением возможности иметь детей в будущем. Мировые исследования позволяют сделать вывод о том, что частота материнской заболеваемости прямо пропорциональна сроку беременности, на котором выполнен аборт. Риск перфорации при хирургическом аборте увеличивается на 20% на каждые 2 недели гестации, частота других осложнений – в 1,5 раза, а у первобеременных – в 3 раза [1].

Актуальность проблемы абортов на ближайшие годы обострится в связи с новым демографическим провалом, так как в репродуктивный возраст вступают поколения, рожденные в 90-е годы. Эти поколения весьма малочисленны, и за счет этого Россию ждет так называемая «демографическая яма» [2, 5].

Согласно действующему законодательству, каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, и аборты подразделяются на выполненные по желанию женщины, по медицинским и социальным показаниям [9]. Более 95% медицинских абортов приходится на I триместр

беременности, и всего 4,2% – на II. Медицинский аборт является настолько распространенным явлением, что факт его проведения присутствует в акушерско-гинекологическом анамнезе порядка 53% женщин в России [7].

Также аборт является актуальной нравственной проблемой, исторически находящейся в центре внимания общественности и духовенства. Большинство религий на современном этапе осуждают абORTы по желанию женщины, оправдываемые чисто материальными, карьерными, жилищно-бытовыми причинами. Аборт по медицинским показаниям признается грехом, требующим покаяния, но грехом вынужденным и требующим снисхождения [8].

Таким образом, на уровне государства и общества медицинские абORTы являются негативным медико-социальным явлением, которое отрицательно сказывается на рождаемости, а число абORTов по желанию женщины указывает на проблемы в нравственной сфере. Обе эти стороны проблемы абORTов показывают ее связь с социально-экономической стабильностью государства: осложнения абORTов являются медицинской проблемой трудоспособного населения и причиной его смертности и инвалидизации, снижение рождаемости ведет к сокращению перспективных трудовых ресурсов [6], а низкий уровень нравственности ведет к падению уровня профессионализма работников [4].

Материалы и методы. Решение задач, связанных с изучением медицинских абORTов по желанию женщин и по медицинским показаниям осуществлялось с использованием данных ЦНИИОИЗ за период 2011-2017 годы. В обработке данных использованы методы построения, анализа и выравнивания динамических рядов.

Результаты и их обсуждение. Частота медицинских абORTов у женщин репродуктивного возраста по России (по желанию женщин) снижается ежегодно достоверно с 2011 по 2017 годы. Показатели распространенности сократились в 2 раза (с 19,8 до 9,7) за последние 6 лет. (Рисунок 1.)

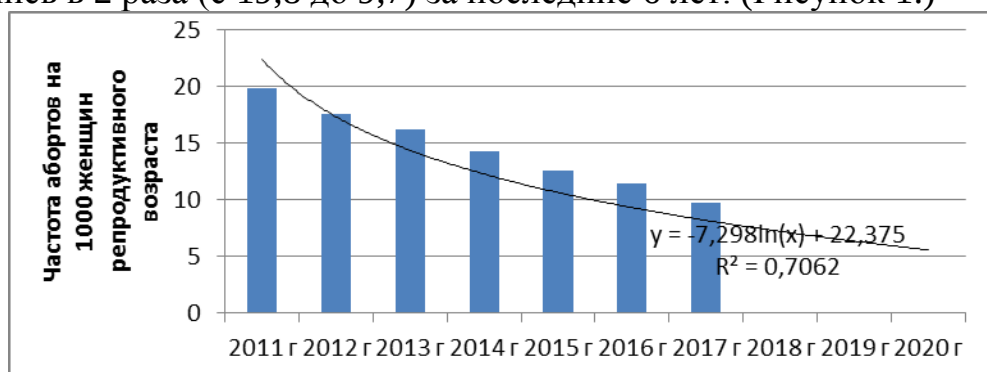


Рисунок 1. Динамика частоты медицинских абORTов на 1000 женщин репродуктивного возраста по России (по желанию женщин) за 2011-2017 годы

Математическая модель динамики частоты медицинских абORTов по желанию женщин и выравнивание динамического ряда дают основания прогнозировать стабилизацию частоты данного вида прерывания беременности на уровне 5 – 6 случаев на 1000 женщин репродуктивного возраста к 2020 году.

Частота абортс по медицинским показаниям у женщин репродуктивного возраста по России имеет разнонаправленные колебания. С 2011 по 2012 годы показатель распространенности снижается с 0,78 до 0,67; затем до 2014 года происходит увеличение показателя до 0,83; в 2015 году показатель равен 0,76; в 2016 году – 0,82; в 2017 году – 0,50. Самый высокий уровень показателя частоты абортс по медицинским показаниям приходится на 2014 год, а самый низкий на 2017 год. (Рисунок 2.)

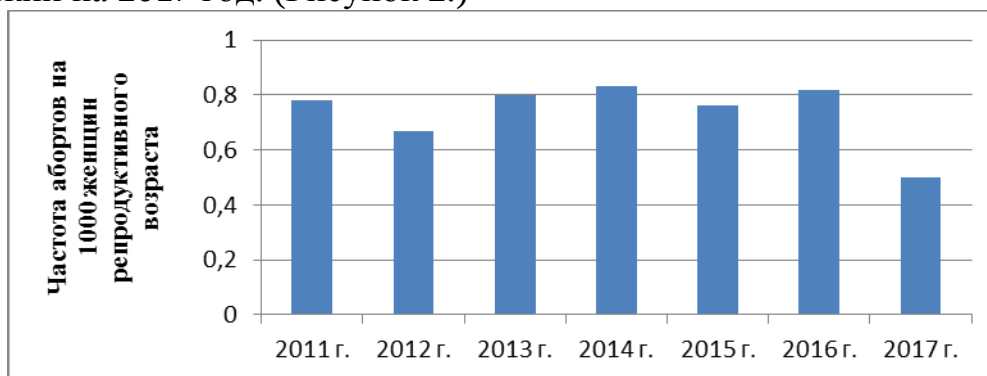


Рисунок 2. Динамика частоты медицинских абортс на 1000 женщин репродуктивного возраста по России (по медицинским показаниям) за 2011 – 2017 годы

Разнонаправленные колебания частоты абортс по медицинским показаниям не дают возможности построить математическую модель и провести выравнивание динамического ряда с достаточной степенью достоверности. Прогноз какой-либо конкретной динамики этого явления на ближайшие годы практически невозможен.

Список литературы.

1. Дикке Г.Б. Аборт: от ажитации к зрелым размышлениям. Материнская смертность и заболеваемость после абортс. Резервы медицинской помощи женщинам // Гинекология, акушерство, бесплодный брак. Инфекции и инфекционный контроль.–2012.–№ 2 (8)
2. Ирышкова Т.А. Проблема абортс в России. Приближение к демографической яме // Молодежный научный форум: Общественные и экономические науки: электр. сб. ст. по мат. XVIII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 11(18).
3. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства. / Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 6-13.
4. Рудь, В.Ю., Липатов, В.А., Тимошилов, В.И. Развитие личностных качеств и формирование профессиональной платформы преподавателей через проект «Славянское содружество» и среднерусский экономический форум// Миссия современного преподавателя: духовность, патриотизм, профессия: Сборник научных трудов участников Международной конференции молодых ученых светских и духовных учебных заведений «Молодой

преподаватель ВУЗа – доверенное лицо государства» в рамках Международного лагеря студенческого актива «Славянское содружество – 2015» / Редкол.: А.А. Чертова и др. – Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2015. – С. 27-34.

5. Рыбаковский Л.Л. Демографическое настоящее и будущее России и её регионов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 2012; М. 2012; 178 с.

6. Рыжкова Т.А., Скобелева Е.С. Влияние экономических показателей на рост аборт в современных условиях в России // Студенческая наука и XXI век. – 2018. – Т. 15. – № 1(16). – Ч. 1. – С. 422–424.

7. Складорова С.А. К вопросу об осложнениях различных видов абортов // Молодой ученый. – 2017. – № 3. – С. 58-60.

8. Тимошилов В.И., Грудина А.В. Позиция мировых религий по проблеме абортов: аналитический обзор // Сборник научных трудов участников международной конференции молодых ученых светских и духовных учебных заведений в рамках Международного лагеря молодежного актива «Славянское содружество – 2016». Курск: изд-во ООО «МедТестИнфо», 2016.- С.179-183

9. Чашин А.Н. Комментарий к Федеральному Закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" / Дело и Сервис. – 2017. – 192 с.

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА ИЛИ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ?

Лукьянчикова П.Ю.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Актуальность исследования состоит в том, что при проведении анализа медицинских вмешательств, которые закончились печальными последствиями, большинство из них неоправданно признаются врачебными ошибками, хотя в конечном итоге должны рассматриваться как несчастные случаи.

Целью исследования является изучение примеров и рассмотрение критериев отнесения различных ситуаций, возникающих в клинической практике, к категории несчастного случая, а также определение содержания и соотношения понятий «врачебная ошибка» и «несчастный случай».

Материалы и методы: достижение поставленной цели осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках сравнительного и логического анализа литературных источников.

Результаты и обсуждения: в ходе исследования было выявлено, что к врачебной ошибке нецелесообразно относить нарушения состояния здоровья пациента, вызванные рефлексом, в ходе выполнения вмешательства,

бытовыми факторами, которые могли простимулировать развитие осложнений, использованием некачественных материалов при выполнении манипуляций. Отнесение подобных ситуаций экспертными комиссиями к ненадлежащему исполнению обязанностей, можно избежать путем усовершенствования и включения, рассматриваемых понятий, в официальную документацию.

Врачебная деятельность является одной из самых сложных и рискованных видов профессий. Довольно часто проведение медицинских манипуляций и оказание помощи больному заканчиваются неблагоприятно для здоровья и жизни пациента. Врачебная ошибка или несчастный случай могут привести к нарушениям в деятельности организма человека или вовсе к летальному исходу. Выявление и анализ причины дефектов оказания медицинской помощи проводят врачебные комиссии, существующие при лечебных учреждениях. Но, к сожалению, довольно часто врачебные комиссии совершают ошибки при оценивании неблагоприятных результатов работы врачей. Причиной этого может служить, с одной стороны, преобладание эмоциональных факторов над логическими при оценивании той или иной ситуации, а с другой стороны – отсутствие официально документально закрепленных понятий «несчастный случай» и «врачебная ошибка», что приводит к неправомерному и слишком широкому его употреблению.

Понятия «врачебная тайна» и «несчастный случай» имеют множество трактовок, которые различаются как по объему, так и по содержанию. По мнению И.В. Давыдовского врачебная ошибка является следствием добросовестного заблуждения врача, при выполнении им профессиональных обязанностей. А.С. Димов утверждает, что это различной природы действия или бездействия врача, которые направлены против реальных процессов, возникающих у пациента. В.Ф. Чавпецов понимает под этим понятием «объективно предотвратимое неправильное действие». [2,4]

К несчастным случаям в деятельности врача И.Ф. Огарков относит такие результаты лечения, при которых «в связи с объективными обстоятельствами врач не предвидел и не мог в необходимой мере предвидеть и предотвратить существенно неблагоприятное для жизни и здоровья пациента событие».

И.В. Тимофеев данное понятие было отождествлено с врачебной ошибкой, а И.В. Буромский кроме ошибки включает ещё и медицинский деликт. [1, 3]

В содержании понятий «врачебная ошибка» и «несчастный случай» есть как общее, так и отличное, что характеризует правильность и результат лечебной деятельности медицинского работника. Для оценки и анализа этих показателей уместно использовать и то, и другое понятие. Понятие ошибки является основным в усовершенствовании и модернизации клинико-морфологического мышления врача. Основное предназначение случая – оценка соответствия оказанной медицинской помощи и рассмотрение факторов, которые привели к возникновению неблагоприятного исхода. Отождествление данных понятий приводит к упрощению и обеднению профессионального языка, а подмена одного другим вносит определенную путаницу. В юридической практике используют аналоги данных понятий

и для того, чтобы выразить неправильность мысли, действие или последствия применяются такие словосочетания, как «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей» или «вред здоровью».

Помимо изучения определения рассматриваемых понятий, целесообразно проанализировать конкретные ситуации, относящиеся к врачебной ошибке или несчастному случаю.

К одному из примеров несчастного случая можно отнести анафилактический шок на лекарственное средство, которое было введено согласно всем нормам и правилам по его назначению и использованию, или рефлекторную смерть, которая возникла при выполнении врачом тех или иных диагностических, лечебных процедур. Соскальзывание лигатуры, наложенной ранее медицинским работником на сосуд, следует считать именно несчастным случаем, но никак не врачебной ошибкой. Ведь изначально медицинская манипуляция была проведена правильно – кровоизлияние было остановлено, а его возобновление могло произойти по многим причинам, которые предвидеть и установить не представляется возможным.

При интерпретации неблагоприятного исхода лечения в виде несчастного случая, необходимо учитывать, что в бытовом смысле он рассматривается гораздо шире, чем в юридическом. Тогда по сути, в него включаются все ситуации и крайности (будь то перенапряжение на работе, кража чего-либо ценного или несчастная любовь), возникшие совершенно случайно, по многим разнообразным причинам, которые и привели к ухудшению здоровья человека.

Следует отметить, что неудачный результат лечения, связанный с использованием некачественных медицинских инструментов, аппаратов или изделий, не относится к несчастным случаям. В качестве примера можно рассмотреть следующую ситуацию.

Сердечный клапан был протезирован двухлепестковым протезом. Спустя двое суток, одна из составляющих протеза часть выпала и застряла в грудной части аорты, эту проблему врачами было решено предотвратить путем аортотомии, извлечения и замены дефектного клапана. Итог операции плачевный – летальный исход. Эту ситуацию нельзя рассматривать ни как врачебную ошибку, ни как несчастный случай, ведь необходимая помощь была оказана своевременно и по всем правилам. Ответственность за такой печальный исход событий здесь должна нести организация, изготавливающая медицинскую продукцию, содержащую брак.

Несчастный случай характеризуется таким отношением врача, к своим действиям, при котором он не знал и не должен был знать о возможности наступления вредных последствий. Но только известен случай, когда лишился работы анестезиолог-реаниматолог, после постановки пациенту в артерию подключичного катетера. Процедура закончилась смертью пациента. Данная манипуляция была проведена согласно всем требованиям и показаниям, не было выявлено каких-либо нарушений при её проведении. Однако врачебная комиссия усмотрела вину этого врача и утверждала, что он должен был учесть истощение пациента, в связи с чем у больного должно было наблюдаться изменение анатомического соотношения вен и артерий, хотя вскрытие такого

типа данных не показало, да и в разнообразных источниках литературы возможность подобного случая не описана. К тому же, зная варианты расположения сосудов представленной области топографии, невозможно было при проведении этой манипуляции предусмотреть наличия своеобразного расположения кровеносных сосудов у данного пациента.

Выводы. Понятия «врачебная ошибка» и «несчастный случай» не могут быть отождествлены или заменять друг друга. К дефектам медицинской помощи необходимо избегать причисление таких ситуаций с неблагоприятным результатом, которые возникли в связи с объективными обстоятельствами, какие нельзя было предотвратить. Именно подобные исходы должны обозначаться как несчастный случай. Это играет значительную роль при оценке и анализе исследования качества оказанной пациенту медицинской помощи.

Список литературы.

1. Буромский И.В., Кильдюшов Е.М. Предложения по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи // Судебно-медицинская экспертиза. 2007. № 7. С. 8-12.
2. Димов А.С. Врачебная ошибка обоснованность дефиниции и классификация // Проблема экспертизы в медицине. 2008. № 1. С. 5-8.
3. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков.: Медицина, 1996. 196с.
4. 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.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОБЛЕМ НЕЗАКОННОГО ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ляхова Е.Г.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Актуальность исследования состоит в том, что проблема незаконного проведения искусственного прерывания беременности, несмотря на многочисленные достижения в медицине, остается одной из важнейших социальных проблем, которая напрямую связана с репродуктивным здоровьем населения и регулированием демографической ситуации в стране. Так по статистическим данным «Института Гуттмахера» число незаконных абортов в мире по-прежнему остается высоким и составляет около 20 млн. в год, приводя к смерти более 70 тыс. женщин.

Целью исследования является выявление и анализ актуальных вопросов ответственности за незаконное проведение искусственного прерывания беременности, изучение основных правовых документов по данному вопросу.

Материалы и методы: анализ Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 123 УК РФ.

Обращаясь к этиологии слова «аборт», нужно сказать, что оно происходит от латинского «abortio» – «преждевременное прерывание беременности».

Для более детального рассмотрения данной проблемы, необходимо обратиться к истории, ведь отношение общества к такому остросоциальному вопросу, как искусственное прерывание беременности, в разные исторические эпохи не было однозначным.

Во времена Древней Греции и Римской Империи отношение к абортам было достаточно либеральным, поскольку плод не считали прообразом человека, поэтому общественность была на стороне матери, решившейся на искусственное изгнание плода. Однако, говоря о Гиппократе, «отце медицины», авторе врачебной клятвы, нужно выделить его резко отрицательное отношение не только к аортам, но и ко всякого рода противозачаточным методам и средствам. В «Клятве» Гиппократ написал: «Я не вручу никакой женщине абортивного писания».

Лишь каноническое право, появившееся в XII веке уже нашей эры, смогло коренным образом изменить отношение общества к искусственному плодизгнанию. В XVI веке в ряде европейских стран искусственное изгнание плода стало караться смертной казнью, что в России было поддержано Соборным уложением 1649 года.

В Российской империи за искусственное прерывание беременности карались как сама беременная женщина, так и лицо, осуществившее эту манипуляцию. Однако русские юристы отстаивали позицию об устранении ответственности беременной женщины. В 1920 году вышло постановление «Об искусственном прерывании беременности», согласно которому врачам разрешалось проводить бесплатные аборты. Данный и последующие нормативные акты, легализующие искусственное прерывание беременности, повлекли за собой печальную статистику, согласно которой наша страна лидировала по проведению этих операций [2].

В 1936 году постановлением ЦИК был снова наложен запрет на аборты, что повлекло за собой резкое увеличение числа криминальных абортов, а в 1955 году был принят Указ «Об отмене запрещения абортов». В 1960 году была установлена уголовная ответственность за незаконное проведение абортов врачом вне лечебного учреждения, либо лицом, не имеющим медицинского образования [2].

Как видно, отношение к искусственному плодизгнанию, как в нашей стране, так и в мире всегда было спорным. Данные обстоятельства привели к развитию такого явления в репродуктивной медицине, как незаконное проведение искусственного прерывания беременности. По определению ВОЗ,

это такие манипуляции по прерыванию нежелательной беременности, которые выполнены либо неподготовленным персоналом, либо при отсутствии минимально необходимых медицинских условий, либо при наличии обоих условий.

В настоящее время данный вопрос регулируется ст. 123 УК РФ, однако ее положения, формулировка которых не претерпевала никаких значительных изменений с момента создания, вызывают противоречия медицинского и уголовного законодательства [3].

Так субъектом преступления, т.е. непосредственно незаконного проведения искусственного прерывания беременности, является лицо, которое не имеет высшего медицинского образования соответствующей специальности. Но это положение ст. 123 уголовного законодательства не соответствует положениям медицинского, согласно которому осуществлять медицинскую деятельность в данной сфере могут лица не только имеющие высшее образование по профилю «лечебное дело», но и прошедшие ординатуру по специальности «акушерство и гинекология», а также имеющие сертификат специалиста. Однако ст. 123 не предусматривает данные обстоятельства. Получается, согласно этой статье, лицо, которое не наделено правом осуществлять медицинскую помощь в сфере акушерства и гинекологии, не владеет сертификатом специалиста, но имеет диплом о высшем медицинском образовании, не будет нести уголовной ответственности за незаконные проведения искусственного прерывания беременности. Также положения ст. 123 УК РФ не охватывают такие обстоятельства, при которых абортное вмешательство проводится лицом, не имеющим медицинского образования, те ситуации, когда операция проводится вне специализированного медицинского учреждения, когда вмешательству подвергаются несовершеннолетние [1,3,4].

К тому же следует обратить внимание на такой факт: ч. 3 ст. 123 УК РФ предусматривает ужесточение наказания (лишение свободы сроком до 5 лет) за «причинение тяжкого вреда здоровью пациентки», хотя само по себе прерывание беременности является причинением тяжкого вреда здоровью [4].

Данная проблема для Российской Федерации является особо важной, ведь обеспечение безопасности женского здоровья и усиление уголовной ответственности за незаконное проведение аборт необходимы для решения демографической ситуации в стране. Представляется необходимым дальнейшее совершенствование законодательства, а именно внесение поправок в ст. 123 УК РФ, связанных с более корректной формулировкой положений данной статьи, ужесточением наказания за незаконное проведение аборт, заменой административной ответственности на уголовную.

Список литературы.

1. Власенко, В.В. Актуальные проблемы уголовной ответственности за незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ) / Власенко В.В. // Медицинское право. – 2015. – № 6 (64). – С.43 – 47.

2. Гецманова, И.В. Правовое регулирование искусственного прерывания беременности и ответственности за незаконное производство аборта: история, проблемы, перспективы / Гецманова И.В. // Медицинское право. – 2016. – № 5 (69). – С. 31 – 35.

3. Симонян, Р.З. Актуальные проблемы уголовной ответственности за незаконное проведение искусственного прерывания беременности / Симонян Р.З. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11. – С. 552-555.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации: текст с изменениями и дополнениями на 20 января 2016 года. – М.: Эксмо, 2016. – 256 с.

К ВОПРОСУ О ПСИХОЭМОЦИОНАЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мирдадаева Д.Д., Алимханов Б.П.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухамедова Н.С.**

Онкологические заболевания составляют существенную медицинскую, психологическую и психосоциальную проблему. Соматическое заболевание и психологический статус пациента онкологического профиля прочно соединены друг с другом. Течение болезни и вероятность полного исцеления во многом зависят как от проводимой терапии, так и от психоэмоционального состояния больного. [1] Течение и лечение онкологической болезни сопровождается высоким уровнем соматического и психического стресса, которые провоцируют развитие широкого спектра форм психологической дезадаптации и клинически очерченных психических расстройств [2]. По данным различных исследований распространенность выраженных нарушений в психической сфере среди онкологических пациентов составляет более 60% [3]. Современное развитие медицинской практики, разработка новых методов лечения онкологических заболеваний позволяют существенно улучшать состояние больных, на длительное время останавливать и ли замедлять болезнь, повышать качество жизни пациентов [4,5], но остается неразрешенным большой пласт психологических проблем, связанных с влиянием онкопатологии на психику больного, отношением к лечению онкологии, психосоциальной адаптации переживших болезнь.

Целью исследования является изучение некоторых особенностей психологического статуса у онкологических пациентов. Объектом исследования является пациент онкологического профиля.

Предмет исследования – психологические особенности личности больного как один из факторов, влияющих на развитие и течение заболевания.

Противоопухолевое лечение включает хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию, а также их сочетание. Хирургические операции

применяются преимущественно на ранних стадиях развития болезни и в оптимальном варианте направлены на полное удаление опухолевого образования, соответственно, в видении больных, они выступают как более привлекательный метод лечения. Тогда как назначение химиотерапии или лучевой терапии косвенно указывают на большую серьезность заболевания и худший прогноз. Химиотерапевтическое лечение характеризуется выраженными побочными эффектами, воздействием на весь организм, а не только локально на опухоль, изменением внешнего вида, развитием когнитивной дисфункции («химиотерапевтический мозг»). Лучевая терапия также вызывает побочные эффекты. Психологическое действие облучения как невидимого и неосязаемого для органов чувств фактора, который соответственно неподвластен контролю, вызывает страх и тревогу у пациентов. Высокий уровень психического стресса, пессимистическое восприятие перспектив лечения, отсутствие поддержки, страх перед тяжелым процессом лечения могут провоцировать отказ от лечения, что имеет крайне негативные последствия в онкологии. Соответственно, важной задачей медико-психологической помощи является психокоррекция эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферы с целью адаптации онкологических больных к противоопухолевой терапии. Определить выраженность и особенности проявления симптомов тревоги и депрессии у онкологических больных на этапе первичного и повторного обращения за противоопухолевым лечением. Пациенты, которые были госпитализированы в онкологическое учреждение впервые переживали выраженный психический стресс в связи с угрозой жизни, что отражалось в первую очередь в негативных эмоциях, а также в признаках дезорганизованности поведения, которые имели ситуативный характер. Первичные онкобольные определяли недостаток информации касательно онкологического заболевания, плохо ориентировались в методах лечения, не обладали опытом противодействия соматическому и психическому стрессу, который сопутствовал онкологии, реагировали и действовали под влиянием социальных мифов относительно онкологических заболеваний.

Пациенты, которые госпитализировались повторно получали повторную психологическую травму в следствие возвращения заболевания, потребности в прохождении повторного курса лечения. У больных наблюдались снижение уровня физического здоровья и работоспособности. Но были и более позитивные составляющие, которые включали осведомленность, касательно своего заболевания, лечения, опыт совладения с онкологическим стрессом, присутствие практико-ориентированных индивидуализированных моделей решения проблем, связанных с болезнью. Одним из значимых факторов, препятствующим достижению психоэмоциональной стабильности и благополучия, по мнению онкологических больных, является отсутствие профильной службы психологической помощи и поддержки. Вызвано это несовершенством в законодательной системе, а также непосредственно медицинскими работниками, не уделяющими достаточного внимания психологическому статусу таких пациентов. Таким образом, для достижения

максимально благоприятного прогноза заболевания и удовлетворения психологических потребностей онкологических больных необходима дополнительная подготовка медицинского персонала, направленная на формирование умения компетентной психокоррекции, а также создание профильной службы психологической помощи и реабилитации для онкопациентов и их родственников. Высокий уровень психопатологической тревоги и депрессивных проявлений указывали на наличие выраженной психической реакции на стресс, связанной с онкологическим заболеванием и противоопухолевой терапией.

У пациентов как при первичном, так и при повторном обращении в связи с онкологическим заболеванием выраженность психопатологической тревоги и депрессии достигала клинического уровня, тревожное состояние превалировало над депрессивным.

Выраженность и структура тревожной и депрессивной симптоматики онкологических пациентов как при первичном, так и повторном лечении была схожей. Ведущими проявлениями тревожного симптомокомплекса были интенсивная тревога, внутреннее напряжение и беспокойные мысли. В депрессивных проявлениях ведущую роль играли ангедония, пессимистическое восприятие будущего и снижение жизненного тонуса.

В ходе прогрессирования онкологического заболевания и повторных курсов противоопухолевого лечения наблюдалось нарастание депрессивной симптоматики.

Выраженные нарушения в психоэмоциональной сфере онкологических пациентов указывали на необходимость оказания медико-психологической помощи, дифференцированной в зависимости от фактора первичного или повторного обращения за лечением.

Список литературы.

1. Bambauer, K.Z., Zhang, B., Maciejewski, (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, no. 10, pp. 819 – 824.
2. Fedorenko, Z.P., Gulak, L.O., Mihaylovich, (2015). *Bulleten Nacionalnogo Kancer Reestra № 16: Rak v Ukraini v 2013-2014 rokah* [Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine № 16: Cancer in Ukraine in 2013 – 2014 years].
3. Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, no. 27, pp. 57–71.
4. Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. et al. (2010). *Psycho-Oncology*: Oxford University press.
5. Kaygorodova, N.Z., Lyubimova, O.M., Petrova, V.D., Paramonova, O.V. (2014). *Nekotorue psyhologicheskie harakteristiki onkologicheskikh bolnykh v svyazi s osobennostyami psyhokorektsionnoy raboty* [Some of the psychological characteristics of cancer patients due to psychocorrection activity]. *News of Altai State University*, vol. 2, no. 2(82), pp. 22 – 26.

6. Markova M.V., Piontkovska O.V., Kuzhel I.R. (2012). Stan ta perspektuvurozvitkusuchasnoïpsihoonkologii [State of art and development of modern psychooncology]. Ukrainian Bulletin of psychoneurology, vol. 20, no. 4, pp. 86 – 91.

7. Savin, A.I., Volodin, B.Y. (2015). Osobennostipsyhogennoobuslivlennuhpsyhicheskirasstroistv I psihologicheskie harakteristiki onkologicheskikh bolnuh

К ВОПРОСУ О КВАЛИФИКАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПО СТАТЬЕ 238 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РФ

Мокеева Ю.К.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий**

Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.

Актуальность исследования. Согласно МКБ-10, ятрогения – это любое нежелательное или неблагоприятное последствие профилактических, диагностических и лечебных вмешательств, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнение медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий. В настоящее время наблюдается рост числа ятрогенных преступлений, некоторые из которых вызывают широкий общественный резонанс.

Именно такой общественный резонанс в российском обществе вызвало дело врача-гематолога Елены Мисюриной, которая 22 января 2018 года была осуждена по части 2 статьи 238 УК РФ. 25 июля 2013 доктор Мисюрина произвела забор образца костного мозга пациента. После окончания процедуры пациент не жаловался на ухудшение самочувствия, однако позднее он был госпитализирован и 28 июля скончался, несмотря на проведенное лечение. Елену Мисюрину привлекли к уголовной ответственности по статье 238 УК РФ. Статьи, по которым врачей привлекают к уголовной ответственности (ст. 109, 118, 122, 124, 235, 293 УК РФ), предусматривают форму вины в виде неосторожности, поскольку у врача нет умысла причинить вред здоровью пациента. Изначально действия Елены Мисюриной были квалифицированы по статье 109 УК РФ, однако в связи с истечением срока давности по этой статье дело переквалифицировали на статью 238 УК РФ, предусматривающую умышленную форму вины. Умысла в действиях врача не было, а любое медицинское вмешательство связано с обоснованным правомерным риском, поэтому вынесение приговора по статье 238 УК РФ было ошибкой. Приговор был обжалован, и 16 апреля 2018 года Елена Мисюрина была оправдана [3].

Актуальность выбранной темы заключается в том, что в последнее время в судебно-следственной практике участились случаи квалификации «врачебных преступлений» по статье 238 УК РФ.

Целью статьи является анализ состава преступления, предусмотренного статьей 238 УК РФ.

Задачей исследования является изучение уголовно-правовых аспектов преступления, предусмотренного статьей 238 УК РФ.

Результаты и обсуждения: сложности при квалификации ятрогенных преступлений связаны с тем, что в УК РФ отсутствуют специальные нормы, предусматривающие ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Большая часть таких преступлений квалифицируется по части 2 статьи 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), однако в последнее время участились случаи квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 УК РФ [5].

Обстоятельства, которые необходимо доказать, определяются составом преступления. Деяния, предусмотренные пунктом «в» части 2 статьи 238 относятся к преступлениям с материальным составом, что означает наступление конкретных общественно опасных последствий в результате них, а у преступлений, предусмотренных ч.1 и п. «а», «б» ч. 2 ст. 238, состав является формальным, что означает только возможность наступления общественно опасных последствий [1]. Признаки состава преступления в теории уголовного права группируются по четырем подсистемам: объект преступления, объективная сторона, субъект и субъективная сторона. Объектом преступления, предусмотренного статьей 238 УК РФ, является жизнь и здоровье человека, объективной стороной – оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных работ или услуг требованиям безопасности. Субъектом преступления в данном случае является медицинский работник, осуществляющий медицинское вмешательство, а субъективной стороной – форма вины в виде умысла [2].

Квалификация действий медицинского работника по статье 238 УК РФ прокурорами обычно не поддерживается. Например, уголовное дело по обвинению врача онкологического диспансера П. в преступлении, предусмотренном п. «в» ч.2 ст.238 УК РФ, было отправлено на дополнительное расследование, поскольку умышленный характер действий врача не был установлен [4].

Помимо дела Елены Мисюриной, известны случаи наступления уголовной ответственности по статье 238 УК РФ, несмотря на несоответствие объективных и субъективных признаков составу преступления, предусмотренному данной статьей. Так, при оказании помощи роженице С. были допущены нарушения тактики и техники ведения родов. В результате действий акушера-гинеколога Н. и акушерки В. новорожденный получил телесные повреждения, квалифицированные как тяжкий вред здоровью. Н. и В. были осуждены по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ приговором районного суда

Санкт-Петербурга. Однако причинение тяжкого вреда здоровью произошло не в результате умысла, а по неосторожности, поэтому данное преступление нельзя было квалифицировать по ст. 238 УК РФ. Действия врача-отоларинголога Г., назначившего пациенту Я. неполный комплекс диагностических обследований и консультаций, что привело к развитию послеоперационных осложнений и смерти пациента, также были квалифицированы по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, несмотря на то, что у врача отсутствовал умысел.

Вывод: уголовное законодательство, предусматривающее ответственность за ятрогенные преступления, нуждается в совершенствовании. «Врачебные преступления» квалифицироваться по статье 238 УК РФ не могут, поскольку у врача в процессе исполнения своих профессиональных обязанностей нет умысла причинить вред жизни и здоровью пациента. Во избежание таких ошибок следует четко понимать состав расследуемого преступления.

Список литературы.

1. Божченко, А.П. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства, и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников / А.П.Божченко, М.Т.Исмаилов, И.М.Никитин // Медицинское право. -2018. – № 2. – С. 7-11.
2. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Евразийское Научное Объединение. – 2018.- Т. 2, № 10. -С.157-160.
3. Симонян Р.З. О юридических аспектах врачебных дел / Р.З.Симонян // Евразийское Научное Объединение. – 2019.- Т. 3. № 1 (47). – С.160-162.
4. Ситникова А.И. Ятрогенные преступления – уголовно-правовой и процессуальный аспекты/А.И. Ситникова // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С.41-44.
5. Уголовный кодекс Российской Федерации. – Москва: Эксмо, 2016. – С. 160 – 161.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Мухамедова Н.С., Одилова М.А., Садикова А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранения
Научный руководитель – д.м.н., профессор Искандарова Ш.Т.**

Экологические знания рассматривают общество и природу в их взаимодействии. Общественные науки раскрывают цели, которые преследует человек, используя природу, дают характеристику ценностей, на которые человек опирается или должен опираться в своей деятельности. Формирование ценностных экологических ориентаций. Экологическое образование включает в себя осознание учениками разносторонней ценности природы, как источника удовлетворения разнообразных потребностей общества в целом и каждого человека. Система норм и правил отношения к природе. Изучая основы наук, ученик должен осознавать социальные и природные причины, которые диктуют определенные нормы и правила профессионального и индивидуального поведения в окружающей среде. Соблюдение этих норм и правил есть общественно-необходимый акт, позволяет сохранить природу для будущих поколений [1].

Умение и навыки по изучению природы и ее охраны. Ретроспективный анализ экологического воспитания сочетался с изучением современной педагогической практики, с опытной апробацией разнообразных форм экологического воспитания, данными опроса экспертов, что позволило не только оценить состояние, но и выявить объективные тенденции развития экологического воспитания школьников:

- наряду с развитием традиционных используются новые формы экологического образования и воспитания: кинолектории по охране природы, ролевые и ситуационные игры, общешкольные советы по охране природы, экологические практикумы;

- в экологическом воспитании и образовании учащихся возникает значительность средств массовой информации, этот процесс становится педагогически уравновешенным.

Основными критериями эффективности массовых форм является широкое участие школьников в природоохранной деятельности, дисциплина и порядок, степень активности. Их можно выявить путем систематических наблюдений, накопления материала.

Критерий эффективности групповых форм экологического воспитания является, прежде всего, стабильность состава клуба, кружка, секции, достижение коллективных успехов. Здесь многое определяет содержание и методика занятий; важен при этом и успех коллектива, общественное признание его заслуг окружающими. Определены также условия развития взаимосвязи школы, семьи и общественности, направленные на достижение целей экологического воспитания [2].

Сегодня образование в мире считается приоритетным направлением обучения и воспитания детей. Планета Земля – наш общий дом, каждый человек, живущий в нем, должен заботливо и бережно относиться к нему, сохраняя все его ценности и богатства. Экологическое воспитание – это новое направление, одной из приоритетных педагогических проблем является формирование экологической культуры детей, а это возможно лишь при условии реализации идеи непрерывного экологического образования и воспитания, которая может быть обеспечена созданием определенной системы. Экологическое образование способствует воспитанию у детей с нарушением интеллекта разными средствами правильного отношения к окружающему, к природе и к самому себе, что впоследствии становится стержнем и показателем нравственного воспитания ребенка. Одной из задач экологического образования детей с острыми вирусными заболеваниями является развитие эмоциональной сферы. Работа по формированию экологического сознания у детей с нарушениями интеллекта проводится педагогами ежедневно, непрерывно и охватывает все сферы деятельности. Дети с ОВЗ познают мир с открытой душой и сердцем. Многое зависит от педагогов: как они будут относиться к природе, смогут ли они воспринимать себя частью экологической системы. Поэтому одной из главных задач в работе является ознакомление детей с родной природой, формированием экологической культуры [3].

Проблема экологического воспитания обретает новые характеристики и, соответственно, новые подходы к ее решению как составная часть целостного процесса социальной адаптации, жизненного самоопределения и становления личности воспитанников.

Процесс экологического воспитания проявляется в разных сферах детской деятельности в труде, на занятиях, в опытах, в играх, а именно в удовлетворении детской любознательности и в вовлечении ребенка в активное освоение окружающего мира, экологическое воспитание осуществляется через весь педагогический процесс [4].

Создание условий является одним из решений данных задач. Создан живой уголок, где изучаем комнатные растения, делимся опытом по уходу за комнатными растениями, как правильно кормить рыб, которые обитают в аквариуме. Оформлен календарь наблюдения за объектами и явлениями природы, представлены времена года с отрывным календарем, отрывая листок календаря каждый день, дети непосредственной форме учатся запоминать последовательность дней недели, времен года.

Одно из важных условий экологического воспитания является беседа. Беседа должна быть короткой, достаточно содержательной, интересной, разнообразной. Иначе ежедневные нравоучения быстро наскучат воспитанникам, не принесут никакой пользы [5].

Во время проведения беседы необходимо вызвать эмоциональный отклик в душе воспитанника. Дети должны высказать свои отношения к увиденному – сломанному дереву, разбросанному мусору, сорванному и брошенному букету

цветов, подожженной траве, красивому пейзажу, распустившемуся цветку, пению птиц.

Во время прогулки, экскурсии, беседуя с детьми в неформальной обстановке, педагог прививает им основные понятия и правила поведения в природе, обосновывая и объясняя их, подтверждая конкретными примерами.

Структурным компонентом прогулки являются: наблюдения, дидактические задания, трудовая деятельность, подвижные игры и упражнения. Подвижные игры природоведческого характера связаны с подражанием повадкам животных, их образу жизни. Подражая действиям, имитируя звуки, дети закрепляют знания; получаемая в ходе игры радость способствует углублению интереса к природе [6].

Воспитание экологической культуры прослеживается на таких предметных курсах, как чтение и развитие речи, развитие речи на основе изучения предметов и явлений окружающей действительности. Одним из условий успешного воспитания гуманных чувств является постоянное обращение к природоведческой тематике, поэтому в программный материал включены произведения, которые способствуют воспитанию нравственной и экологической культуры школьников. Читая эти произведения, дети проживают чувства героев-животных, проживают их действия, деятельность. Педагог на уроках – не столько информатор, сколько соучастник, вдохновитель, умеющий не столько вести за собой, но и обладающий способностью сострадать, сопереживать. Тем самым реализует ресурсы учащегося, скрытые в подсознании [7].

Все занятия нужно проводить в игровой форме. Игра вызывает эмоциональную и творческую активность тоже у самых закомплексованных детей. Для ребёнка с ограниченными возможностями здоровья внеклассная деятельность является немаловажной, прежде всего, эффективным методом для развития творческого потенциала, эмоционально-волевой сферы, интеллекта и психики. Одной из наиболее крупных форм работы – проведение тематических праздников на экологическую тему: «Осень, осень, в гости просим», «День птиц», «День Земли, воды и солнца» и др.

Ребята с большим удовольствием включаются в организацию праздников: разучивают стихи, рисуют рисунки, инсценируют сценки. Все это в конечном итоге содействует становлению личности ребёнка, развитию их способностей, определению жизненной перспективы и экологическому просвещению [8].

Участие в экологических конкурсах, викторинах, рисунков, поделок. Изготовление поделок и рисунков надо обращать внимание на то, чтобы дети видели красоту родной природы.

Большое внимание нужно уделять наблюдениям за изменениями в природе. Чтобы дети видели очевидные изменения и радовались первому дождю, снегу, первому листочку.

Большое значение для воспитания экологической культуры имеют и субботники по уборке территории, тематические экскурсии, ролевые игры, встречи с интересными людьми.

А также работу по экологическому воспитанию проводим в тесной взаимосвязи с семьями своих воспитанников. Только опираясь на семью, совместными усилиями можем решить главную задачу – воспитание человека экологически грамотного. В работе с родителями по экологическому воспитанию детей используем как традиционные формы (родительские консультации, беседы, собрания), так и нетрадиционные (деловые игры «Знатоки природы», «Природа и мы»; круглый стол «Воспитание доброты к природе», дискуссии «Экспериментируем и развиваем», «Экология и занимательные опыты». Еще одна форма работы с семьей – педагогические ширмы, в которых даем родителям практические советы по конкретной теме («Прогулки – источник мысли») Через ширмы знакомим детей и родителей с народными приметами, но обязательно с заданиями: почему так говорят? Такие формы работы дают возможность продемонстрировать родителям, какие знания о природе есть у детей, показать, что эти знания необходимы для формирования основ экологической культуры [9].

Решая задачи экологического образования детей, в первую очередь, формировать систему знаний о природе, научить понимать и устанавливать существующие в ней связи и зависимости, действовать в соответствии с полученными знаниями.

Ознакомление детей с природой это прекрасный урок – развития детского ума, чувств, стимулирование творчества. Поняв особенности взаимоотношений ребенка и природы, мы развиваем в нем лучшие человеческие черты, чтобы через эмоции и чувства, живым знанием питать его ум и сердце [10].

Таким образом, приходим к выводу, что формирование экологической культуры имеет важное значения для всестороннего развития детей с нарушением интеллекта.

Список литературы.

1. Аксенова, З.Ф. Войди в природу другом. Экологическое воспитание дошкольников. – Москва: ТЦ Сфера, 2011. – (Библиотека воспитателя).
2. Аксенова П. В заповедном лесу: Экологическое воспитание дошкольников Дошкольное воспитание. – 2009.
3. Бабанова, Т.А. Технология краеведения в экологическом образовании / Т. 8.А. Бабанова // Экологическое образование. – 2001. – № 1. – С. 20-26.
4. Барковская, О.М. Содержание, цель и задачи программы начального экологического воспитания / О.М, Барковская // Начальная школа. – 2004. – № 2. – С. 32-33.
5. Барышева, Ю.А. Из опыта организации экологической работы / Ю.А. Барышева // Начальная школа. – 2008. – № 6. – С. 92-94.
6. Бурлакова Н. Формы и методы формирования экологической культуры детей дошкольного возраста [Электронный ресурс]

7. Зверев Н.А. Экологическое образование и воспитание: узловые вопросы. Экологическое образование: концепции и технологии / Н.А. Зверев – Москва. Перемена.1996.

8. Зебзеева В.А. Теория и методика экологического образования детей. Год: 2009

9. Николаева С.Н. Воспитание экологической культуры в дошкольном детстве / С.Н. Николаева – Москва: Просвещение, 2002. – 144с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Одилова М.А., Файзиева М.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением

Научный руководитель – к.м.н., доцент Расулова Н.Ф.

Сердечно-сосудистые заболевания относятся к группе заболеваний, имеющие наибольшее количество смертей. С каждым годом цифра неумолимо растет вверх. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году количество летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний в мире достигнет 25 миллионов. Болезнь оказывает влияние не только на физическое здоровье личности, но и на психическое. ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире – ежегодно от ССЗ умирает больше людей, чем от какой-либо другой болезни [1].

По оценкам, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех глобальных случаев смерти. Из этих случаев смерти, по оценкам, 7,3 миллиона случаев произошло в результате ишемической болезни сердца, а 6,2 миллиона – от инсульта. Большая пропорция заболеваний регистрируется в странах с низким и средним уровнем дохода: на них приходится более 80% случаев смерти от ССЗ, распределенных почти равномерно между мужчинами и женщинами. В 2030 году от ССЗ, в основном от болезней сердца и инсульта, умрет около 23,6 миллиона человек. По прогнозам, эти болезни останутся основными отдельными причинами смерти. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Из 17 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний в возрасте до 70 лет 82% случаев приходятся на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37% являются ССЗ [2].

Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности

и вредное употребление алкоголя, с помощью стратегий, охватывающих все население. Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания), нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема лекарственных средств [2].

Основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и вредное употребление алкоголя. Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения кровяного давления, повышения уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и они могут указывать на повышенный риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений. Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, для снижения риска развития ССЗ и профилактики инфаркта и инсульта при диабете, повышенном кровяном давлении и повышенном уровне липидов может быть необходима лекарственная терапия [3].

В целях усиления мотивации людей в отношении выбора и поддержания здоровых форм поведения необходима политика в области здравоохранения, обеспечивающая создание благоприятной среды для возможности здорового выбора и его приемлемости по стоимости. Для того чтобы люди выбирали и поддерживали здоровые формы поведения, необходима политика по созданию окружающей среды, благоприятной для обеспечения здорового выбора, его доступности и приемлемости по стоимости. Существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие хронических болезней, или основополагающих причин. Они являются отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям – это глобализация, урбанизация и старение населения. Другими определяющими факторами для ССЗ являются нищета, стресс и наследственные факторы [4].

Целью данного исследования являлось изучение индивидуально-психологических особенностей личности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для достижения цели исследования были использованы следующие методики: биографический опросник (BIV), опросник рефлексивности А.В. Карпова, шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS).

При интерпретации результатов исследования мы обнаруживаем различия на высоком уровне статистической значимости по уровню рефлексивности ($p\text{-level}=0,015$), показателям тревоги ($p\text{-level}=0,004$),

нейротизма ($p\text{-level}=0,008$), по шкале психофизиологическая конституция ($p\text{-level}=0,002$), по шкале социальное положение ($p\text{-level}=0,025$) [5].

Выраженность тревоги у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характеризуется острым переживанием возникающих ощущений и чувств, которые приводят к возникновению необоснованного страха за собственную жизнь и жизнь близких людей. Высокий уровень рефлексии у больных свидетельствует о наличии тщательного самоанализа собственных ощущений и поступков, с целью избегания обострения заболевания. Внешние факторы оказывают непосредственное влияние на личность, вызывая выраженное напряжение в социальных ситуациях. Присутствие угрозы повторного приступа вызывают у больных сильные эмоциональные реакции, приводя к общей психической неустойчивости, чувствительности и повышенному нейтралizmu [6].

Таким образом, наличие сердечно-сосудистого заболевания оказывает влияние на индивидуально-психологические особенности личности больных посредством возникающих у них ощущений и чувств по поводу собственного состояния. Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Они включают меры вмешательства 2 видов – для всего населения и индивидуальные меры, которые могут использоваться в сочетании друг с другом для снижения высокого бремени сердечно-сосудистых заболеваний [7].

Примерами мер, которые могут осуществляться для снижения ССЗ на общенациональном уровне, являются следующие:

- всесторонняя политика борьбы против табака;
- налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли;
- строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности;
- стратегии, направленные на снижение вредного употребления алкоголя;
- обеспечение правильного питания детей в школах.

Список литературы.

1. Жуков, Б. Реконструкция Сердца [Текст] / Б. Жуков // Вокруг Света. – 2007. – № 1. – С. 196-202. – (Медпрактикум).
2. Кузин, М.В. Здоровое сердце : жизнь без риска [Текст] : научно-популярная литература / М.В. Кузин. – [Б. м.] : Эксмо, 2007. – 255 с. : ил. – (Расшифруй код здоровья).
3. Марцевич, С.Ю. Сердцев зоне риска [Текст] / Сергей Юрьевич Марцевич ; беседа вела Людмила Письман // Будь здоров!. – 2014. – № 4. – С. 13-20.
4. Мориц, Андреас. Нет болезням сердца! [Текст] / А. Мориц. – 2-е изд. – Минск : Попурри, 2008. – 112 с. : ил. – (Здоровье и альтернативная медицина).

5. Письман, Л. Сердцепод присмотром [Текст] / Людмила Письман // Будь здоров!. – 2014 -. № 2. – С. 4-7.
6. Сидоров, В. Сердцев в руках ученых [Текст] / Василий Сидоров // Будь здоров! – 2013. – № 11. – С. 35-39.
7. Чазов, Е.И. Сердце и XX век [Текст] / Е.И. Чазов. – Москва : Педагогика, 1982. – 128 с. – (Ученые – школьнику).

СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ

Олещик С.Н., Луцук А.С.

**Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – к.м.н., доцент Павлович Т.П.**

Актуальность исследования состоит в том, что катаракта является одной из главных причин слепоты и слабовидения в мире (по данным ВОЗ). С катарактой связано около половины (47,9%) от общего количества случаев слепоты, что составляет в настоящее время 18 млн. человек. По прогнозам количество слепых вследствие катаракты к 2025 году составит 40 млн. чел. в мире. Приведенный факт подтверждает важность всестороннего исследования социальных особенностей данной проблемы. Наибольшие возможности для этого предоставляют исследования качества жизни (КЖ). Оценка качества жизни позволяет получить полную и достаточно объективную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

Целью исследования является определение социальной значимости хирургического лечения катаракты на основе применения методик оценки качества жизни.

Материалы и методы. В офтальмологическом корпусе 3 ГКБ, в отделении микрохирургии глаза проводилось исследование качества жизни - использовался социологический метод исследования – анкетирование (36 вопросов) с помощью опросника SF-36. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья. Объем выборки составил 47 человек. Проведена оценка влияния остроты зрения на КЖ пациентов с катарактой. Обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы STATISTICA 10.0 for Windows. У всех пациентов для подтверждения диагноза проводилось диагностическое исследование: визометрия с коррекцией, биомикроскопия, гониоскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия, исследование центрального и периферического полей зрения.

Результаты и обсуждения. В исследовании приняло участие 27 мужчин, что составило 57%, и 20 женщин (43%). Средний возраст пациентов составил

71,2±7,4 год ($M\pm\sigma$). Всем 100% пациентов, была выполнена факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы. У 42 (89%) пациентов на оперированном глазу катаракта находилась в незрелой стадии. У 23 (49%) пациентов имеется артефакция другого глаза, а у 24 (51%) пациентов имеется катаракта на оба глаза, на втором глазу в 12 (52%) случаях – начальная стадия. Физический компонент здоровья до операции (ФКЗ) составил 45 (41-52) баллов, а психический (ПКЗ) – 43(38-48). Физический компонент здоровья после операции (ФКЗ) – 46 (41-51), а психический (ПКЗ) – 55(52-58). Медиана остроты зрения на глазу до операции составляет 0,1, а медиана зрения после операции (на оперированном глазу) – 0,5. Достоверно выявлены статистические различия в уровне остроты зрения до и после операции ($T=5,5$, $p<0,001$). Не выявлены статистические значимые различия в уровнях остроты зрения в зависимости от пола как до операции, так и после. Динамика составляющих ФКЗ: физическое функционирование до оперативного лечения катаракты – 75 (45-90), а после оперативного лечения – 80 (55-90); ролевое функционирование до лечения – 0 (0-25) после лечения – 75 (50-100); интенсивность боли до лечения – 62 (42-100), после лечения – 74 (62-100); общее состояние здоровья до лечения – 62 (35-80), после лечения – 70 (40-80). Динамика составляющих ПКЗ: жизненная активность до лечения катаракты – 55 (45-70), после лечения – 70 (40-80); социальное функционирование до лечения – 75 (50-100), после – 87 (75-100); ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием до лечения – 0 (0-33), после – 55 (52-58); психическое здоровье до лечения – 60 (52-76), после – 55 (52-58).

Выводы. Огромное значение в оценке эффективности лечения пациентов с катарактой имеет степень повышения остроты зрения, что значительно влияет на их качество жизни. Именно изучение физического и психического компонентов здоровья является доказательством улучшения их социальной адаптации и физического функционирования.

Список литературы.

1. Борищук Е.Л. Воронина А.Е. Сравнительная оценка критериев качества жизни у пациентов с офтальмопатологией.//Вестник ОГУ. – 2014. – № 12 (173). – С. 73-78.
2. Бирич Т.А. Офтальмология: учебник / Т.А. Бирич, Л.Н. Марченко, А.Ю.Чекина.- Мн.: Выш.шк.. 2007.-555с.: ил
3. Гущин А.В. Концептуальные основы исследований качества жизни в офтальмопатолгии: автореф. Дис. ...док.мед.наук. – Волгоград, 2013. – 49 с.
4. Копаева В.Г. Глазные болезни. Основы офтальмологии: учебник / Москва: Медицина, 2012. – 560 с.
5. Khurana, A.K. Comprehensive Ophthalmology / A.K. Khurana. 5th edition. New Delhi: Newage International (P) Limited, Publishers, 2012. 637 P.

ЗДОРОВЬЕ НАЧИНАЕТСЯ С СЕМЬИ

Оташехов З.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра Общественного здоровья и управления здравоохранением
Научный руководитель – д.м.н., профессор Искандарова Ш.Т.**

Актуальность исследования. На современном мире интенсивном развитии экономики и социального комплекса мероприятий огромное значение и особое внимание уделяется вопросам здоровья и духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения. Основным звеном в данной работе является семья, потому что, именно здесь человек формируется как личность, и семья является хранительницей многовековых национальных традиций, опыта народной педагогики. Здоровье человека непосредственно формируется в семье и оказывает влияние на все стороны общества в целом. Формирование здорового образа жизни семьи приведёт к улучшению качества жизни населения, укреплению здоровья населения путём охраны материнства и детства, снижению детской и материнской смертности, что достигается при планировании семьи. Для благополучного развития семьи необходимо, прежде всего, сохранение здоровья матери, обеспечение здорового интервала между родами, и в конечном счёте, рождение здорового ребенка. Для полноценного и эффективного роста развития детей на первом году жизни самое приемлемое питание – это грудное вскармливание. Кормление детей материнским молоком создаёт психо – эмоциональную близость между матерью и ребенком, оказывает благоприятную среду для нормального физического и психологического развития ребенка. Акт грудного вскармливания способствует развитию привязанности ребенка к матери. Этот регулярный физический контакт ведет к улучшению общего состояния ребенка, его здоровья и в дальнейшем его индивидуальной приспособляемости к жизни.

Главной задачей общества и семьи является всестороннее воспитание здорового поколения и подготовка его к жизни в обществе. Одним из важнейших задач развития молодого поколения является рациональная организация физической культуры и спорта, активизация двигательного режима начиная с раннего детского возраста на протяжении всей жизни. Чтобы дети с малых лет занимались физической культурой мы взрослые должны стать примером для них у себя в семье. [1,5]

Семья является самой основной ячейкой при воспитании ребенка, потому что он значительную часть своей жизни ребенок проводит здесь. Ребенок самые первые социальные навыки приобретает в семье. Воспитание, формирование здорового образа жизни ребенка, организация, а также планирование его жизни начинается прежде всего с воспитания самих себя взрослых и с организации жизни семьи в целом, что достигается созданием высоконравственных внутрисемейных отношений, обеспечивающих здоровую обстановку в семье.

От здоровой семейной обстановки зависит эффективность педагогических и социальных воздействий, при этом необходимо отметить, что малолетние дети более податливы к воспитательным влияниям и навыкам, особенно если ребенок растёт в атмосфере дружбы, доверия и взаимных отношений. Они наблюдают за отношениями взрослых, их эмоциональными реакциями и ощущая, изучая на себе все многообразие проявлений чувств близких людей, ребёнок приобретает нравственно-воспитательные навыки и опыты. По своей природе ребенок более активен, подвижен и любознателен, он с лёгкостью воспринимает всё, что слышит и видит вокруг себя, все это ему передаётся от взрослых. Важно и то, какие психо-эмоциональные впечатления он получает, положительные или отрицательные: любовь, забота, нежность, доброжелательность уважение к другим или взвинчивость, ворчливость, зависть, хмурые лица, мелочность и другие. Ребёнок нуждается в серьёзном отношении, неподдельном внимании к нему со стороны взрослых. Дети это ценят и тянется к тем, кто понимает и поддерживает его интересы и замыслы. Любовь к ребёнку должна быть не на словах, а в поступках и действиях взрослого человека. [2]

Духовно-нравственное воспитание детей в семье является главным фундаментом будущего. По этому у детей с малых лет необходимо формировать понятие о национальных традициях, обычаях и культуры поведения. Духовное развитие ребенка в основном зависит от спокойного и дружеского отношения в семье. Воспитывающийся в здоровой семье ребенок становится человеком духовно зрелым, здоровым и самостоятельно мыслящим. Основу духовно-нравственного воспитания у детей составляет приоритет любви и сопереживания в семье. Духовно-нравственное воспитание ребенка может быть обеспечено при дружеской обстановке в семье, её продолжительности, от степени осознания личного «я» человеческих качеств, общего развития кругозора и своего самостоятельного мышления. Здесь важную роль при духовно-нравственном воспитании ребенка играет взаимное уважение к выполнению своих обязанностей членов семьи, отношение членов семьи между собой, родственниками, соседями и сопереживание к близким. Если мы, взрослые, берем на себя обязательство поддерживать душевную взаимосвязь с нашими детьми, мы должны осознать необходимость поработать над тем, чтобы перестать обращаться с малышами неуважительно. Именно уважение к ребенку позволит воспитать новое поколение лидеров, которые в будущем поведут нашу страну вперед, принесут новые победы и достижения, будут строить гуманное, справедливое, благополучное общество.

Содержание воспитания, проводимая в семье работа с детьми развивает чувство достоинства своей семьей, страной, народом, языком, религией и места, где он родился, рос и развивался. Воспитание и обучение детей в семье как человеческую личность, развитие у него чувства достоинства, дружбы, гостеприимства, любви к труду, стремление к знаниям и овладение профессией, способствует развитию родственных и патриотических чувств, чувства справедливости и правила поведения в быту и в обществе. [3]

На становление личности ребенка влияет не только семейное но и взрослое окружение, общественность в дошкольном и школьном учреждениях, на улице и в местах общественного развлечения. Самое важное здесь, чтобы от окружающих ребенок получая положительные навыки жизни, познал азбуку чувства, меры. Важным является то, чтобы и окружающие уважали бы ребенка как личность. При этом необходимо проявлять деликатность, тактичность в общении детьми. Уметь разговаривать с ним и выслушивать их, проявлять поддержку всегда, и когда детское непослушание или невнимание вызывает раздражение, надо уметь выбрать способы и навыки воздействия на ребенка, уметь понять его и мотивы его поступков, встав на его место решать, как поступить с ним по справедливости. [4,5]

Самое главное при выборе способов воздействия опираться на все лучшее, что есть у ребенка. При воспитании ребенка нельзя не учитывать, что в каждом возрастном периоде он приобретает важные и серьезные человеческие качества и навыки жизни. Дети присматриваются к взрослым, они обладают такой необыкновенной способностью распознавать настроение старших и заражаться ими, они чутко улавливают, как к ним относятся взрослые люди. Готовы ли уступать или потребовать проявления к ним снисходительности, непреклонны, раздражены или благодушно настроены. Маленькие дети обладают большей склонностью к подражанию. Стремление детей подражать в большинстве случаев может помочь в воспитании, особенно если ребёнок возле себя видит положительные примеры поведения взрослых и старших его людей. Известный польский педагог писал: “Ребёнок знает окружающих, их настроение, поладки, слабости, знает и умело их использует”. Угадывает расположение, чувствует лицемерие, схватывает с лету все что он видеть и слышать. Такая же особенность детей нередко становится причиной отрицательных проявлений, так как ребёнок дошкольного возраста ещё не обладает прочным представлением, что хорошо, а что плохо. В то же время по его пониманию, он совершенно уверен, всё что делают люди старше его – это хорошо.

В различных жизненных ситуациях родители и другие окружающие люди должны считаться с чувством собственного достоинства ребенка, видеть в нем развивающуюся личность, стремиться к взаимопониманию, основанную на уважении и доверии. Воспитывать ребенка – великое искусство, так как сам процесс воспитания – это непрерывная работа души, разума, воля родителей и общественности.

Список литературы.

1. Здоровый образ жизни – знание и навыки здоровья. Х.Муминов Тошкент 2006г.
2. Здоровый образ жизни – основа воспитания подрастающего поколения. Ташкент – 1996г.
3. Медицинская валеология. Ш.Б.Иргашев. Тошкент 2012г.
4. Основы здорового образа жизни. Р.У.Арзикулов. Тошкент 2005г.
5. Основы здоровья. Ш.Т.Отабоев, Х.Муминов. Ташкент 2008г

РЕГИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КУРСКА

Петрова А.И., Кремлёва А.С., Хохлова Е.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гигиены

Научный руководитель – д.м.н., профессор Черных А.М.

Актуальность исследования состоит в изучении физического развития, являющегося главным критерием комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков, динамика изменения которого отражает влияние социально-экономических, эколого-гигиенических и других факторов окружающей среды. Кроме того, физическое развитие является актуальным экосенситивным показателем здоровья растущего организма, а стандарты физического развития важнейшим элементом популяционного мониторинга населения [1, 4].

Целью исследования является оценка современных тенденций в физическом развитии детей и подростков 10-17 лет за период 1997-2018 годы в городе Курске на основании антропометрических данных.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе школ города Курска: МБОУ СОШ с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла № 27 им. А.А. Дейнеки, МБОУ «Гимназия № 44», МБОУ СОШ № 49, МБОУ СОШ № 5 им. И.П. Волкова и ОГУЗ «Центр медицинской профилактики». Выкопировка антропометрических показателей (длина, масса тела, окружность грудной клетки и др.) осуществлялась в специально разработанную форму для регистрации первичных данных. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием пакета прикладных программ BioStat-2009 v.5.8.3.0 [3, 4]. Общее количество обследованных составило 1647 человек, включая 765 мальчиков и 887 девочек. Для разработки стандартов физического развития использовали рекомендации НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России [2, 4].

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что в последние годы у школьников выявляется заметное увеличение тотальных размеров тела, максимум увеличения которых приходился на 2017-2018 годы. Внутригрупповой анализ исследуемых параметров свидетельствует о повышении темпов физического развития детей и подростков за последние 20 лет по сравнению со сверстниками 1997-1998 годов. Именно в тот период у школьников зарегистрировано увеличение числа детей и подростков с относительным дефицитом массы тела и низким ростом (трофологическая недостаточность, нарушения гармоничности физического развития). В 2018 году удельный вес детей, имевших физическое развитие «выше среднего» и «высокое», увеличился в 2-2,5 раза по сравнению с 1997 годом, при этом возросли все широтные и обхватные размеры тела. В современной популяции школьников четко прослеживается увеличение доли лиц с избыточной массой тела и низким ростом при снижении числа детей

с относительным дефицитом массы тела и высоким ростом. Проблема детского и подросткового ожирения, несомненно, требует безотлагательного решения в силу своей актуальности во всем мире. В 2008 году удельный вес детей, имевших физическое развитие «выше среднего» и «высокое», уменьшился в 1,2-1,8 раза по сравнению с 1997 г. ($P < 0,05$). Следовательно, за последние 20 лет отмечена волнообразная динамика изменения антропометрических показателей, по форме напоминающую неправильную синусоиду. Обращает внимание, что большинство обследованных школьников (80,1%) в современных условиях имеют нормальный уровень физического развития, а у 19,9% имеются различные отклонения: по росту – 7,1%, (2,2% имеют низкий рост, 4,9% – высокий); отклонение по массе тела отмечено у 12,8% обследованных, включая 2,1% детей с дефицитом массы тела I степени и 7,6% с избытком массы тела I степени. Избыток массы тела II степени наблюдался у 3,1% детей. Доля детей с избытком массы тела превышает долю детей с дефицитом массы тела в 5 раза. Такая картина характерна как для мальчиков, так и для девочек.

Необходимо обратить внимание на гендерные особенности развития на протяжении 20 лет. Так длина тела мальчиков 17 лет за двадцатилетний период увеличилась на 4,8 см, а девочек на 3,9 см. При этом масса тела возросла на 5,3 кг у мальчиков и на 4,4 кг у девочек. Аналогично увеличилась и окружность грудной клетки у мальчиков на 3,1 см, а у девочек на 7,0 см ($P < 0,05$). Такая динамика изменения признаков характерна и для других возрастов. Приведенные результаты указывают на вновь появившиеся признаки акселерации роста и развития у современных школьников. В конце прошлого века по данным ряда авторов [1, 3] наблюдалось явление деселерации и даже ретардации.

Выводы. Полученные данные об изменении тотальных размеров тела курских детей и подростков свидетельствует о положительных сдвигах в физическом развитии, напрямую указывающих на активацию процессов акселерации. Выявленная закономерность изменения антропометрических показателей демонстрируют необходимость дальнейшего наблюдения за физическим развитием детей и подростков на региональном уровне.

Список литературы.

1. Баранов, А.А., Кучма В.Р. Физическое развития детей и подростков в Российской Федерации // Сборник материалов, выпуск 6, 2013. С. 79-80.
2. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков/ Н.В. Зверева//учебно-методическое пособие. 2014. С.9-18.
3. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков – 2-е изд; испр. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 22-38.
4. Максимова С.Ю., Фомина Н.А. Особенности психофизического состояния детей школьного возраста с задержкой психофизического развития. – Волгоград: ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2015. С. 19-35.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРАВА НА ЗАЩИТУ ЧЕСТИ, ДОСТОИНСТВА И ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Працко О.В., Сидоров И.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра Организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий»
Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р.З.**

Актуальность статьи обусловлена с одной стороны серьезным общественным резонансом, который вызывает любое упоминание о «врачебных ошибках» в средствах массовой информации (СМИ), с другой – ростом обращений граждан в правоохранительные органы о ненадлежащем оказании медицинской помощи, который привел к необходимости создания в Следственном комитете Российской Федерации специальных подразделений, которые будут заниматься «ятрогенными» преступлениями медицинских работников.

Целью работы является обоснование необходимости новых правовых решений для защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинских работников.

В данной работе мы рассматривали ряд задач: выяснить, что понимается под «врачебной ошибкой», «ятрогенией», проанализировать влияние средств массовой информации на отношение к медицинским работникам, сформулировать предложения по внесению изменений в действующее законодательство для защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинских работников.

В ходе исследования мы использовали аналитический подход в изучении действующего законодательства в сфере охраны здоровья и защиты чести и достоинства граждан, а так же эмпирические методы для анализа публикаций о медицинских работниках в средствах массовой информации.

В последние годы резко выросло количество публикаций на так называемую тему «врачебных ошибок»: «Врачи в Красноярске забыли медицинский инструмент в теле пациентки», «Ошибка ценою в жизнь», «Камчатский роддом заплатит 1 млн. матери умершего новорожденного», «Сынок родился фиолетовый». Кто должен отвечать за врачебные ошибки».

В медицинской среде считается, что врачебная ошибка вне зависимости от тяжести последствий не наказуема юридически; она является не уголовно-правовой проблемой, а медицинской (организационно-методической). Подмена понятия «врачебная ошибка» на «врачебное преступление» недопустима.

Ятрогения (др.-греч. *ιάτρος* – врач, др.-греч. *γενεά* – рождение) – это медико-правовой термин. Ятрогенное осложнение (заболевание) есть неблагоприятное последствие допущенного медиком нарушения регулируемых государством отношений в системе «врач–пациент», в частности нарушения врачом установленных правил (имеющих значение медицинских стандартов)

оказания медицинской помощи. Однако не всегда такое отклонение от правил оказания медицинской помощи есть результат совершенного медицинским работником неосторожного деяния. Поэтому при правовой оценке ятрогенного случая чрезвычайно важно изначально определить, что послужило причиной отклонения от правил оказания медицинской помощи. Для установления этих обстоятельств необходима проверка в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

Специфика правоотношений в рамках оказания медицинской помощи связана с высокой степенью нервно-психического, эмоционального и физического напряжения как для лица, получающего медицинскую помощь, так и для лица, оказывающего ее. Однозначным для пациента является только одно: любой неблагоприятный исход – это результат врачебной ошибки. Будучи уверенным в своих выводах, пациент вправе обратиться с заявлением или жалобой в соответствующие учреждения, правоохранительные органы. И в дополнение к правовому способу поиска виновных медицинских работников, пациенты обращаются к СМИ с целью повлиять на решение, усилив общественный резонанс события.

Мы выбрали четыре наиболее популярные новостные интернет-площадки Курской области и проанализировали сообщения о деятельности медицинских работников или медицинских учреждений области. За период с 2017 по 2018 годы в исследуемых источниках так называемая «медицинская тематика» Курской области прозвучала 33 раза. Только 6 статей (18,2%) на эту тему содержали положительную характеристику деятельности медицинских работников или состояния медицины в Курской области в целом. Несмотря на то, что в большинстве случаев имеются ссылки на решения судов, официальную информацию прокуратуры Курской области, СУ СК России по Курской области, в исследуемых СМИ освещаются преимущественно ситуации негативных результатов общения врача и пациента – 27 статей из 34 (81,8%).

Между тем, по официальному заявлению председателя Следственного комитета Бастрыкина А.И, например, в 2018 году, в январе-сентябре 2018 года в следственные органы поступило 4868 сообщений о преступлениях, по результатам их рассмотрения возбуждено 1557 уголовных дел, а направлено в суд всего 176 уголовных дел.

Выводы. Активность больного, отстаивающего свое право на здоровье закономерна, а публичное оглашение деталей такого инцидента является выражением конституционного права на свободу мысли, слова, свободу массовой информации (ст. 29 Конституции). Но это право при некорректной подаче информации входит в противоречие с иным не менее важным правом – правом лиц на защиту имени и чести (ст. 23 Конституции).

Выводы: в настоящее время ни государство, ни профессиональное сообщество не может в полной мере обеспечить защиту медицинских работников от необоснованных, торопливых попыток оценки их действий в средствах массовой информации. Предлагаем:

– создать на государственном уровне региональные межведомственные экспертные советы (РМЭС), в которые будут входить представители органов здравоохранения, правоохранительных органов, органов исполнительной власти, представители СМИ, общественных организаций, наделив их полномочиями первичного рассмотрения жалоб и случаев некачественного оказания медицинских услуг и врачебных ошибок, проведения экспертиз и исследований. Заключение, сформулированное РМЭС по каждому случаю, должно содержать вывод о наличии оснований для привлечения к ответственности медицинского работника или организации здравоохранения и дальнейшем направлении (либо отказе в направлении) материалов в соответствующие органы для принятия законного решения;

- дополнить статью 4 «Недопустимость злоупотребления свободой массовой информации» Закона РФ от 27.12.1991 № 2124-1 «О средствах массовой информации» абзацем о запрещении распространения в СМИ, информации медицинских работников или учреждениях здравоохранения (в том числе, если она представляет собой оценочное суждение автора) допустивших при исполнении своих обязанностей нарушения действующего законодательства, если такая информация не содержится в полном объеме в заключении РМЭС соответствующего региона.

Предлагаемые меры позволяют остановить процесс снижения уровня позитивных установок людей на общение с медицинскими работниками, исключить возможность причинения морального ущерба деловой репутации лечебного учреждения и конкретного медработника, в адрес которого выдвинуты, но еще не доказаны обвинения.

Список литературы.

1. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие /В. Д. Пристансков. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. 60 с.

2. Конституция Российской Федерации [Текст]: [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.] [с поправками, внесенными Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ] // Собр. Законодательства РФ. – 2014.- N 31.- Ст. 4398.

3. О средствах массовой информации [Электронный ресурс]: [федер. закон от 27.12.1991 N 2124-1] [ред. от 18.04.2018]. – Режим доступа: Система Консультант Плюс.

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ] [ред. от 27.12.2018]. – Режим доступа: Система Консультант Плюс.

5. Состоялась встреча Александра Бастрыкина и Леонида Рошаля [Электронный ресурс]: [Официальный сайт Следственного комитета

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ СРЕДИ ДЕТЕЙ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ВАКЦИНАЦИИ

Проняева Т.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.м.н., доцент Тимошилов В.И.**

Актуальность исследования состоит в том, что, несмотря на наличие обязательной вакцинации, препарата для специфической профилактики, коклюш остается проблемой для педиатров и детских инфекционистов. Современное течение коклюша у детей имеет ряд особенностей, среди которых особенно стоит обратить внимание на стертость симптомов и невыраженность типичной клинической картины. Заболеваемость коклюшем в 2015 году у детей до 14 лет составила 25,7, в 2016 – 31,1, в 2017 – 19,9. Данные показатели связаны с тем, что последнее время возникает много споров в плане использования вакцинопрофилактики АКДС-вакциной, ее качества и лечения поствакцинальных осложнений [1, 2].

Целью исследования является изучение особенностей течения коклюша у детей разных возрастных групп в современных условиях на территории Курской области и частоты применения различных препаратов для его лечения, выяснить, какой метод диагностики является наиболее точным и достоверным.

Материалы и методы. Для наблюдения были выбраны пациенты Областной клинической инфекционной больницы им. Н.А. Семашко г. Курска в числе 50 человек, которые лечились по поводу коклюша. Для расчетов использовались экстенсивные показатели и критерий достоверности Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовали пациенты в возрасте от 1 месяца до 11 лет, причем в числе исследуемых оказались 2 матери в возрасте 28 и 30 лет.

Наибольшую долю в структуре заболеваемости составили сельские жители – 64% больных, в то время как городских жителей среди заболевших было 36%. Это связано с тем, что в поселках и деревнях нередко стертые формы не диагностируются вследствие меньшей эпидемиологической настороженности.

При изучении анамнеза болезни было выявлено, что 42% детей вообще не были привиты от коклюша вследствие отказа родителей или наличия медицинских противопоказаний; 16% детей имели однократную вакцинацию, т.е. не имели сформированного поствакцинального иммунитета. В 89% случаях было отмечено, что дети контактировали с длительно кашляющими членами

семьи в лице старших или младших братьев и сестер. Такая тенденция наблюдается вследствие того, что не была качественно проведена дифференциальная диагностика между ОРВИ и коклюшем.

Бактериологическое исследование в 100% случаев было отрицательным. Подтверждение диагноза методом ПЦР было у 42% больных, у 58% – методом РНГА. Наиболее эффективно было использование ПЦР и РНГА совместно.

В 2015-2016 годах ПЦР использовали выборочно как дорогостоящий метод диагностики при отрицательной РНГА при имеющейся характерной клинике, однако сейчас он обязателен для всех пациентов, имеющих подозрение на коклюш. Это говорит о высокой ценности и точности данного метода [4].

В большинстве случаев пациенты поступали на второй неделе болезни (в среднем 11 день) при неэффективности самолечения или ошибочной постановке диагноза ОРВИ. В среднем пациенты проводили в стационаре $10,35 \pm 0,42$ койко-дней. Заболевание протекало типично у 72% пациентов. В свою очередь 28% имели атипичное течение (отсутствовал приступообразный кашель до рвоты, репризы и приступы апноэ).

Современное лечение коклюша в соответствии с действующими клиническими рекомендациями включает в себя применение антибиотикотерапии. Наиболее эффективно и целесообразно в лечении коклюша применение макролидов и цефалоспоринов 3 и 4 поколений в сочетании с симптоматической терапией [3, 5].

Итак, на данный момент течение коклюша не имеет явной клинической симптоматики. Основная причина – поздняя обращаемость населения за медицинской помощью к специалистам, проблемы с проведением своевременной и качественной вакцинопрофилактики.

Наиболее эффективным методом диагностики является ПЦР, превосходя по своим возможностям РНГА и бактериологическое исследование. Наиболее эффективные группы антибиотиков для лечения коклюша – макролиды и цефалоспорины.

Список литературы.

1. Анненкова, И.Д. Инфекционные болезни у детей: Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / – СПб.: СпецЛит, 2016. – 623 с.
2. Богомолов, Б.П. Инфекционные болезни – М.: Издательство МГУ, 2016. – 608 с.
3. Клинико-эпидемиологическая характеристика современного коклюша / Герасимова А.Г. [и др.] // Вакцинация. – 2015. – № 5. – С. 4-5.
4. Минина, Т.Д. Детские инфекции. Ветрянка, краснуха, свинка, скарлатина, коклюш, корь и другие – М.: ИГ "Весь", 2014. – 128 с.
6. Северина, Е.А. Современные тенденции заболеваемости коклюшем, лечение и профилактика // Лечащий врач. – 2014. – № 10. – С. 36-40.

АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ТРУДА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Пряженцева Л.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – д.м.н., доцент С.А. Лосенок

Среди медицинских работников самым неизученным контингентом являются представители фармацевтической специальности – работы по исследованию здоровья этой профессиональной группы крайне редки и разрозненны. Вместе с тем, немногочисленные работы в области условий труда фармацевтов позволяют отнести их к третьей, а в некоторых случаях даже четверной группе по сложности и напряженности. В условиях увеличения количества аптечных организаций с коммерческой формой собственности следует уделить особое внимание условиям труда фармацевтических работников.

Целью исследования является изучение основных факторов, влияющих на показатели здоровья и результативность деятельности работников аптечной организации.

Задачи исследования: оценить условия труда работников аптечной организации; определить основные факторы, влияющие на результативность деятельности работников; выявить наличие профессиональной заболеваемости у работников данной аптечной организации.

Объекты исследования: нормативно-техническая документация, данные анкетирования работников.

Предмет исследования. Условия труда в аптеке сети «Социалочка» города Старый Оскол, Белгородской области.

Методы исследования. Социологические методы исследования, анкетирование, сравнительный и системный анализы.

Данные анкетирования показали, что работники аптеки в своем большинстве страдали различными видами нарушений сна, что является в определенной мере результатом их профессиональной деятельности, также было установлено, что они предъявляли определенные жалобы на состояние своего здоровья: больше половины из числа опрошенных жаловались на повышенную утомляемость, головную боль, раздражительность и др. Основной причиной постоянных жалоб на здоровье и нарушения сна считалось переутомление на работе, перегруженность; также причины жалоб были связаны с нерациональным питанием (сухие перекусы на работе); неудобную рабочую позу.

Большинство участников анкетирования оценили условия своего труда как неудовлетворительные. Характер нервно-психических перегрузок позволил оценить труд работников аптеки как эмоционально и интеллектуально напряженный.

Данные анкетирования указывают на то, что все работники аптечной организации перенесли ОРВИ за последние шесть месяцев, что говорит

о высокой опасности заражения инфекционными заболеваниями, передающимися воздушно-капельным путем на рабочем месте.

Кроме того, по данным анкетирования работники аптеки свидетельствовали о случаях заболевания, при которых они не ходили на прием к врачу и не брали больничный лист, а занимались самолечением. Наиболее часто для оценки состояния сердечно-сосудистой системы используются показатели артериального давления (АД), пульса (ЧСС). Артериальное давление и ЧСС к концу рабочего дня увеличиваются, этому может способствовать напряженность трудового процесса и повышенная утомляемость, а также большая психоэмоциональная нагрузка. Эти факторы негативно сказываются на состоянии здоровья работников данной аптеки.

Проведенное изучение производственных условий и специфики труда фармацевтического персонала показало, что:

1. В процессе труда работники аптеки подвергались воздействию различных неблагоприятных факторов: возможность инфицирования; нервно-эмоциональная и интеллектуальная нагрузка. Во время выполнения профессиональных обязанностей они испытывают большое эмоциональное и интеллектуальное напряжение, возникает необходимость решения нестандартных, в том числе конфликтных, ситуаций.

2. В данной аптеке большая номенклатура лекарственных средств, а также изделий медицинского назначения, выполнение персоналом таких операций как приемка товара, его сортировка производилась преимущественно вручную, связано со значительной физической нагрузкой. Таким образом, анализ трудовой деятельности персонала аптеки свидетельствует о том, что их труд характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, так как требует значительного объема оперативной долговременной памяти, высокого уровня профессиональных знаний и умений работы на современном оборудовании.

3. В процессе анализа были выявлены производственно-обусловленные заболевания фармацевтических работников: в первую очередь – ОРВИ, а также аллергические заболевания вследствие непосредственного контакта с лекарственными препаратами. На втором месте болезни опорно-двигательного аппарата, на третьем месте болезни сердечно-сосудистой системы. В процессе работы фармацевты постоянно контактируют с больными людьми, в результате чего им приходится работать в условиях повышенной опасности заражения различными респираторно-вирусными и другими инфекционными заболеваниями.

Таким образом, следует разработать дополнительные мероприятия по оздоровлению условий труда фармацевтических работников, а также по снижению уровня профессионально-обусловленной заболеваемости.

Список литературы.

1. Большаков А.М., Новикова И.М. Общая гигиена. – М.: Медицина, 2002 – с. 234-307.
2. Девисилов В.А. Охрана труда. – М.: Форум, 2009. – с. 52..

3. Иванов, А.В. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости врачей / А.В. Иванов, О.Е. Петручук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. – № 2. – С. 18-21.

4. Марченко Т.В. Охрана труда и профилактика профессиональных заболеваний. – М.: Медицина, 2008. – с. 109..

5. Минх А.А. Справочник по санитарно-гигиеническим исследованиям. М.: Медицина, 2000. 153с.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПОЧВЫ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Расулова Н.Ф., Мухамедова Н.С., Махмудова Д.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научно-исследовательский институт ирригации и водных проблем

Кафедра Общественного здоровья и управления здравоохранением

Научный руководитель – д.м.н., профессор Искандарова Ш.Т.

Актуальность исследования. В последнее время проблема охраны окружающей среды и здоровья населения в большинстве стран, в том числе в Узбекистане, в связи с бурным развитием промышленности и сельского хозяйства, ростом народонаселения, усилением воздействия неблагоприятных природных и антропогенных факторов приобрела особо значимое социально-экономическое и экологическое значение. При этом одним из последствий выраженного влияния отрицательных факторов является загрязнение окружающей среды, в частности почвы, вредными химическими веществами и микроорганизмами, которые оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья населения.

В таких условиях при проведении научных исследований экологического и санитарно-гигиенического характера и организации охраны почвы необходимо использование единых подходов и методических приёмов, разработанных наукой и утвержденных органами государственного санитарного надзора.

К сожалению, в последние годы исследования, связанные с изучением и оценкой экологической безопасности почвы в Узбекистане проводились сравнительно редко: И.И. Ильинский [1,2,3], Т.И. Искандаров [4,5], Г.Т. Искандарова [6], Ш.Т. Искандарова [7].

Цель исследований состояла в экологической и гигиенической оценке современных уровней загрязнения почвы на территории города Ташкента и возможном неблагоприятном его воздействии на состояние здоровья населения.

Исследования включили изучение результатов лабораторных анализов почвы, выполненных подразделениями Ташкентского городского Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) в период 2014-2018 годы, определение факторов риска для населения, удельного веса

нестандартных проб почвы с расчетами коэффициентов корреляции между показателями заболеваемости населения и уровнями выявленных загрязнений почвы.

При проведении исследований особое внимание было уделено выявлению уровней загрязнения почвы селитебных зон города Ташкента и территорий детских учреждений, которые наиболее опасны в санитарно-эпидемическом отношении. Оказалось, что в селитебных зонах удельный вес нестандартных проб почвы за изученный период колебался в пределах от 12,4% до 21,4% по бактериологическим показателям и от 0,06% до 0,2% – по наличию гельминтов; на территориях детских учреждений эти цифры колебались соответственно от 8,6% до 18,9% и от 0,07% до 0,08%.

Почвы разных видов землепользования на территории города отличались по характеру загрязнения, величинам удельного веса проб, нестандартных по химическим и бактериологическим показателям, содержанию гельминтов. Значительные отличия по уровням загрязнения почвы выявлены в разных административных районах города.

В процессе выполнения научно-исследовательских работ особое внимание было уделено выявлению взаимосвязей между уровнями загрязнения почвы селитебных зон и территорий детских учреждений города и показателями заболеваемости населения (с вычислением коэффициентов корреляции).

Данные по заболеваемости населения были обработаны на основе анализа «Статистических материалов о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан» (выпуски за последние пять лет).

Временные ряды, характеризующие уровни загрязнения почвы города Ташкента, были представлены показателями удельного веса нестандартных проб почвы разных типов землепользования в процентах, рассчитанные по отчетным данным Ташкентского городского Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (форма № 18) за 2014-2018 г.г.

Были проанализированы данные по загрязнению почв 5 типов землепользования (на территориях промышленных объектов, в местах выращивания сельскохозяйственных продуктов, в местах хранения токсичных отходов, на территориях селитебных зон и детских учреждений) по таким показателям, как общее загрязнение, пестициды, тяжелые металлы, бактериологическое загрязнение, наличие гельминтов, радиологическое загрязнение.

В последующую разработку были взяты показатели общего и бактериологического загрязнения почвы по удельному весу нестандартных проб почвы в процентах.

При изучении причинно-следственных связей между уровнями заболеваемости населения города Ташкента и степенью загрязнения почвы в селитебных зонах и на территориях детских учреждений с расчетом коэффициентов корреляции между интенсивными показателями заболеваемости населения и показателями удельного веса нестандартных проб почвы в процентах прямые положительные взаимосвязи были установлены

в 10 сравниваемых временных рядах за период 2014-2018 годов из 22 (таблица 1).

Таблица 1. Коэффициенты корреляции, характеризующие наличие прямых взаимосвязей между уровнями заболеваемости и загрязнением почвы в городе Ташкенте (2014-2018 годы)

Сравниваемые показатели заболеваемости населения Ташкента	Показатели загрязнения почвы в селитебных зонах	
	общий удельный вес нестандартных проб почвы, %	удельный вес нестандартных проб почвы по бактериологическим показателям, %
1.Общая заболеваемость взрослого населения г. Ташкента (на 1000)	0,96	0,06
2.Общая заболеваемость детского населения до 14 лет (на 1000)	0,93	0,3
3.Заболеваемость населения болезнями органов пищеварения (на 1000)	0,91	0,43
4.Заболеваемость населения болезнями мочеполовой системы (на 1000)	0,72	-
5.Заболеваемость населения болезнями органов дыхания (на 1000)	-	-
6.Заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями (на 1000)	0,35	-
7.Заболевания брюшным тифом (на 100000 населения)	-	-
8.Заболевания паратифами (на 100000 населения)	-	-
9.Заболевания дизентерией (на 100000 населения)	0,24	0,33
10.Заболевания суммой ОКЗ (на 100000 населения)	-	-
11.Заболевания гепатитом А (на 100000 населения)	-	-

Результаты исследований позволяют считать высокие показатели общего удельного веса нестандартных проб почвы в селитебных зонах города Ташкента значительным фактором риска роста у населения города общей заболеваемости, заболеваний таких классов, как болезни органов пищеварения, мочеполовой системы, инфекционных и паразитарных заболеваний (в первую очередь, дизентерии). Определенным фактором риска является и загрязнение почвы на территориях детских дошкольных учреждений.

Таким образом, материалы исследований подтверждают необходимость особого внимания органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора к уровням загрязнения почв вышеуказанных видов (типов) землепользования, в том числе к лабораторному контролю за их санитарным состоянием. Высокие показатели удельного веса нестандартных проб почвы (в процентах от общего числа проб), отобранных в селитебных зонах и на территориях детских учреждений, являются значительными факторами риска роста уровней заболеваемости населения.

Список литературы.

1. Ильинский, И.И. Методические указания по организации санитарной охраны почвы населенных мест Узбекистана / И.И.Ильинский, Г.Т. Искандарова, Ш.Т. Искандарова. – Ташкент, 2009. – 25 с.
2. Ильинский, И.И. Некоторые особенности характера загрязнения почвы разных типов землепользования в г.Ташкенте / И.И.Ильинский, Н.С. Калининкова, М.Г. Тупичина // Сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции «Теоретические основы медико-гигиенических проблем в Узбекистане и его практические решения». – Ташкент, 2009.- С.27-29.
3. Искандаров, Т.И., Некоторые итоги совершенствования санитарного законодательства Республики Узбекистан в области гигиены и охраны от загрязнения воды водоисточников и почвы / Т.И.Искандаров, И.И.Ильинский // Научный журнал «Проблемы биологии и медицины», Ташкент. – 2008. – № 3. – С.90-93.
4. Искандаров, Т.И. Санитарно-гигиенические проблемы охраны почвы от загрязнения в специфических природно-климатических условиях Узбекистана / Т.И.Искандаров И.И.Ильинский, Ш.Т.Искандарова. – Ташкент: «Фан», 2010. – 135 с.
5. Искандарова, Г.Т. Некоторые научно-методические проблемы составления гигиенических обоснований к схемам охраны почвы в условиях Узбекистана / Г.Т.Искандарова // Сборник научных трудов VIII съезда гигиенистов и санитарных врачей Узбекистана.- Ч.1. – Ташкент, 2005. – С.19-20.
6. Искандарова Ш.Т. Актуальные гигиенические проблемы охраны почвы от загрязнения в специфических условиях Узбекистана / Ш.Т.Искандарова. – Ташкент: «Фан», 2000. – 146 с.
7. Ильинский, И.И. К вопросу о методике оценки степени загрязнения почв разных типов землепользования в условиях Узбекистана / И.И.Ильинский, Г.Т. Искандарова, Ш.Т. Искандарова // Сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции «Теоретические основы медико-гигиенических проблем в Узбекистане и его практические решения». – Ташкент, 2009. – С.16-17.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РУССКОЯЗЫЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫЯВИВШИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Романов Р.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Солянина В.А.**

Большинство исследований, проводимых национальными гомеопатическими организациями, являются некачественными [1]. Ведущие медицинские организации осуждают внедрение гомеопатических средств в систему здравоохранения как лекарственных препаратов, не доказавших своей эффективности и основанных на эффекте плацебо: Всемирная организация здравоохранения [5], Национальная служба здравоохранения Великобритании [2], Национальный совет по здоровью и медицинским исследованиям Австралии [4] и др. В российском фармакологическом сообществе существует незначительное количество систематических обзоров исследований, выявивших эффективность гомеопатических препаратов.

Целью настоящей работы является анализ публикаций, выявивших эффективность гомеопатических препаратов, а также разработка рекомендаций, направленных на повышение качества клинических исследований гомеопатических препаратов.

Задачи исследования:

- 1) отбор публикаций о противовирусных гомеопатических препаратах, соответствующих критериям включения;
- 2) предоставление данных о качестве анализируемых публикаций;
- 3) разработка рекомендаций для проведения качественных клинических исследований, исключающих методологические ошибки.

Материалы и методы. За основу анализа были взяты рекомендации проведения качественного систематического обзора [3]. Изучение перечня распространенных гомеопатических препаратов позволило установить основное направление их воздействия – «Острые респираторные вирусные инфекции и грипп» («ОРВИ и грипп»). Первичная информация для проведения систематического обзора получена из электронной библиотечной системы «КиберЛенинка» (<https://cyberleninka.ru/>).

Ключевыми критериями отбора публикаций выступили: методологическое описание, предоставление информации о респондентах и типе проводимого исследования (плацебо-контролируемое, рандомизированное). Исследования с закрытым доступом и исследования, не предоставившие статистические данные об эффективности гомеопатических препаратов для лечения ОРВИ и гриппа, исключались.

Результаты и обсуждение. Согласно ключевым критериям отбора значительная часть исследований, выявивших эффективность гомеопатических

лекарственных средств, является некачественными/обычно низкого качества, некоторые финансировались гомеопатическими организациями. Незначительное количество исследований, имеющих методологические ошибки, плацебо-контролируемые, что является важным в проведении клинических испытаний.

Для проведения качественных клинических исследований, направленных на оценку эффективности гомеопатических препаратов, можно предложить ряд рекомендаций:

1) клинические исследования должны быть рандомизированными и плацебо-контролируемыми;

2) исследования должны проводиться независимыми фармацевтическими организациями;

3) клинические исследования, в которых экспериментальная группа имеет выборку менее тридцати участников ($n < 30$), должны исключаться;

4) игнорирование иных факторов, способствующих смещению результатов (врожденный иммунитет, возраст и частота болезни гриппом), недопустимо.

Вывод. Недостаточно высокое качество клинических исследований не позволяет полноценно оценить эффективность гомеопатических препаратов. Кроме того, в отечественной литературе отмечается нехватка систематических обзоров в направлении оценки эффективности гомеопатических препаратов.

Список литературы.

1. Hawke K. [et al.] Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children [Internet] // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. Iss. 9. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005974.pub5>

2. Items which should not routinely be prescribed in primary care: A Consultation on guidance for CCGs [Internet]. 2017. 48 pp. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/07/Items-not-routinely-prescribed-in-primary-care.pdf>

3. Moher D. [et al.] Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009. Vol. 339.

4. NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions [Internet]. Canberra: NHMRC. 2014. 24 pp. URL: <https://consultations.nhmrc.gov.au/files/consultations/drafts/nhmrcdrafthomeopathyinformationpaper140408.pdf>

5. Safety issues in the preparation of homeopathic medicines [Internet]. Geneva Switzerland: WHO. 2009. 63 pp. URL: <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/Homeopathy.pdf>

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Саттарова З.Р., Бабакулов А.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Джаилова Г.А.

Сохранить здоровье молодого поколения – одна из важнейших социальных задач общества. Чтобы подготовить высококвалифицированных специалистов необходимо укреплять и формировать здоровый образ жизни, способствовать работоспособности молодежи. Состояние здоровья человека отражает влияние на него комплекса факторов окружающей среды, в том числе условий воспитания, обучения, трудовой деятельности, образа жизни и определяет его качество жизни, возможности самореализации, социальную активность. Ответственное отношение к своему здоровью подразумевает не только отношение к нему как к ценности, но и как к особой культуре питания, системе двигательных действий, культуре нравственных межличностных отношений, эстетической культуре и т.д. В настоящее время одним из основных факторов сохранения здоровья, увеличения продолжительности жизни, профилактики различных заболеваний выступает здоровый образ жизни – оптимальная организация поведения человека в повседневной жизни, позволяющая ему максимально используя собственные духовные и физические качества достигать физического, душевного и социального благополучия [1].

Подростковый возраст может иметь решающее значение для здоровья и болезней в будущем, потому что есть некоторые доказательства того, что приобретенные привычки в этот период может проследить во взрослую жизнь. Например, алкоголь привычки в подростковом возрасте увеличивают вероятность тяжелых потребление в зрелом возрасте, а также потребление пищи в подростковом возрасте является показателем потребления в зрелом возрасте. Некоторые хронические заболевания могут иметь свое происхождение и прогрессирование заболевания в подростковом возрасте. Для улучшения здоровья подростков важно пропагандировать здоровое поведение в раннем возрасте, особенно во время подросткового возраста. Изучение проблемы здорового образа жизни молодежи обусловлено спецификой этой социально-профессиональной, социально-демографической группы, особенностями ее формирования, ее потенциалом для развития социума, так как здоровье определяет возможности реализации будущих специалистов, способность к созданию семьи и деторождению, к профессиональной, общественно-политической и творческой деятельности. В период обучения подростки испытывают воздействие целого комплекса факторов, оказывающих отрицательное влияние на состояние их здоровья, это и стрессовые ситуации, связанные с успеваемостью, трудности с материальной обеспеченностью, частые нарушения режима труда, отдыха и питания, значительная гиподинамия [2].

После обретения независимости Узбекистана принят ряд документов, подтверждающих, что молодежная политика признается важнейшим направлением государственной деятельности. За это время сформулированы и определены концептуальные основы государственной деятельности в данном направлении, в которой заложены принципы и положения, сформулированные в Конституции [3].

Формирование социально-психологического убеждения в потребности ведения здорового образа жизни у молодежи – одна из наиболее важных задач.

Для формирования здорового образа жизни необходимо соблюдать следующий распорядок дня:

- желательно вставать ежедневно в одно и то же время;
- стараться регулярно заниматься утренней гимнастикой;
- есть в установленные часы;
- чередовать умственный и физический труд;
- соблюдать правила личной гигиены;
- работать и спать в хорошо проветриваемом помещении, ложиться спать в одно и то же время.

Пропаганда ЗОЖ является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения (особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи), центров санитарного просвещения, учреждений образования, органов социальной защиты и т.д. [4].

Изучение и формирование общественного мнения относительно оценки собственного здоровья – одна из трудных задач формирования установки на ЗОЖ. Наряду с органами здравоохранения большая роль в этом принадлежит СМИ. Необходимо понимание того, что здоровье населения обеспечивается не только ответственностью государства и общества, но и ответственностью каждого из нас за свое здоровье и здоровье всех [5].

Важное направление формирования здорового образа жизни – так называемое «обучение здоровью». Это комплексная просветительская, обучающая и воспитательная деятельность, направленная на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья, создание мотивации для ведения здорового образа жизни как отдельных людей, так и общества в целом. Нельзя в этой связи не подчеркнуть главный вопрос: никакая информация, если она не подкреплена личной заинтересованностью, ничего для человека не значит. Сегодня это особенно важно в отношении молодежи, по существу постоянно находящейся в зоне риска.

Пропаганда ЗОЖ, как уже говорилось выше, является компонентом первичной и вторичной профилактики заболеваний. Проведено исследование по изучению отношения молодежи к здоровому образу жизни. Результаты данного исследования по выявлению знаний о здоровом образе жизни показали, что большинство молодежи не знает о правилах здорового образа жизни, но хотели бы получить такие знания. Значительная их часть, к сожалению, не знает и не хочет ничего знать о здоровом образе жизни, считая это пустой тратой времени; лишь 1/3 имеют полную информацию о здоровом образе

жизни. Молодежь начинает осознавать эту необходимость. Результаты социологических опросов фиксируют пробуждение у молодежи интереса к здоровому образу жизни. Подавляющее большинство молодых людей в той или иной степени интересуется здоровым образом жизни. По данным социологического опроса учеников колледжей, которые корреспондируются с данными других исследований на эту тему, 90,4% респондентов отмечают наличие у них интереса к здоровому образу жизни. Молодые люди понимают также, что их здоровье зависит от образа жизни, который они ведут. На вопрос – Считаете ли вы, что состояние здоровья зависит от вашего образа жизни? Из общего количества учеников 65,3% ответили да, скорее да, чем нет – ответили 30,9%, скорее нет, чем да – 1,0%, 1,6% респонденты ответили – нет, и 1,3% затруднились ответить. Однако, данные социологических исследований показывают, что эти знания не всегда проявляют в реальном поведении. Так молодые люди не соблюдают режим труда и отдыха, питания, не регулярно занимаются физической культурой и спортом.

Важным является для молодых людей вопрос о том, что побуждает их вести здоровый образ жизни. Результаты данных показал, что три четверти опрошенных (74,5%) отдали предпочтение ответу «забота о своем здоровье». Второе место занимает забота о своей внешности и фигуре (62,9%). Однако если среди юношей лишь 20,6% опрошенных отдали предпочтение ответу «забота о своем здоровье», то среди девушек уже 53,9% опрошенных. То есть, для многих молодых людей здоровье является инструментом, позволяющим поддерживать свою привлекательность. Заботятся о своей внешности 11,3% юношей и 51,6% девушек. При анализе факторов, мешающих ведению здорового образа жизни видно, что самым частым ответом у юношей и девушек является лень: 14,5% и 31,6% соответственно. За ним по частоте следует ответ «нехватка времени» – 11,9% у юношей и 25,5% у девушек. Мы видим, что мотивы подростков относительно ценности здорового образа жизни обоснованы, не противоречивы и в целом соответствуют его предназначению.

Таким образом, здоровый образ жизни понимается подростками широко и определяется не только физическим компонентом. На наш взгляд, положительной тенденцией является то, что увлечения, интересы и связанные с этим положительные эмоции, в понимании подростков также являются неотъемлемой частью здорового образа жизни (28%). Включение занятий физической культурой и спортом в это понятие указывает на правильное понимание подростками того, что здоровый образ жизни есть верный путь к сохранению здоровья.

Список литературы.

1. Адилсон Маркес, НуноЛорейрок, Бруно Авелар-Роза //Здоровый образ жизни подростков, J.Pediatr (RioJ). 2018; Pages 8
2. Диссертация Исмоилова М.Б.//Изучение отношения молодежи к здоровому образу жизни, Ташкент, 2015

3. Купчинов, Р.И. Формирование здорового образа жизни молодежи: Пособие для кураторов и преподавателей высших учебных заведений, Мн.: УП "ИВЦ Минфина", 2004. – 211 с.
4. Материалы «Собрания законодательства Республики Узбекистан» № 39 2011 г. с. 487,
5. Муликова С.А., Кенжебаева С.К., Абдакимова М.К. // Продвижение здорового образа жизни в молодежной среде, Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 3 (часть 2) – С. 97-102
6. Ivanova, S. Ju. Formirovanie potrebnosti studentov v zdorovom obraze zhizni: avtoref. dis... kand. ped. nauk: 13.00.01 / S. Ju. Ivanova. – Kemerovo: Kemerovskij gos. un-t, 2008. – 24 s.

**ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЦЕХА ХВОСТОВОГО
ХОЗЯЙСТВА ОАО «МИХАЙЛОВСКИЙ ГОК»
НА ВОЗДУШНЫЙ БАССЕЙН ЖЕЛЕЗНОГОРСКОГО РАЙОНА**

Смоляков М.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены**

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Шепелева О.М.

Актуальность. Промышленные предприятия часто создают отрицательный спектр воздействия на природу, вызывая значительные неблагоприятные изменения окружающей среды, нарушают гомеостатическое равновесие, изменяя состояние баланса экосистемы. На территории Железнодорожного района Курской области расположены предприятия ОАО «Михайловский ГОК» – главного градообразующего предприятия и главного загрязнителя окружающей среды. На всех стадиях переработки железорудного сырья выбрасываются отходы – пустая порода, шлаки, зола, стоки, аэрозоли, газы, поры, пыль, содержащие нередко различные вредные вещества для человека и живые организмы.

Целью исследования является оценка состояния воздушной среды на территории населенных пунктов, прилегающих к ЦХХ.

Материалы и методы: при проведении исследования выполнена выкипировка данных из отчетов экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» и годовых отчетов по заболеваемости с последующим анализом, метод санитарного описания, метод санитарной экспертизы, статистическая обработка данных.

Для измерения концентрации загрязняющих веществ в контрольных точках применяется гравиметрический метод определения взвешенных частиц пыли, основанный на установлении массы искомого компонента исследуемого образца (ГОСТ 17.2.4.05-83(СТ СЭВ 3846-82)). Исследования проводятся на базе передвижного экологического поста. ПЭП представляет собой комплекс технических средств, включающих в себя: автомобиль «Газель»

как транспортное средство, средства электроснабжения и жизнеобеспечения, средства отбора и подготовки проб воздуха, систему автоматизированного контроля и регистрации концентрации вредных веществ в атмосфере. В лаборатории находится автоматическая выдвижная метеостанция, пробоотборный зонд «ОЗОН», приборная стойка с газоанализаторами измеряющими концентрацию SiO_2 , NO_2 , блоком питания к которому подключается компьютер обрабатывающий данные метеостанции и газоанализаторов, аспиратор. Мониторинг проводится в п. Бырдинка (контрольная точка № 9) и п. Сафрошинский (контрольная точка № 11).

В начале измерений включается газоанализаторы, подключается компьютер, затем активируется выдвижная метеостанция, устанавливаются фильтры на фильтродержатель, включается аспиратор. Через фильтры прогоняется атмосферный воздух в течение полутора часа. По окончании измерений на компьютер выводятся данные исследований. После занесения данных в компьютер, в лаборатории фильтр с отобранной пробой помещают в стеклянной чашке в эксикатор и доводят до постоянной массы.

Результаты и обсуждения. При анализе отчетов экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» установлено, что фактическая среднегодовая концентрация оксида кремния и оксида азота в атмосфере в контрольных точках № 9 и № 11 за 2015-2016годы не превышала установленных ПДК ($\text{SiO}_2 - 0,3\text{мг/м}^3$, $\text{NO}_2 - 0,2\text{мг/м}^3$).

В ходе годового ежемесячного мониторинга, проведенного совместно с сотрудниками ЦТЛ, за 2017 год были получены следующие данные: среднегодовая концентрация SiO_2 в населенных пунктах п. Бырдинка и п. Сафрошинский составила $0,06\text{мг/м}^3$ и $0,04\text{мг/м}^3$ (значения колебались в пределах $0,03-0,06\text{ мг/м}^3$ и $0,03-0,09\text{ мг/м}^3$ соответственно), что не превышает ПДК. Превышения концентрации NO_2 также не обнаружено.

Вдыхаемый воздух, содержащий в себе загрязняющие вещества в газообразном и кристаллическом виде, способен провоцировать повреждение эпителия респираторного тракта организма, вызывая воспаление бронхолегочной системы [1, 2].

Исходя из вышесказанного, была проанализирована заболеваемость рабочего персонала МГОКа болезнями дыхательной системы (острый бронхит и обострение хронического бронхит). При анализе данных заболеваемости установлено, что в 2016 году наблюдалось двукратное увеличение числа случаев обострения хронического бронхита у рабочих по сравнению с предыдущим годом, также произошло увеличение количества дней течения болезни (в среднем 14 дней на 1 рабочего). В 2017 году наблюдалось снижение уровня обострений в 2 раза, таким образом, вернувшись к показателям 2015 года, но при этом количество нетрудоспособных дней на одного человека возросло и составило среднестатистических 22,8 дня.

В 2016 году заболеваемость острым бронхитом уменьшилась в 3 раза и составила 24 случая на 100 рабочих против 74 случаев в 2015 г. В 2017 году отмечалось незначительное увеличение заболеваемости (26 случаев на 100 рабочих). Продолжительность нетрудоспособного периода времени

имеет тенденцию к снижению: в 2015 г. -721д., в 2016 г.- 249д., и в 2017 г. – 215 д., таким образом, уменьшение составило 3,3 раза за указанный период.

Среди населения района в 2017 году численность зарегистрированных случаев заболевших острым бронхитом составила 578,2 на 100 тыс. человек, что на 26% выше показателей 2016 года (458,9 на 100 тыс.), и на 84% выше уровня 2015г. (313,5 на 100 тыс). Показатели 2017 стали самыми высокими за данный трехлетний период, взятый для исследования. На фоне роста заболеваемости острым бронхитом, увеличилось количество людей, у которых было выявлено обострение хронического бронхита. Так, в 2017 году было зафиксировано 192,7 на 100 тысяч человек случая обострения, что в 1,2 раза больше показателей 2016 г. и в 1,3 раза больше значений 2015 г. Можно заключить, что происходит стабильное увеличение заболеваемости острым бронхитом и обострение хронического бронхита в течение трехлетнего промежутка времени.

Заключение. В ходе работы были проанализированы отчеты экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» за 2 года по контролю над состоянием воздушного бассейна и изучалось его состояние в течение года. Установлено, что концентрация загрязняющих веществ в атмосфере не превышает ПДК и в большинстве случаев в несколько раз ниже нормы, тем самым соответствуя гигиеническому нормативу – следовательно, не наносит значительного ущерба экологической обстановке. В результате анализа заболеваемости рабочего персонала МГОКа бронхитами не было установлено тенденции к снижению или к ее увеличению, однако заболеваемость среди населения Железнодорожска имеет динамику к положительному росту, что может быть вызвано иными причинами как инфекционной, так и неинфекционной природы. В ходе работы мы убедились в том, что цех хвостового хозяйства соблюдает все нормативы качества атмосферного воздуха, и поэтому вредное воздействие на воздушный бассейн данного предприятия минимально.

Список литературы.

1. Влияние двуокиси кремния на легкие. Классификация пневмокониозов [Электронный ресурс] / URL:https://meduniver.com/Medical/gigiena_truda/97.html (дата обращения: 25.12.2018)
2. Чайковская М.А., Бортновский В.Н., Сушко С.Н. и др. Оценка влияния диоксидов азота и серы на гемопоэтическую и дыхательную системы // Здоровье и окружающая среда. 2012. № 21. С. 479-490.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЛИМОВСКОГО РАЙОНА БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Соловьёв В.Ю., Воскобойникова Е.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий**

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Шестакина Н.В.

Актуальность исследования. Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является ключевым показателем социально-экономического развития страны [1].

Цель исследования – провести анализ заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области за 2015-2017 годы

Материалы и методы: работа была проведена в дизайне ретроспективного исследования отчета об общей и первичной заболеваемости «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации (форма № 12)», в котором проанализирована и обобщена информация из ГБУЗ «Климовская ЦРБ». Были определены показатели первичной и общей заболеваемости, а также их структура (использована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра).

Статистическая обработка материала включала расчет относительных величин (интенсивных и экстенсивных показателей), средней ошибки относительных величин, критерия достоверности t . Анализ осуществлялся при помощи электронных таблиц Microsoft Excel 2010. Статистически значимыми считали отличия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Ежегодно в Климовском районе регистрируется около 5000 случаев впервые установленных заболеваний детей в возрасте 0-17 лет. По данным статистики, отмечается постоянный рост первичной заболеваемости детей до 17 лет включительно. Так, за период 2015-2017 годы она увеличилась с $317,1 \pm 3,5$ до $372,3 \pm 4,0$ на 1000 населения соответствующего возраста, т.е. на 14,8% ($p \leq 0,01$).

При анализе первичной заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области выявлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) болезней органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, некоторых инфекционных заболеваний. В то же время наблюдалось достоверное снижение ($p < 0,05$) болезней нервной системы, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В 2017 году в структуре первичной заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания (55,84%), второе – некоторые

инфекционные и паразитарные болезни (7,41%), третье – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (6,63%), четвертое – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (6,37%), пятое – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,0%).

Структура первичной заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области отличается от структуры заболеваемости детского населения Российской Федерации: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин занимают второе место, болезни кожи и подкожной клетчатки – третье, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – четвертое место, болезни органов пищеварения – пятое место [2].

Рост первичной заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет не мог не сказаться на динамике показателей общей заболеваемости, которые увеличились с $423,6 \pm 4,0$ в 2015 г. до $478,4 \pm 4,0$ случаев в 2017 г. на 1000 населения, т.е на 11,5% ($p \leq 0,01$).

При анализе общей заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области выявлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) болезней органов дыхания, болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В то же время наблюдалось достоверное снижение ($p < 0,05$) болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней кожи и подкожной клетчатки, болезней мочеполовой системы.

В структуре общей заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области в 2017 г. болезни органов дыхания занимают первое место (44,57%), второе – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (10,66%), третье – болезни глаза и его придаточного аппарата (6,44%), четвертое – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (5,79%), пятое – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (4,95%) [2].

Таким образом, в Климовском районе Брянской области у детей возраста 0-17 лет уровень первичной и общей заболеваемости имеет тенденцию к увеличению. В структуре первичной и общей заболеваемости детского населения Климовского района Брянской области также, как и в РФ первое место занимают болезни органов дыхания.

Список литературы.

1. Агеева Л.И., Александрова Г.А. и др. Здоровоохранение в России // Статистический сборник. Росстат. 2017. С. 29.
2. Альбицкий В.Ю., Антонова Е.В., Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Состояние и проблемы здоровья подростков России // Москва. 2014. С.10-11.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ГОНЧАРНОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Соломко Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – д.м.н., доцент Лосенок С.А.

Актуальность исследования. Условия, в которых работает человек, не только оказывают влияние на качество выполняемой работы и время её выполнения, но и огромное влияние существует на здоровье человека [5]. Каждый из нас имеет право не только на безопасную среду обитания, но и на безопасные условия труда. Для обеспечения таких условий, создаются нормативные документы, в которых описаны значения для каждого производственного фактора, который может оказать влияние на здоровье работающего. Не соблюдение таких документов, не сразу, но приводит к возникновению различного рода заболеваний, которые в свою очередь могут привести к инвалидизации человека и даже к смерти [1].

Следовательно, не только работники, но и работодатели должны быть заинтересованы в создании условий, обеспечивающих охрану труда и здоровья, так как это является одним из важнейших факторов нашей жизни.

Целью исследования является комплексная оценка условий труда работников гончарного предприятия ИП «Vintage manufacture».

Для поставленной цели была изучена нормативная документация и указанные в ней, основные производственные факторы на гончарном производстве, а так же с помощью аппаратуры были получены значения, по которым был сделан вывод об условиях труда на исследуемом производстве [2].

Результаты и обсуждение. В ходе выполнения данной работы, были проведены измерения основных производственных факторов на гончарном производстве: ИП «Vintage manufacture». Данное производство имеет не большую площадь, два помещения. В одном располагается рабочая зона, поделенная на зону заливки форм и зону шлифовки. Во втором помещении находятся рабочий стол, печи обжига и склад готовой продукции.

В каждом помещении имеются по 2 вытяжки вытяжного типа, электрические термометры для измерения температуры и влажности воздуха. Были проведены измерения показателей микроклимата, пыли и шума с помощью специальной аппаратуры.

Показатели микроклимата были измерены с помощью универсального прибора для измерения. Особое внимание уделялось таким показателям как скорость движения и воздуха, влажность и температура помещений. Измерения температуры проводились в каждом углу и центре помещений, на высоте 10 см., 1 м., и 1,5м. от пола, в начале рабочего дня, в середине рабочего дня и в конце рабочего дня [1, 3, 5].

Показатели запыленности измерялись с помощью аппарата для измерения пыли ИКП – 5. Измерения проводились в центре каждого помещения до начала работы (начало рабочего дня) и непосредственно во время работы.

Показатель уровня шума измерялся один раз, непосредственно во время работы с помощью шумомера Октава – 110а [1, 3, 5].

При исследовании шума, было получено значение 28,3 Гц. Данное значение находится в пределах нормы, согласно данным, указанным в СанПиН 2.2.4.3359 – 16 «Санитарно-гигиенические требования к физическим факторам на рабочих местах» [5].

По результатам полученных данных и данным, представленным в СанПиН 2.2.4.548 –96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений», можно сделать вывод, что колебания температуры находятся в пределах нормы. Температурный режим от 18°C до 24°C. Скорость движения воздуха 0,5-0,6м/с (норма 0,1м/с), что проявляется в виде сквозняков. А так же очень низкая влажность воздуха 20-22% (норма 40-60%) [4].

Таблица 1. Измерение ПДК пыли в воздухе

		С 1 минута измерений мг/м3		С 10 минута измерений мг/м3		Csr мг/м3	
		До работы	Во время работы	До работы	Во время работы	До работы	Во время работы
Помещение 1	Склад	1,28	4,71	9,45	35,18	11,00	23,20
	Печи обжига	1,16	3,32	8,38	33,00	9,42	21,85
Помещение 2	Заливка форм	0,02	0,45	3,97	4,22	1,66	3,49
	Шлифовка	0,02	2,40	7,36	9,43	2,56	6,86

По результатам полученных данных и данных, представленных в Руководстве 2005-06 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» можно сделать вывод: на данном производстве присутствует пыль [3].

Согласно полученным данным можно сказать, что самым пыльным помещением является помещение 1, в котором находятся склад и печи для обжига. Также значения, превышающие норму, присутствуют в зоне шлифовки во время работы. Следует сказать, что при измерениях при отсутствии работы в данной зоне, уровень пыли не превышает нормативных значений [1, 3, 5].

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что: микроклимат на данном производстве является комфортным, благодаря чему, работники не подвергаются перегреву или переохлаждению на рабочем месте. Но наличие сквозняков и низкая влажность воздуха требуют особого внимания.

Рекомендуется найти и устранить причину возникновения сквозняков, увеличить влажность воздуха, например, с помощью его орошения [3].

Уровень шума не превышает норму, следовательно, не оказывает патологического влияния на организм работников [5].

Показатель пыли превышает норму во время работы и в складском помещении, поэтому рекомендуется регулярное проведение влажной уборки и использование орошения воздуха, для ускорения осаждения пыли [3].

Таким образом, условия труда на исследуемом производстве соответствуют требованиям нормативных документов, по параметрам шума и микроклимата. Но имеются отклонения показателей, в сторону увеличения, по значениям запыленности производственных помещений. В перспективе это может привести к кашлю и заболеваниям верхних дыхательных путей [2].

Улучшений качества условий труда, ввод в работу новых методик, новых средств индивидуальной защиты, соблюдение режима труда и отдыха. Все это способно сохранить здоровье работника.

Список литературы.

1. Гигиена труда : учебник / Под ред. Н.Ф. Измерова, В.Ф. Кириллова. – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2008 – 59 с.: илл.
2. ГН 2.2.5.1827 – 03 «ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны»
3. Руководство 2005 – 06 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда»
4. СанПиН 2.2.4.3359 – 16 « Санитарно-гигиенические требования к физическим факторам на рабочих местах»
5. СанПиН 2.2.4.548 –96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений»

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Тутина Е.Ю

**Гомельский государственный медицинский университет
Научный руководитель – ассистент Смагина Н.Н**

Актуальность исследования. Общественное здоровье – это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, характер питания, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение) [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения здоровье человека на 50-55% зависит от условия и образа жизни, на 25% – от экологических условий, на 15-20% оно

определяется генетическим факторами и лишь на 10-15% деятельностью системы здравоохранения [2]. Исследование влияния образа жизни и своевременная его коррекция является актуальным профилактическим направлением в медицине.

Целью исследования является анализ влияния образа жизни на развитие хронических заболеваний у студентов Гомельского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование студентов первого курса в возрасте 17-20 лет в 2016 году, а затем – среди студентов того же курса в 2018 году. Анкета включала в себя вопросы по характеру питания, наличию сниженного настроения и вредных привычек (курения, употребления алкоголя), продолжительности сна, а также наличию хронических заболеваний. В анкетировании принимали участие 94 человека (32 – юноши и 62 – девушки).

Результаты исследования. По результатам анкетирования были установлены следующие показатели. Увеличение массы тела отмечены в течении трех лет у 55% опрошенных, снижение веса – у 39%. Было выявлено, что 86% опрошенных студентов питаются всего лишь 1-2 раза в сутки. Только 45% юношей и девушек завтракают, 26% не обедают, но все ужинают. Следует отметить, что 75% молодых людей употребляют пищу после 23.00. 66% студентов употребляют пищу, приготовленную самостоятельно, а 34% предпочитают полуфабрикаты и «фастфуд».

В результате исследования выявлено, что у молодых людей нарушен режим сна. Так, 36% спят по 5-6 часов, а 52% опрошенных – менее 5 часов. Только 12% спят по 7-8 часов.

По результатам анкетирования установлено, что 40% юношей курят ежедневно, 37,5% – иногда, 22,5% не курят вообще. Среди девушек показатели еще хуже: 40% курят ежедневно, 25% – иногда и только 35% не курят вообще.

Выявлен интересный факт, что 44,6% опрошенных студентов при сниженном настроении употребляют алкоголь и табачную продукцию.

57% опрошенных студентов не имеют хронических заболеваний. Этот показатель снизился на 6,5% по отношению к 2016 г. Остальные опрошенные имеют заболевания различных органов и систем. По сравнению с 2016 годом получены следующие результаты: 10,5% имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, что увеличилось на 1,5%; 4,4% имеют заболевания сердечнососудистой системы, что остался на прежнем уровне. 4% имеют заболевания дыхательной системы – не отмечались у опрошенных в прошлом периоде; 4% имеют заболевания эндокринной системы, произошло увеличение на 2%; 1% имеют заболевания опорно-двигательной системы, но не отмечалось два года назад; 5,8% имеют аллергические заболевания, что уменьшилось на 2,5%; 13,3% опрошенных отмечают наличие 2 и более хронических заболеваний, что остался на прежнем уровне по сравнению с предыдущим опросом.

Обсуждение. Нарушения в режиме и рационе питания могут стать причиной заболеваний пищеварительной, сердечно-сосудистой систем; курение и употребление алкоголя приводят в будущем к заболеваниям

сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и эндокринной системы; нарушение ритма сна и бодрствования способствует возникновению заболеваний нервной системы и возникновению тревожных расстройств и депрессивных состояний, а также эндокринных нарушений. Период обучения в медицинском вузе должен быть направлен не только на подготовку к будущей профессиональной деятельности, но и на формирование ответственного, сохраняющего здоровья поведения для успешной дальнейшей жизни. Только в этом случае у медицинского работника врача появится желание активно трудиться, оказывать помощь, пропагандировать здоровый образ жизни что, на наш взгляд. Студенты и врачи, которые имеют вредные привычки, не могут пропагандировать здоровый образ жизни.

Выводы. У опрошенных студентов было установлена большая распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и отрицательная динамика заболеваемости органов пищеварения и эндокринной системы. Среди студентов медицинского университета необходимо активизировать работу по пропаганде здорового образа жизни с целью профилактики неинфекционных заболеваний у будущих врачей.

Студенты медицинского университета, независимо от курса обучения, должны владеть знаниями о факторах риска неинфекционных заболеваний и проводить обучение население РБ принципам предотвращения развития неинфекционных заболеваний, которые являются основной причиной смерти в нашей стране.

Список литературы.

1. Давиденко Д.Н. Здоровье и образ жизни студентов / Д.Н. Давиденко, Ю.Н. Щедрин, В.А. Щеголев. 2015. С. 18-30.
2. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник [Электронный ресурс] / под ред. Г.Н.Царих-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html>
3. Юшук Н.Д. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Н.Д. Юшук, И.В. Моев, К.Г. Гуриевич. 2016. С.7-15.
4. Яшин В.Н. ОБЖ. Здоровый образ жизни / В.Н. Яшин. 2017. С.19-35.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УТИЛИЗАЦИИ ПРОМЫШЛЕННЫХ ОТХОДОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

Хасанова М.И., Усманов И.А., Файзиева М.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент
Научно-исследовательский институт ирригации и водных проблем»**

Актуальность исследования. В настоящее время во многих территориально-промышленных комплексах (ТПК) республики, где расположены большие города с высокой концентрацией населения и промышленным потенциалом, отмечен рост вредного антропогенного

воздействия на все объекты окружающей среды, в том числе на почву. В этих условиях особое экологическое значение приобрела проблема инвентаризации, классификации, складирования и обезвреживания промышленных отходов, многие из которых представляют опасность для здоровья населения.

Положение усугубляется медленными темпами внедрения на промышленных объектах республики малоотходных и безотходных технологий, ресурсосберегающей техники, методов комплексной переработки всех видов сырья и материалов, отсутствием или явным недостатком специализированных мощностей по переработке вторичного сырья, образующегося в процессе производства, что приводит к значительному накоплению промышленных отходов, в том числе и токсичных. Несмотря на это, исследования по данному разделу охраны окружающей среды до настоящего времени в Узбекистане проводятся редко и не освещают многие проблемы, возникающие перед работниками территориальных Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) республики Узбекистан. Крайне ограничены и публикации ученых-экологов и гигиенистов по данной проблеме [1,2,3].

Целью исследований явилось изучение имеющих место в Узбекистане санитарно-гигиенических проблем, связанных с инвентаризацией, классификацией и обезвреживанием промышленных отходов и определение основных направлений предупреждения их токсического воздействия на окружающую среду и здоровье населения.

Материалы и методы. Методика исследований базировалась на изучении и анализе литературных материалов, данных отчетных форм 18/0 Ташкентского областного Центра ГСЭН и его районных отделений за 2007-2017 годы, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, санитарно-нормативных документов и методических указаний.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что при решении вопросов сбора и хранения промышленных отходов в населенных пунктах санитарным врачам территориальных Центров ГСЭН, в первую очередь, необходимо проверять правильность проведения на промышленных предприятиях инвентаризации и классификации промышленных отходов, в первую очередь токсических. При этом, следует помнить, что учет и инвентаризация промышленных отходов должны проводиться на всех предприятиях, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

Опыт, накопленный предприятиями и санитарной службой, подтверждает необходимость выделения следующих категорий промышленных отходов:

- допускаемые к складированию вместе с ТБО;
- направляемые в ведомственные шламонакопители;
- подлежащие утилизации;
- складированные на специально оборудованных полигонах токсичных промышленных отходов.

Общепризнано, что порядок сбора и накопления, учета и инвентаризации промышленных отходов должен основываться на классе их токсической опасности (от 1 до 4 класса: чрезвычайно опасные, высоко опасные, умеренно опасные и мало опасные). При этом первичный учет и инвентаризация промышленных отходов осуществляются непосредственно в каждом цехе по специальным формам, которые заполняются отдельно для токсичных и нетоксичных отходов.

Промышленные отходы, образующиеся по ходу технологического процесса, хранятся на промышленных площадках каждого цеха, где собираются в специальную тару. Необходимо напомнить, что при определении токсичности промышленных отходов могут возникнуть трудности в установлении классов опасности их отдельных ингредиентов. В соответствии с санитарными правилами и нормами Республики Узбекистан «Гигиенические требования к качеству почвы населенных мест в специфических природно-климатических условиях Узбекистана» класс опасности вещества может быть определен по так называемому индексу опасности. Индекс опасности может быть рассчитан по предельно допустимой концентрации (ПДК) вредного вещества в почве, а также средне смертельной дозе (ЛД₅₀) и классу опасности вредного вещества в воздухе рабочей зоны.

После расчета индекса опасности для каждого ингредиента определяется суммарный индекс опасности 3-х основных химических веществ (таблица 1).

Таблица 1. Классификация токсичных отходов на основе суммарной величины ПДК 3-х наиболее опасных ингредиентов

Расчетная величина суммарного индекса опасности по ПДК в почве	Класс опасности отходов	Степень опасности
Менее 2	1	Чрезвычайно опасные
От 2 до 16	2	Высоко опасные
От 16 до 30	3	Умеренно опасные
Более 30	4	Мало опасные

Особо тщательно следует осуществлять контроль при выборе методов обезвреживания и захоронения промышленных отходов на специальных полигонах. Твердые отходы, содержащие вещества 4 класса опасности, складироваться на отдельной карте полигона послойно по типу полигонов бытовых отходов. Захоронение твердых и пылевых отходов, содержащих вредные вещества 2 и 3 классов опасности, нерастворимые в воде, следует осуществлять в котлованах с послойным уплотнением. Размеры котлованов не нормируются. Если же отходы содержат вещества 2 и 3 классов опасности, растворимые в воде, обязательна изоляция дна и боковых стенок котлованов.

При захоронении отходов, содержащих водорастворимые вредные вещества 2 и 3 классов опасности, а также вредные вещества 1 класса опасности, должны применяться дополнительные меры, направленные на предупреждение миграции их из отходов (по согласованию с органами санитарно эпидемиологической службы).

Жидкие промышленные отходы, содержащие вредные вещества 4 класса опасности, равномерно разливаются на отдельно размещенных картах полигона (с картами для летнего и зимнего полива). Жидкие отходы, содержащие вредные вещества 1,2 и 3 классов опасности, перед вывозом на полигоны должны обезвоживаться до пастообразной консистенции на самом предприятии. Захоронение этих отходов в жидком виде запрещается.

Промышленные отходы 3-4 классов опасности в отдельных случаях могут вывозиться на общегородские свалки, где для них должны выделяться отдельные участки. Разрешение на вывоз промышленных отходов на общегородские полигоны ТБО (свалки) предприятия получают через территориальные органы коммунального хозяйства, санитарно-эпидемиологической службы и пожарной охраны. Условия вывоза и обезвреживания определяются специальным договором между предприятиями и органами коммунального хозяйства.

Таким образом, при решении вопросов оптимизации систем сбора, хранения и обезвреживания токсичных промышленных отходов, образующихся на территориях населенных пунктов, санитарным врачам и экологами территориальных органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора необходимо контролировать все её последовательные этапы: учет и инвентаризацию, классификацию по токсичности, сбор и хранение, складирование, обезвреживание и утилизацию на специальных полигонах.

Список литературы.

1. Жовлиев А.А., Комилов А.К., Рихсиева И.Ю. Основные экологические проблемы создаваемые за счет выбросов алюминиевого завода / Материалы республиканской научно-практической конференции «Гигиенические проблемы охраны здоровья населения на современном этапе и пути их решения». – Ташкент, 2010. – С.8-9.
2. Искандаров Т.И., Ильинский И.И., Искандарова Ш.Т. Санитарно-гигиенические проблемы охраны почвы от загрязнения в специфических природно-климатических условиях Узбекистана. – Ташкент, 2010. – 130 с.
3. Искандарова Ш.Т. Актуальные гигиенические проблемы охраны почвы от загрязнения в специфических условиях Узбекистана. – Ташкент, 2000. – 146 с.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Чубенко Т.А.

**Курский Государственный Медицинский Университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий**

**Научные руководители – к.и.н., доцент Симонян Р.З.,
к.м.н., доцент Пашина И.В.**

Актуальность исследования. Насущной проблемой настоящего времени является большое количество тяжелых прогрессирующих заболеваний, сопровождаемых некупируемыми симптомами и расстройствами организма, не подлежащими восстановлению. В России насчитывается около 1300000 тяжелобольных людей, страдающих изо дня в день. С возрастом количество болезней у граждан увеличивается, поэтому анализ возрастной структуры населения представляется необходимым. В связи с этим развитие направления паллиативной помощи является обязательным в правовом обществе.

Актуальность данной темы состоит в необходимости оказания медикаментозной, социальной и психологической помощи как пациентам, подверженным действию тягостного недуга, так и их семьям для искоренения чувства беспомощности и улучшения качества жизни тяжелобольных граждан. А также принятие мер для осуществления данной общественной потребности на государственном уровне.

Цель нашего исследования заключается в освещении ряда правовых вопросов, которые оставались нерешенными до принятия Госдумой в третьем чтении закона об организации паллиативной медицинской помощи 21 февраля 2019 года, и в необходимости развития паллиативной помощи в Курской области.

Метод, используемый в процессе рассмотрения данной темы – сравнительный анализ информации об основах оказания паллиативной помощи, представленной в Федеральных законах № 323-ФЗ и № 18-ФЗ, а также статистический метод расчёта возрастной структуры населения.

В 1967 году в Лондоне Сесили Саундерс открыла первое в своем роде учреждение – Хоспис Св. Кристофера, предназначавшийся для ухода за больными со смертельным диагнозом. Именно с этого момента началась история современной паллиативной помощи. В связи с постоянным старением населения в развитых странах, в т.ч. в РФ, и в Курской области в частности (в КО население старше трудоспособного возраста на 2018 год составляет около 30%), а также с увеличением числа заболеваний с летальным исходом, в сферу внимания хосписов стали попадать не только люди, страдающие онкологией, но и СПИДом, рассеянным склерозом, поражениями мотонейронов, нарушениями мозгового кровообращения и т.д. И, конечно, в правовом обществе не может не встать вопрос об обеспечении достойного и качественного ухода умирающим людям. Статья 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации» включает понятие паллиативной помощи и место её оказания медицинскими работниками, прошедшими специальное обучение. Однако требуется детализация данного вида медицинской помощи, поэтому назрела необходимость создания нового ФЗ № 18 от 06.03.2019г.

27 февраля 2019 года Советом Федераций был одобрен ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи». Теперь данное понятие в российском законодательстве представлено следующим образом: «Паллиативная медицинская помощь – это комплекс мероприятий, включающий медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и мероприятия по уходу, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на избавление от боли, облегчение других тяжелых проявлений заболевания и поддержание функций организма» [1]. Во втором пункте рассматривается подразделение данного вида помощи на первичную (доврачебную и врачебную) и специализированную.

На медицинские организации, работающие в государственной, муниципальной и частной системе здравоохранения возложена обязанность оказания медицинской паллиативной помощи. Она будет осуществляться амбулаторно, в т.ч. на дому патронажными службами, и стационарно – в хосписах, отделениях сестринского ухода, отделениях паллиативной медпомощи. Медицинские работники, прошедшие специальную подготовку, вместе с социальными службами будут обеспечивать не только помощь, основанную на применении лекарственных средств и процедур, но и психологическую поддержку больных и их семей [3]. Снижение стресса, улучшение бытовых условий жизни, необходимых для пациентов с различными патологиями [2].

Новый закон предусматривает предоставление гражданам бесплатных медикаментов, в т.ч. наркотических и психотропных препаратов, «расходников» (например, памперсы, пленки), а также использование в домашних условиях медицинских изделий, которые предназначены для поддержания функций органов и систем организма человека. Президент подчеркнул, что только в 2019 году будет направлено около 5 млрд рублей на эти цели. Данные меры значительно облегчат уход за пациентом для его близких и перенесение заболевания им самим.

Как утверждает российский общественный деятель, учредитель благотворительного Фонда помощи хосписам «Вера» Анна Федермессер: «Этот закон – начало новой эры в паллиативной помощи. Это право на качество жизни (а не только на медпомощь) до последнего дня. Теперь минимальный уровень паллиативной помощи прописан законодательно и приблизился к мировым стандартам».

Необходимо заметить, что Минздрав начал разработку реестра онкобольных. В Курской области реестр ведется с 2004 года, что делает наш регион одним из ведущих по контролю работы онкологической службы. Это позволяет на федеральном уровне отслеживать состояние их здоровья

и этапы лечения. Опираясь на статистику Минздрава России, составлена карта самых “неблагополучных” регионов страны. В КО выявлено большое число онкобольных, что можно рассматривать с двух сторон. Первая говорит нам о высокой заболеваемости онкологией в нашем регионе – неблагоприятный фактор. Вторая – о высокой выявляемости онкологических больных. А также о возможности оказания своевременной медицинской помощи на ранних сроках и о принятии необходимых мер по оказанию паллиативной помощи.

Самое распространенное онкологическое заболевание в России на 2017 год – рак кожи, вторую позицию занимает рак груди, на третьем месте – рак органов дыхания (из данных на 2017год, опубликованных в ежегодном статистическом сборнике Министерства здравоохранения). В РФ ежегодно умирает около 300 000 человек. В КО эта цифра составляет 2500 человек (по данным МИАЦ КО на 2018 год).

Кроме медицинской помощи необходимо развивать и оказание социальной помощи населению. Например, в нашем ВУЗе действует соцпроект «Женское Здоровье: скрининг рака МЖ», целью которого является увеличение осведомленности женского населения о проблеме рака молочной железы, а также обучение методикам самообследования. Данный проект позволит скоординировать женщин, находящихся в группе риска, и предотвратить переход заболевания в терминальную стадию.

Выводы. Таким образом, новый закон регламентирует и детализирует правовые аспекты оказания медицинской паллиативной помощи. Совершенствование существующего законодательства, а также осуществление мер по профилактике и скринингу основных заболеваний, прогрессирование которых можно остановить на ранних сроках, должно заметно повысить эффективность и доступность оказания медицинской помощи населению и повысить качество жизни людей.

Список литературы.

1. Пашина И.В., Симонян Р.З. Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. – 414.
2. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» от 06.03.2019г № 18-ФЗ.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г № 323-ФЗ.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ВЫЯВЛЕННЫМ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Шевченко И.Н., Ячменев К.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра организации и менеджмента здравоохранения
с учебным центром бережливых технологий
Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Солянина В.А.**

Актуальность исследования состоит в том, что ВИЧ-инфекция – это заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, для которого характерно появление на поздних стадиях синдрома приобретенного иммунодефицита, способствующему появлению вторичных инфекций и злокачественных новообразований из-за снижения защитной способности организма. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения Российской Федерации с 1987 года, когда был открыт вирус иммунодефицита, с каждым годом непрерывно растет. По данным Росстата на 1 января 2018 года численность зарегистрированных случаев заражения ВИЧ-инфекцией за все годы составила 1,2 миллиона человек. Из них 276660 случаев заболевания закончилось летальным исходом.

Целью исследования является проведение анализа заболеваемости населения с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по Курской области за 2012-2016 годы для сравнения их с данными по близлежащим областям и Российской Федерации.

Материалы и методы: в ходе исследования был произведен анализ впервые выявленных случаев ВИЧ-инфицированных по Курской, Орловской, Липецкой, Воронежской, Белгородской, Брянской областям за 2012-2016 годы по данным Росстата. Статистическая обработка полученных материалов включала расчет относительных величин, выравнивание динамических рядов методом наименьших квадратов с помощью программ «Statistica 10.0» и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. При анализе числа впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией по Курской области за 2012-2016 годы была выявлена тенденция к росту данного показателя. С 2012 по 2015 годы число случаев с 10,4 на 100 тыс. населения увеличилось до 27,5 на 100 тыс. населения. Однако в 2016 году исследуемый показатель снизился на 2,2 случая на 100 тыс. населения. Несмотря на рост числа впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией по Курской области, подтвержденный при выравнивании методом наименьших квадратов, показатель за пятилетний период находится значительно ниже усредненных данных по Российской Федерации (рисунок 1) [2].

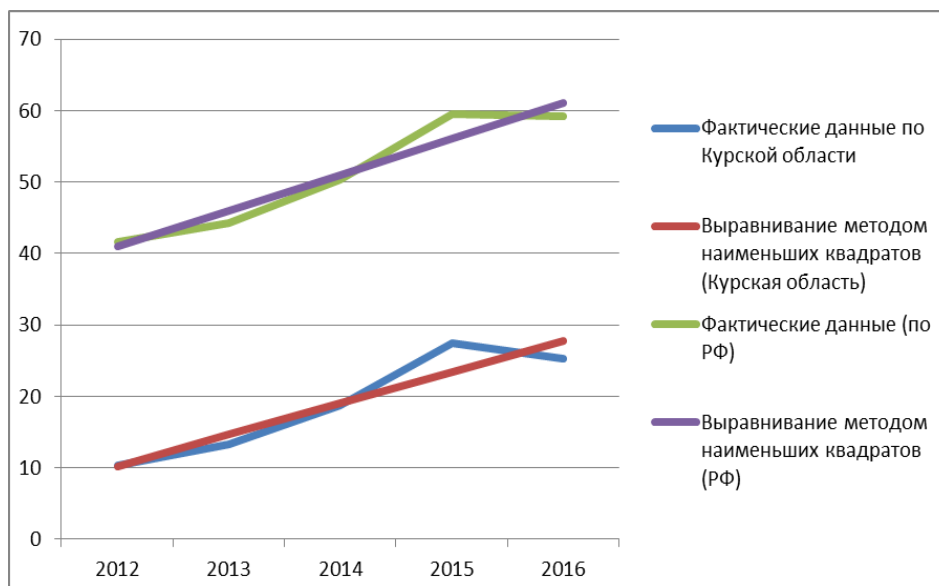


Рисунок 1. Динамика впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией по Курской области на 100 тыс. населения

При анализе впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией по Курской, Орловской, Липецкой, Воронежской, Белгородской, Брянской областям за период с 2012 по 2016 годы было установлено, что наибольший абсолютный прирост наблюдается в Воронежской (26,0) и Липецкой (24,2) областях. В Орловской (3,3) и Брянской (4,9) областях цифры абсолютного прироста самые низкие. Курская (14,9) и Белгородская (14,5) области занимают промежуточное положение по величине абсолютного прироста между анализируемыми областями (Рисунок 2) [1].

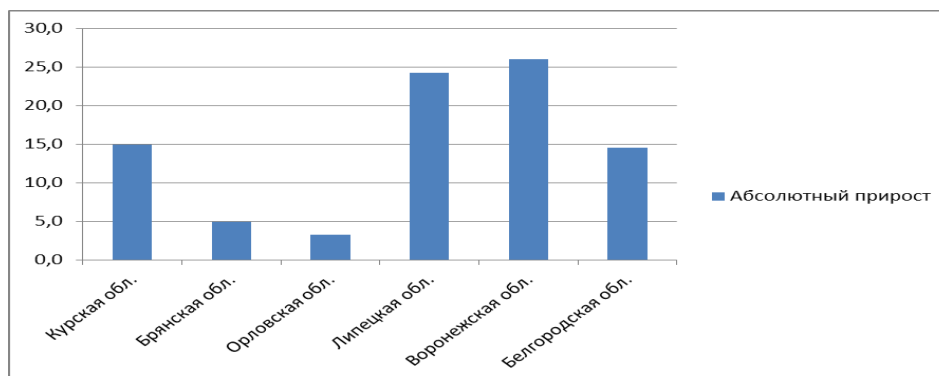


Рисунок 2. Абсолютный прирост числа впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией за 2012-2016 годы.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что в Курской области наблюдается тенденция к росту численности впервые выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией в период с 2012 по 2016 годы. Однако исследуемые данные по Курской области находятся ниже усредненных по Российской Федерации. При сравнении Курской и некоторых близлежащих областей установлено, что Курская и Белгородская области занимают промежуточное положение среди исследуемых.

Список литературы.

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. М.: 2017. С. 213
2. Щербаков Е.М. Заболеваемость населения России // Демоскоп Weekly. 2018. № 767-768. С. 1-30.

**О МЕТОДАХ ОЦЕНКИ КОНТАМИНАЦИИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
КАК ЭЛЕМЕНТА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ
БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Шумаков С.И., Антоненко В.В., Чмыхова Л.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Научный руководитель – д.м.н., профессор Черных А.М.

Актуальность проблемы состоит в огромной роли воздействия химических контаминантов пищевых продуктов на организм человека. Попадая в среду человеческого организма, аккумулируясь и концентрируясь там, они представляют реальную угрозу для здоровья, приводя порой к серьезным и необратимым последствиям. [2]

Целью нашего исследования является изучение безопасности пищевой продукции и продуктов питания, изготавливаемых и потребляемых на территории Курской области и спрогнозировать возможное влияние содержащихся веществ на здоровье населения.

Материалы и методы: использованы данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Курской области о потреблении основных групп продуктов питания населением Курской области; результаты исследования пищевой продукции и продуктов питания, выполненные ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Курской области».

Курская область является одним из многих регионов России, в котором широко распространена аграрная, пищевая и перерабатывающая промышленность. Ввиду постоянного техногенного воздействия на окружающую среду продовольственное сырье может быть загрязнено различными химическими веществами: тяжелыми металлами, пестицидами и другими агрохимикатами, антибиотиками и прочими соединениями. [3] Таким образом, при различных обстоятельствах в различных продуктах могут накапливаться самые разные ксенобиотики. Естественно, исследованиями контаминации занимаются различные государственные службы, ведомства, но все равно уровни загрязнения остаются недостаточно изученными в связи с разрозненностью данных, несовершенством используемых форм отчетности. [1]

Перечень контролируемых показателей в настоящее время регламентируются Техническими регламентами Таможенного союза (ТР ТС). Наибольший удельный вес исследований пищевой продукции проводится

на соответствие требованиям Технического регламента Таможенного союза ТР ТС 021/2011 "О безопасности пищевой продукции".

Помимо технологического совершенствования методов исследования с использованием современного оборудования и совершенствования нормативной документации разработаны новые методики сбора и обработки полученной информации: МУ 2.3.7.2125-06 «Социально-гигиенический мониторинг. Контаминация продовольственного сырья и пищевых продуктов химическими веществами. Сбор, обработка и анализ показателей», МУ 2.3.7.2519-09 «Определение экспозиции и оценка риска воздействия химических контаминантов пищевых продуктов на население». В соответствии с указанными документами было проведено исследование содержания химических загрязнителей пищевых продуктов в основных продуктах питания с расчетом следующих статистических показателей: медиана, среднее значение и 90-й перцентиль содержания контаминантов в пищевых продуктах.

Для оценки типичного уровня поступления загрязняющих веществ с продуктами питания, потребляемыми населением Курской области, использовано медианное значение содержания контаминанта в группе продуктов. Для оценки неблагоприятного сценария воздействия, отражающего максимальное возможное поступление загрязняющих веществ в организм человека с продуктами питания использовано значение 90-го перцентиля содержания контаминантов в пищевых продуктах (агодыравированный сценарий). [2]

Для оценки количественных характеристик загрязнения продуктов питания использованы результаты исследований ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Курской области». Текущее состояние качества и безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья по содержанию химических загрязнителей охарактеризовано по результатам исследований за период 2017 – 11 месяцев 2018 года; без малого 2-х период исследований выбран для увеличения выборки и повышения репрезентативности результатов. Для сравнения полученных результатов проведены аналогичные исследования уровней поступления химических загрязнителей пищевой продукции за 2014 год.

В 2017-18 годы проанализировано 21625 исследований продуктов питания, в 2014 – 9179 результатов исследований. Значительный объем выборки позволяет снизить неопределенности связанные со статистической обработкой информации.

Для репрезентативности содержания контаминанта в продуктах питания использовалось следующее правило минимального количества проб:

- более 50 кг/год – не менее 30 проб;
- 10-49 кг/год – не менее 20 проб;
- 10 кг/год – не менее 10 проб.

Определен перечень показателей для дальнейшего исследования, куда вошли: 2,4-Д, афлатоксин В1, афлатоксин М1, бенз(а)пирен, гексахлорбензол, гексахлорциклогексан, ДДТ, дезоксиниваленол, железо, зеараленон, кадмий, медь, мышьяк, нитраты, охратоксин А, патулин, ртуть,

ртутьорганические пестициды, свинец, Т-2 токсин, N-нитрозодиметиламин и N-нитрозодиэтиламин. [2]

Впервые были использованы новые подходы анализа данных по содержанию различных химических веществ для оценки риска в мясных, молочных продуктах, также овощах, грибах и других продуктах в Курской области. Прделана огромная работа по анализу данных результатов исследований, используемых для формирования федерального информационного фонда данных СГМ. Также был использован алгоритм расчета поступления токсических веществ, который позволяет сопоставить сведения об индивидуальных и популяционных уровнях нагрузки, а также уровнях канцерогенного и неканцерогенного риска. [2]

Все собранные данные составили базу для дальнейшей оценки качества и безопасности пищевых продуктов, производимых и потребляемых в Курской области.

Список литературы.

1. Гаджиева С.Р., Алиева Т.И., Абдуллаев Р.А., Велиева З.Т. Проблемы безопасности пищевых продуктов // Молодой ученый. – 2014. – № 4. – С. 417-418.
2. ФБУЗ центр гигиены и эпидемиологии в Курской области [Электронный ресурс]: официальный сайт. – Курск. – Режим доступа <http://46cge.rospotrebnadzor.ru/> (Дата обращения 15.03.2019).
3. Хохлова А.В., Хохлова О.М. Безопасность продуктов питания в Российской Федерации // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 12. – С. 41–45.

РАЗДЕЛ 14.

ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ И ВЕДЕНИЯ ПАСПОРТОВ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ КГМУ

Ананьев Р.В., Волкова М.Э.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Кичигина А.О.**

Актуальность исследования. С каждым годом в Курский государственный медицинский университет (КГМУ) поступают всё большее и большее количество российских и иностранных студентов, что, в свою очередь, приводит к тому, что на деканаты и все подразделения университета возлагается очень большая нагрузка по проведению обучения студентов, и, в частности, важным аспектом является поддержание здоровья студентов на всём протяжении обучения с 1 по 6 курс [2].

Для того чтобы не только обогатить студентов учебными знаниями, но и сохранить здоровье студентов на должном уровне, а по возможности вылечить студентов от всех заболеваний, которые они приобрели в школьный период, начала возникать острая необходимость в создании паспортов здоровья студентов, которые бы позволили иметь возможность отслеживать уровень здоровья студентов с 1 по 6 курс на всём протяжении их обучения [1].

На базе данных паспортов здоровья можно было бы отслеживать статистику заболеваемости или наоборот оздоровление студентов с первого по шестой курс, собирать научную статистику по количеству студентов, пришедших с определенными заболеваниями на 1 курс, и какие изменения с этими студентами с 1 по 6 курс произошли; какие изменения с точки зрения эпидемиологической обстановки и заболеваемости студентов в КГМУ. Распределять студентов по группам здоровья для занятий в различных группах физкультуры, назначать студентам лечебно-профилактические мероприятия, занятия в группы лечебной физкультуры, формировать группу студентов с необходимостью освобождения от физических нагрузок. Собирать и вносить все медицинские данные лабораторно-инструментальных исследований, которые студенты должны проходить каждый год в паспорта здоровья, чтобы подводить общую вузовскую статистику по всем направлениям здоровья студентов.

На протяжении многих лет (до 2016 года) кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры проводила медицинские осмотры на базе КГМУ, для студентов, поступающих в наш ВУЗ и обучающихся на втором курсе, для проверки уровня здоровья студентов, разбора статистических данных по заболеваемости студентов КГМУ, на шестом курсе – повторное обследование студентов для выявления статистики между первым, вторым и шестым курсом по наличию, отсутствию заболевания, течению хронических заболеваний [3]. На базе этих данных собиралась общая статистика по заболеваемости студентов КГМУ в течение всего периода обучения, на базе этих исследований проводилась коррекция методик проведения занятий физической культурой, лечебной физкультурой в специальной медицинской

группе и группе ЛФК. Полученная информация помогала в педагогическом процессе кафедры физического воспитания, лечебной физкультуры и спортивной медицины.

С 2016 года кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры не проводит данные мероприятия, и поэтому не ведется статистический учет заболеваемости студентов КГМУ. Данная ситуация создает определенные сложности при проведении программы «ВУЗ территория здоровья» – очень сложно собрать истинную статистику о заболеваемости студентов и на базе этой статистики проводить оценку и разрабатывать коррекционные мероприятия по лечению и профилактике заболеваний, которые у студентов развиваются в течение всего срока обучения в КГМУ.

По имеющимся данным можно сделать выводы об острой необходимости создания паспорта здоровья студентов в рамках нашего университета на базе врачебно-контрольной карты физкультурника форма 061у, для контроля студентов с первого по шестой курс в рамках исследовательской работы по оценке заболеваемости студентов, возможности распределения студентов по медицинским группам и сбора всех лабораторно-инструментальных исследований и медицинских справок которые приносят студенты, и систематизации полученной информации в паспортах здоровья студентов КГМУ. На базе данного документа можно проводить научные исследования о здоровье студентов, собирать точную статистику в рамках проекта территория здоровья.

Список литературы.

1. Здоровьесберегающие технологии в адаптации студентов с ограниченными возможностями к образовательной и физической деятельности : учеб. пособие / Курск. гос. мед. ун-т, каф. физ. культуры, каф. спорт. медицины и лечеб. физкультуры ; сост.: Т.Р. Соломахина, Н.Л. Корчагина. – Курск: КГМУ, 2015. – 32 с.

2. Методы оценки и стандарты физического развития детей, подростков и взрослых, занимающихся различными формами физической деятельности [Электронный ресурс] : метод. рекомендации для слушателей ФПО / Курск. гос. мед. ун-т, каф. спорт. медицины и лечеб. физкультуры ; сост.: И.Л. Бровкина, Е.Н. Федосова, Н.Я. Прокопенко. – Курск: [б. и.], 2013.

3. Оценка физического развития лиц, занимающихся физической культурой и спортом [Электронный ресурс] : метод. рекомендации для студентов, обучающихся на цикле по медицинской реабилитации / Курск. гос. мед. ун-т, каф. спорт. медицины и лечеб. физкультуры ; сост.: И.Л. Бровкина, Е.Н. Федосова, Н.Я. Прокопенко. – Курск: [б. и.], 2013.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ НОВОКАИН-ПРЕДНИЗОЛОНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ОСТРЫХ НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМАХ МЫШЦ У СПОРТСМЕНОВ ПАУЭРЛИФТЕРОВ ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ НАДРЫВА МЫШЦ

Ананьев Р.В., Волкова М.Э.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. За последние несколько десятков лет силовые виды спорта начали получать широкое распространение, открывается всё больше фитнес-клубов, всё больше людей интересуется современными видами спорта, такими как пауэрлифтинг, CrossFit, бодибилдинг. Увеличивается количество людей, которые начинают не просто увлекаться этими видами спорта, а заниматься им на достаточно высоком профессиональном уровне, тем самым получая достаточно серьезные травмы. [1] Если брать во внимание статистику Курской области, количество соревнований уровня мастеров спорта, соревнований не просто городского уровня, а уровня международного класса, чемпионатов Европы, чемпионатов союзных государств в Курске выросла за последние 10 лет. За последний год в Курске было проведено несколько соревнований на уровне международного класса. Отсюда вытекает проблема и актуальность данного исследования, которое говорит о том, что многие спортсмены в подготовке к данным соревнованиям часто сталкиваются с проблемой травматизации. Ведущую роль, в которых играют травмы мышц, травмы соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата в целом, что негативно сказывается на здоровье спортсменов, является фактором тормозящим совершенствование технологии подготовки к соревнованию. [2]

На базе центра медицинской профилактики были проведены исследования, касающиеся применения новокаин-преднизолоновой блокады для оценки скорости и эффективности восстановления после травмы для спортсменов. Оценивалась эффективность, продолжительность и качество действия препаратов, наличие-отсутствие побочных эффектов, сравнивалось с методиками, которые чаще применяются при данных видах травм, сравнивалась их эффективность и делались соответствующие выводы. Работа по данному исследованию проводилась в группе профессиональных спортсменов пауэрлифтеров, не ниже уровня мастера спорта, активно готовящихся к соревнованиям, уровня мастера спорта и более высоких уровней, мастеров спорта международного класса, заслуженных мастеров спорта и элиты. Эти спортсмены тренируются сверх высокими нагрузками, которые в десятки раз превышают интенсивность среднестатистического человека. Спортсмены обращаются к врачам для того, чтобы те помогли им как можно быстрее восстановиться от этой травмы, с наименьшими затратами времени, чтобы как можно быстрее готовиться к этим соревнованиям и не срывать тренировочные графики. [3]

Для данного исследования были отобраны спортсмены которые дали согласие на то, чтобы на них проводились данные исследования, в количестве 30 человек проходящих подготовку к чемпионату по пауэрлифтингу среди содружественных союзных государств с целью опробования данной методики на этих спортсменах. Ведущими упражнениями в данных видах спорта является жим лежа, приседания, становая тяга. Чаще всего мы выявляли травмы, микро-разрывы грудной мышцы, трицепса, прямых разгибателей спины, квадрицепса и мышцы задней поверхности бедра. Контрольный состав группы номер 2 состоял из спортсменов, состоящих на учете и использующих стандартные методики физиотерапевтического и нестероидных противовоспалительных препаратов для коррекции травм. Данное исследование проводилось в течение всего цикла подготовки. В течение трех месяцев совместного исследования в 2 группах применение двух различных методик: преднизолон-новокаиновые блокады и применение нестероидных противовоспалительных препаратов с физиотерапевтическими методиками, оценка их эффективности в сравнении с друг другом, оценка скорости восстановления спортсменов, оценка объективных и субъективных ощущений спортсменов от применения данной методики. [1]

Основная суть применения новокаин-преднизолоновой блокады состоит в том, что в место повреждения мышцы последовательно делать определенные дозы новокаина, рассчитываемого из объема повреждения и через несколько минут вслед за блокадой. Вводилась доза преднизолона, которая должна была оказывать местное противовоспалительное действие наряду с тем, что новокаин оказывал местное обезболивающее действие. Также применение новокаина приводило к тому, что расслаблялась мышца, которая в результате надрыва воспалялась на фоне быстро развивающегося отека, находилась постоянно в напряженном состоянии, выделялась из общего количества мышечных волокон в составе этой мышцы, что в общем у спортсменов вызывало дискомфорт, сильные болевые ощущения, неспособность проводить тренировку, неспособность продолжать подготовку к соревнованиям. Спортсменам, которые проходили допинг-контроль на соревнованиях по необходимости выписывались терапевтические исключения. Терапевтические эффекты методики преднизолон-новокаиновой блокады заключается в том, что спортсмен, который получил травму мышцы, получает инъекцию новокаина с преднизолоном, только в разделенной форме. Сначала проводилась инъекция от 5 до 30 мл в место воспаления для того, чтобы снять с мышцы болевые ощущения. Через двое суток мы получали результат, который свидетельствовал о том, что на фоне применения данной процедуры у спортсмена происходит очень быстрое восстановление мышц, полностью проходит болевое ощущение, практически полностью уходит отек, который развивается в первые минуты после травматизации данной мышцы, если конечно был не очень сильный надрыв. Далее в течение 5 суток спортсмен выполнял комплекс легких тренирующих упражнений на данную мышцу, и к исходу седьмых суток мы получали результат практически полное восстановление мышцы.

Спортсмены уже были готовы к последующим тренировкам, оперировали теми весами когда случилась травма, далее могли уже оперировать более большими весами соответственно и полностью восстановиться в тренировочный процесс.

На основе данных исследования можно сделать выводы о достаточно эффективной методике новокаин-преднизолон блокады, особенно при повреждениях малых мышц, таких как трицепс, мышцы задней поверхности бедра, не осложненными массивными гематомами. Данная методика на сегодняшний момент является спорной, поскольку преднизолон внесен в список допинговых веществ, но в данном случае мы рассматриваем применение данной методики как срочную необходимую меру для скорейшего восстановления спортсменов. Она входит в ранг терапевтических исключений, особенно для спортсменов высокого класса. Данная методика требует дальнейших более продолжительных исследований не только на спортсменах из категории пауэрлифтеров, но и спортсменов в других видах спорта. Требуется время для того, чтобы определить возможное долгосрочное наличие-отсутствие побочных эффектов в данной методике. В рамках данного исследования можно сказать, что данные инъекции проводятся однократно, непосредственно в первые сутки после повреждения.

Список литературы.

1. Виру А.А., Кырге П.К. Гормоны и спортивная работоспособность / А.А. Виру, П.К. Кырге. – М. : Физкультура и спорт, 1983. – 159 с. : ил. – (Наука – спорту. Спортивная медицина). – Библиогр.: с. 144-158. – Б. ц.
2. Дембо. А.Г. Причины и профилактика отклонений в состоянии здоровья спортсменов / А.Г. Дембо. – М.: Физкультура и спорт, 1981. – 120 с.: ил. – (Наука – спорту. Спортивная медицина). – Библиогр.: с. 119. – Б. ц.
3. Маргазина. В.А. Руководство по спортивной медицине / Центр лечеб. физкультуры и спортивной медицины; под ред. В.А. Маргазина. – СПб.: Спецлит, 2012. – 487 с.
4. Миронова С.П., Поляева Б.А., Макаровой Г.А. Спортивная медицина: нац. рук. / Рос. ассоц. по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Ассоц. мед. обществ по качеству ; под ред. С.П. Миронова, Б.А. Поляева, Г.А. Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1182 с.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ СОВМЕСТНО С ПЛАЗМОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ананьев Р.В., Примакова О.В

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. Современный уровень развития населения России находится на таком этапе, что большинство людей работают на местах, которые являются по сути своей малоподвижными. Большая часть людей весь день практически сидят – гиподинамия, проявляются нарушения в опорно-двигательном аппарате, которые связаны с изменением работоспособности поддерживающей способности межпозвоночных дисков, изменением самих позвонков, мускулатуры, которая удерживает позвонки на месте, что в конечном итоге приводит к развитию такого заболевания, как остеохондроз позвоночника, наиболее распространенную его форму – остеохондроз поясничного отдела позвоночника [1]. Распространение данной патологии очень широкое в части населения, которое перешло сорокалетний возраст и является уже неотъемлемой частью жизни данной группы людей.

Актуальность темы данного исследования заключается в том, что мы решили совместить применение новокаиновые блокады в области поясничного отдела позвоночника с методикой плазмотерапии плазмой, обогащенной тромбоцитами. Поскольку мы считаем, что эти методики вполне совместимы при данном заболевании, также они будут оказывать синергетический эффект. Первая методика будет устранять частую причину дискомфорта при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, первопричиной которой является перенапряжение мышц в этой области, что приводит и к болевым ощущениям, вследствие чего происходит повторное рефлекторное сокращение мышц, что затягивает порочный круг из перенапряжения мышц – рефлекторного перенапряжения и отсутствия дальнейшего расслабления, в результате чего человек постоянно испытывает хроническое перенапряжение в области и сильное болезненное ощущение [3]. Вторая методика применения плазмотерапии характеризуется тем, что оказывает естественный выраженный противовоспалительный эффект, включает регенераторные процессы в данной области и обладает всеми преимуществами, которые несет в себе применение плазмотерапии, обогащенной тромбоцитами.

Данный вопрос на кафедре спортивной медицины и лечебной физкультуры КГМУ изучается в течение нескольких лет. Методика плазмотерапии была опробована на большом количестве пациентов с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и травмами поясничного отдела позвоночника с первого по пятый поясничный позвонок.

Для проведения данного исследования была сделана выборка среди пациентов длительное время страдающих остеохондрозом поясничного

отдела позвоночника разного пола и возраста (возраст от 40 до 60 лет), имеющих стойкие клинические проявления в области поясничного отдела позвоночника, которым уже практически не помогает стандартное лечение в виде применения нестероидных противовоспалительных средств.

Была сформирована группа в составе 40 человек. В группе проводилось исследование по методике применения инъекции новокаина в области поясничных позвонков в объёме до 30 мл в несколько вколов в области повышенного перенапряжения мышц и стандартные инъекции плазмы, обогащенной тромбоцитами, в объеме 2 стандартных пробирок, и того количества плазмы, которая отделялась после центрифугирования, также в эту область, в те места, где на ощупь пациенты отмечали наибольшую болезненность при своём состоянии.

По ходу исследования были сделаны выводы о том, что применение новокаиновой блокады сразу приводило пациентов в более комфортное рабочее состояние, в результате чего они переставали испытывать болезненные ощущения в этой области и мышцы расслаблялись, что давало большую подвижность, большую работоспособность, а применение плазмы приводило к развитию пролонгированного эффекта который заключался в том, что плазма оказывала свои выраженные терапевтические эффекты в данной области и как следствие воспаление на длительное время уходило, пациенты переставали чувствовать болезненное ощущение после того, как новокаин переставал оказывает свое действие [2]. Рентгенологически со стороны позвонков и со стороны межпозвоночных дисков никаких изменений практически не отмечалось, потому что возрастная группа уже с достаточно затянувшимся вариациями остеохондроза. Но было отмечено, что мышцы, которые поддерживают эту область, пришли в более качественное состояние, нежели чем до начала применения данной методики, в результате чего пациенты отмечали: первое – возросла подвижность в данном отделе позвоночника, второе – практически на длительном периоде времени исчезла полностью болезненность. Данное исследование проводилось в течение 2 месяцев, пациенты получали 1 инъекцию новокаина и плазмы раз в неделю на протяжении этого промежутка времени и дальше последствия проведения данной методики оценивались в течение всего года.

Исходя из данного исследования можно сделать следующие выводы: данная методика является достаточно эффективной для лечения и симптоматического снятия боли. Для лечения остеохондроза она показала практическую эффективность в 100% случаев. Данную методику можно признать достаточно безопасной, все пациенты без исключения отмечали позитивные улучшения, повышение работоспособности данного отдела позвоночника, снижение болезненных ощущений в этой области, главным образом это выражалось в очень продолжительном отсутствии негативных эффектов данного заболевания. После курса проведённого в течение двух месяцев плазмотерапии с новокаиновой блокадой все пациенты отметили, что негативных ощущений области поясницы не появлялись в течение года. На основании чего мы делаем выводы, что данная методика

эффективна как систематический метод, применяемый для курсового терапевтического лечения (один раз в год) у пациентов с остеохондрозом.

Описанная методика на данный момент новая и требует дальнейшего продолжительного исследования, также отмечено, что ее применение ни у одного пациента не вызвало никаких побочных эффектов, хотя новокаин считается достаточно аллергенным препаратом, но применение его в дозировке до 30 мл в данной области не привело к негативным эффектам, многие пациенты даже отметили на фоне применения данного метода улучшения общего состояния своего здоровья со стороны и сердечно-сосудистой системы, и повышения работоспособности. Данная работа может быть продолжена в этом году, исследовать данную методику можно при заболеваниях различных суставов, применение при артритах и артрозах крупных суставов, при остеохондрозе других отделов позвоночника, что может расширить объем терапевтического применения данной методики.

Список литературы.

1. Ахмеров Р.Р. Регенеративная медицина на основе аутологичной плазмы. Технология Plasmolifting™. М.: Литтерра, 2014.
2. Пальцев М.А., Терских В.В., Васильев А.В. Что есть стволовая клетка. В кн.: Биология стволовых клеток и клеточные технологии / Под. ред. М.А. Пальцева. М.: Медицина; Шико, 2009. Т. 1. С. 13–30.
3. Freymiller E. Platelet-rich plasma: evidence to support its use // J Oral Maxillofac Surg. 2004; 62: 1046.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТСМЕНОВ И ПОРАЖЕНИЯ В СПОРТИВНОМ СОСТЯЗАНИИ

Бондарева Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель – д.б.н., преподаватель Авилова И.А.

Победа в спортивных состязаниях – это запечатление судьями результата соревнования в борьбе с противником в глазах публики. В генотипе всех людей заложена борьба за существование, которая отражается и в спортивных победах. Достижение цели в любом деле, в том числе и в спортивном состязании, невозможно без огромных усилий, трудностей, противостояния других людей, которые имеют такие же цели. Наряду с победителями есть проигравшие, которые не оправдали своих надежд в спортивной игре. Но аутсайдеры не покидают спорт, они продолжают состязаться, вновь и вновь стремятся к своей цели. Таким образом, в спорте есть победители, призеры, участники и проигравшие, но, как правило, нет побеждённых. Поражение даёт стимул настоящим спортсменам на будущую победу [1].

Психология спорта – это раздел психологии, который занимается изучением формирования и проявления различных механизмов человеческой психики в спортивной деятельности. Данная психологическая отрасль появилась в XX веке, с тех пор она изучает психические особенности спортсмена в период соревнований, а также сочетает в себе несколько практических направлений, таких как классическая психотерапия, коучинг, тренинги и др.

Главным моментом в психологии спорта является стремление к победе. Нужно учитывать, что каждый спортсмен соревнуется не только с противником, но и с самим собой в первую очередь, то есть с внутренними противоречиями. В этом и проявляется воспитательная функция спорта. Каждый спортсмен, независимо от того, победитель он или проигравший, нацелен не только на победу, но и на достижение личного результата. Если личный результат превзойдён, то, несмотря на проигрыш, спортсмен всё равно является победителем над собой.

Достижение победы подразумевает максимальной мобилизации физических и психических резервных возможностей спортсмена как в процессе подготовки, так и непосредственно во время соревнований, даже после получения различного рода травм. Одержавший победу испытывает внутреннее удовлетворение, благодарит болельщиков, тренера, родных и близких в своей победе. Данное состояние показывает самоутверждение человека, подтверждение своего внутреннего «Я». Также остро переживаются спортивные состязания и болельщиками, наблюдающими за ходом спортивных соревнований, для которых в моменты игры не существует ничего, кроме борьбы. Наблюдая за состязаниями, спортивный болельщик ассоциирует себя с участниками состязаний, с победителем, что придает спортивной трансляции и результату выступлений не только личностный, но и общественно-значимый, гражданский и политический смысл. Во время публичного награждения спортсмен смотрит на себя с восхищением и гордостью. Он испытывает духовное удовлетворение, которое обеспечивает моральную компенсацию за пройденные трудности, преодоленные на пути к победе. Если наблюдается чрезмерное восхищение самим собой, наступает «звездная болезнь». Такой спортсмен теряет свою конкурентоспособность к борьбе, что отдаляет его от победы. Во избежание этого нужно иметь самокритичность и трезвую самооценку. В настоящее время спорт переходит в профессиональную деятельность, достижения в спорте переходят в товар. Психика юных спортсменов находится под влиянием внешних негативных факторов (СМИ). Тренеру нужно учитывать эти факторы, т.к. если он воспитывает спортсмена для коммерческой цели, должен понимать, что поражение в борьбе для юноши будет потерей смысла жизни. Коммерческий спорт толкает тренеров и участников на нарушение правил игры. Следствиями этого является потеря здоровья спортсмена, травмы и другие негативные последствия. Важная роль тренера заключается в воспитании юниора по правилам честной борьбы, чтобы сохранить духовность спортивных состязаний. Ему нужно настраивать участника на победу, так как на психику спортсмена действует всё,

что происходит за стадионом: реакция болельщиков, выкрики соперника и так далее. К этому нужно быть готовым, так как под воздействием данных факторов спортсмен может сам отдать победу противнику. В нынешнем спорте побеждает тот, кто раньше почувствовал соперника, увидел его слабые стороны, а также преодолел ранее полученные травмы как психологического, так и физического характера. Эффективность спорта определяется как физической подготовкой спортсмена, так и моральной [2].

В каждом состязании есть победитель и проигравший. Особенно тяжело переживаются поражения на самом последнем этапе игры. Они, как правило, вызывают деструктивное стрессовое состояние (дистресс), справиться с которым спортсмену самостоятельно без помощи тренера, психолога, врача и товарищей по команде очень сложно. В зависимости от внутренней установки спортсменов переживания о проигрыше имеют разную эмоциональную степень выраженности. Для одних достаточно, что среди сильнейших они не стали последними; другие примут за достижение то, что они смогли попасть в первую десятку или пятерку сильнейших. Также есть такие, которым достаточно улучшить личный результат, независимо от занятого места. Проигравший испытывает массу отрицательных эмоций, он не доволен собой, возможно, тренером и коллективом. Это состояние внутреннего конфликта, заключающегося в недостижении поставленных целей – фрустрация. Фрустрационное состояние усиливается боязнью общественного мнения, особенно если проигрыш стал причиной нелепой ошибки. Частые поражения способны привести к потере уверенности в себе и в своих возможностях, снижают уровень мотивации, понижают самооценку и интерес человека к спорту, вследствие чего формируется психология неудачника. Таким образом, необходимой задачей психологической подготовки спортсменов является воспитание фрустрационной толерантности. В целях психологического воспитания тренер должен обсуждать с учеником причины поражений, анализировать и показывать его ошибки, настраивать на новые победы.

Для того чтобы детально проработать причины поражения тренеру и спортсмену необходимо следующее:

- определить, что в данном состязании было сделано хорошо, это даст мотивацию для будущих побед;
- следует назвать 1-2 проблемы, помешавшие выступить лучше;
- убрать из употребления слова «не повезло», так как данное выражение не стимулирует на преодоление сложившихся трудностей, а спортсмен будет ждать, что когда-нибудь ему повезет;
- необходимо воспитывать в себе установку в том, что поражения дают возможность переосмыслить совершаемые действия для собственного развития. Признание своих ошибок означает, что есть над чем поработать [3].

Таким образом, ясное понимание спортсменом совершенных ошибок, приведших к поражению, увеличивает мотивацию на победу в следующих испытаниях. Негативное психоэмоциональное состояние спортсмена после неудач следует как можно быстрее устранить. Помочь этому могут беседы с психологом, аналитика тренера и поддержка товарищей по команде.

Целью использования данных методов является блокирование фрустрации, восстановление психической целостности и уровня самооценки личности.

Список литературы.

1. Евсеев, Ю.И. Физическая культура.: 3-е Изд. / Ю.И. Евсеев. – Серия «Высшее образование», Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 382 с.
2. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина [Текст]: учеб. / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 568 с.
3. Портных Ю.И. Воспитательное влияние психологии побед и поражений в спорте // Вестник БПА. Вып. 42. – 2001. – С. 37-44.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА СУСТАВНОЙ АППАРАТ

Бордовский С.Д., Шех К.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра физического воспитания и спорта

Научный руководитель – преподаватель Орельская С.А.

Актуальность исследования. Физическая активность является одним из наиболее важных факторов здоровья. Умеренные физические нагрузки совместно с рациональным питанием улучшают состояние систем органов, включая опорно-двигательный аппарат. По данным Всемирной организации здравоохранения недостаточная физическая активность является одним из основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет [2]. Умеренные физические нагрузки индуцируют следующие физиологические изменения в суставах: происходит улучшение трофики, увеличиваются эластические свойства суставных элементов, повышается подвижность суставов и одновременно прочность связочного аппарата суставов [3]. Однако перегрузка данного аппарата может привести к увеличению риска травматизации и возникновению различных патологических изменений.

Целью исследования является оценка влияния физических нагрузок на суставной аппарат, анализ наиболее подверженных травмам суставов.

Материалы и методы. Материалами исследования явились монографии, научные статьи и литература по спортивной медицине.

Результаты исследования. Каждый сустав имеет свою амплитуду движений, однако может происходить её увеличение или снижение по следующим причинам: мышечная спастичность и ригидность, патология сустава, длительная обездвиженность сустава, укорочение мышечно-сухожильной единицы, постоянное хроническое травмирование [3]. Хроническое физическое перенапряжение суставного хряща приводит к развитию дегенеративных изменений, происходит изменение процессов обмена на катаболические, что приводит к дистрофии хряща.

Нарушение метаболизма проявляется уменьшением содержания протеогликанов и разрывом коллагеновых волокон. Происходит снижение синтеза гликозаминогликанов хондроцитами, которые совместно с коллагеновыми волокнами обеспечивают устойчивость хряща к внешним воздействиям. Одновременно снижается синтез коллагена 2 типа и повышается – 1, 3, 10 типов. Также хондроцитами выделяется интерлейкин-1 β , фактор некроза опухоли α , металлопротеиназа, индуцируемой синтетазой оксида азота. Как следствие происходит воспаление хряща. Выделяются медиаторы воспаления, которые способствуют увеличению проницаемости сосудов и усилению трансфузии плазмы в синовиальную жидкость, что приводит к уменьшению концентрации гиалуроновой кислоты и снижению вязкоэластических и лубрикантных свойств синовиальной жидкости. Уменьшаются её защитные возможности и повышается чувствительность хряща к травматизации. В дальнейшем это приводит к появлению хондромалии. При продолжении тренировок на фоне дегенеративных изменений продолжается воспалительный процесс и возникает деформация суставов, что приводит к функциональным нарушениям, что сопровождается скованностью движений, которая возникает после отдыха.

В случае если нагрузки продолжаются, а лечебные мероприятия не приняты, снижаются амортизационные свойства сустава, увеличивается нагрузка на субхондральную кость с развитием отека. В дальнейшем это может привести к возникновению очагового асептического некроза суставной поверхности, что происходит в связи с прогрессированием дистрофических изменений. Происходит ишемизация кровеносных сосудов, что приводит к нарушению обменных процессов кости. В связи с разнообразием видов спортивной деятельности, для определённых из них специфична травматизация. В таких видах спорта, где большая нагрузка идёт на нижние конечности (легкая атлетика, волейбол, футбол, хоккей, фигурное катание, гимнастика) наблюдается следующая тенденция: поражение коленного сустава составляет 17,9%, голеностопного – 11,3%, ахиллова сухожилия – 10,2%, пяточной кости – 12,9% [1]. При нагрузках на верхние конечности (дзюдо, бокс, теннис, карате) статистика показывает следующее: поражение плечевого сустава – 19%, локтевого сустава – 15,9%, запястья – 4,5%.

Вывод. Систематизация полученных данных показывает, что умеренные нагрузки на суставы улучшают и поддерживают их здоровое состояние. Специфичность травматизации суставов зависит от длительности сверхнагрузки и вида спорта с характерной травматизацией. Всё это указывает на необходимость контроля уровня физической нагрузки, соответствия её возрасту, предупреждения, а также своевременного выявления и лечения травм.

Список литературы.

1. Влияние вида спорта и возраста спортсменов на особенности патологических изменений опорно-двигательного аппарата / Е.Е. Ачкасов [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – Том 69. – С. 80- 83.
2. Всемирная организация здравоохранения. Физическая активность // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2014. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. – Дата обращения: 19.02.2019
3. Миллер, Л.Л. Спортивная медицина: учебное пособие / Л.Л. Миллер. – М.: Человек, 2015. – 184 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Волкова М.Э.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Примакова О.В.**

Актуальность исследования. Не теряет своей актуальности в настоящее время такая патология позвоночника, как остеохондроз. Пятилетние наблюдения за возрастом заболевших и осложнений данной патологии показывают увеличение числа заболевших в возрасте двадцати-тридцати лет и выходом на первое место в мире [1]. Известно, что человеческий организм как целая система обладает определёнными адаптационными возможностями не только на фоне функционирования в благоприятных условиях, но и при патологии. Кинезотерапия представляет собой методику, основанную на лечении положением. Кинезотерапии принадлежит ведущая роль в реабилитации больных с данными нарушениями, которые сводятся к коррекции нарушенной двигательной активности [2]. В настоящее время практика показала, что такая методика приводит к укреплению и стимулирует активность ослабленных мышечных групп, участвующих в удержании, фиксации и стабилизации позвоночника [3].

Стоит отметить, что не менее важным в исследовании составляет то, что кинезотерапия представляет собой как на некую составную часть огромной комплексной системы, которая приводит к хорошим результатам и оказывает положительное влияние на двигательную систему в целом, так и на определенные звенья в патобиомеханике расстройств [4].

Целью исследования является обнаружение и повышение эффективности кинезотерапии при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы: объект исследования – люди с поясничным остеохондрозом позвоночника в количестве 63 человека, возрастом от 20 до 50 лет. Для более точной постановки диагноза мы использовали

рентгенологические исследования и МРТ, а также произвели наблюдения среди пациентов данного возраста. В ходе проведенных исследований из 86 человек неврологического отделения процент больных с поясничным остеохондрозом составляет 75%, в количественном соотношении это 63 человека. Из 63 человек, страдающих поясничным остеохондрозом, 28 человек составляют женщины и 35 человек мужчин соответственно. Таким образом 44% женщин и 56% мужчин. Возраст больных от 20 до 50 лет. Мы разделили больных на 2 группы. Первая группа получала только медикаментозное лечение, а вторая группа помимо медикаментозного лечения, массаж и кинезотерапию.

Через 20 дней в ходе исследований было обнаружено, что у второй группы больных наступило полное восстановление нарушенной функции, а у первой группы частично. В раннем периоде (1-10-й день болезни) мы использовали медикаментозное лечение, массаж и кинезотерапию у второй группы больных. Упражнения в раннем периоде приводят в норму те мышцы, которые были поражены, делают их сильнее, приводят к быстрым процессам репарации в двигательных вертеброгенных зонах, за счет улучшения кровообращения, так и за счет увеличения поддерживающей функции [5]. Предпочтение, при назначении упражнений в раннем периоде, отдается изометрическим упражнениям малой амплитуды. Во время сокращения мышца создает большую силу, тем самым создается хороший тренирующий результат. Акцент в кинезотерапии уделяется тренировке мышц внутренних органов, поэтому немало важно уделять внимание и правильному дыханию, которое должно быть полным, смешанным, с помощью 3 типов дыхания. Это дыхание называется биоэкономизированным.

Выводы:

1. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника встречается чаще у лиц мужского пола. При этом пол пациента не оказал значимого влияния на течение реабилитационного периода. С другой стороны, длительность заболевания и положительный эффект от реабилитации прямо пропорциональны возрасту пациента. В ходе исследований было обнаружено улучшение физического здоровья пациентов более молодого возраста.

2. Заболеваемость развивается одинаково у лиц молодого и пожилого возраста.

3. Эмоциональное состояние лиц молодого возраста также имело хорошую динамику в сравнении с таковой у лиц более зрелого возраста.

4. В ходе исследований было отмечено, что у лиц мужского и женского пола в возрастной категории от 20 до 50 лет, получивших комплексное медикаментозное лечение, а также массаж, кинезотерапию, сократились сроки восстановления, отмечалась более выраженная положительная динамика, в отличие от пациентов получающих только медикаментозное лечение.

Список литературы.

1. Ампилова Н.В. Состояние высшей нервной деятельности у больных с заболеваниями пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы.// Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: тез. докладов (26-30 мая 1981г.).- М.,1981. – Т.2. – С. 358-360.
2. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М., Медицина, 1966. – 349 с.
3. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокоров А.А., Заславский Е.С., Петров Б.Г., Рицнер М.С., Миненков В.А. Теоретические основы реабилитации при поясничном остеохондрозе позвоночника.- Новосибирск, Наука.- 1983.- 214с
4. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Т.1.: Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза.- Казань, 1974.- 285 с.
5. Шмидт И.Р. Введение в прикладную кинезиологию // Мануальная медицина. – № 11. – Новокузнецк, 1996. – С.22-27.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СУ-ДЖОК ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ И МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Кичигина А.О., Примакова О.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. Деформирующий остеоартроз (ДОА) – хроническое дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся повреждением суставных хрящей с последующим изменением костных суставных поверхностей, формированием остеофитов, в конечном итоге приводящее к деформации суставов [1]. Основные факторы риска, способствующие развитию ДОА: возраст старше 50 лет, женский пол, слабость мышечно-связочного аппарата, лишний вес, травмы суставов, занятия спортом, профессиональная деятельность (мелкая работа с перегрузкой кистевого аппарата) [2]. Лечение комплексное и состоит из медикаментозного (анальгетики, НПВС, хондропротекторы, препараты гиалуроновой кислоты) и немедикаментозного методов (занятия лечебной физкультурой, массаж, применение ортезов, физиотерапевтического лечения). На поздних стадиях применяются хирургические методы [3].

Актуальность нашего исследования состоит в том, что ДОА является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, поражающих суставы. ДОА поражает население в возрасте старше 50 лет и тем самым является причиной инвалидизации трудоспособного населения. Поэтому вопрос лечения

и восстановления работоспособности пациентов с данным диагнозом является важной проблемой. В последнее время большую популярность стали набирать нетрадиционные методы лечения (акупунктура, фунготерапия, энотерапия). Одним из таких методов является Су-Джок терапия. Су-Джок переводится «Су» – кисть, «Джок» – стопа. Данный метод был открыт в 1986 году профессором из Южной Кореи Пак Чже Ву. Су-Джок относится к разновидности рефлексотерапии и является простым, эффективным и безопасным методом и может применяться для оздоровления любым человеком вне зависимости от пола, возраста и наличия медицинских знаний.

В организме каждый орган и часть человеческого тела соответствует определенной области на кисти и стопе (биологически активные точки). Основной принцип воздействия Су-Джок заключается в их стимулировании. В повседневной деятельности (при беге, ходьбе и выполнении работы руками) мы сами непроизвольно активизируем эти точки и тем самым способствуем лечебно-профилактическому воздействию на организм, а при помощи Су-Джок оказываем целенаправленную стимуляцию. Осуществлять её можно различными способами: иглами, деревянными палочками, семенами, моксами, магнитами, натуральными камнями [3]. Су-Джок – универсальный метод, который можно применить для лечения огромного спектра заболеваний (заболевания органов дыхания, кровообращения, желудочно-кишечного тракта, нервной, опорно-двигательной систем), бессонницы, общего переутомления организма. Противопоказаниями к применению являются: возраст старше 70 лет и младенческий, беременность, острые инфекционные заболевания, заболевания кожи кистей и стоп (бородавки, грибковое поражение, псориаз), варикозная болезнь.

Для лечения применяется набор для Су-Джок терапии, который состоит из двух магнитных шаров – большого (диаметром 5 см) и малого (диаметром 3,5 см) и массажного кольца из нержавеющей стали (диаметром 3 см). Обычно большой магнитный шар используют для воздействия на ступни ног, а малый шар – для воздействия на кисти рук, массажное кольцо – для воздействия на пальцы рук и ног.

Целью исследования является анализ эффективности применения метода Су-Джок терапии в комплексном лечении пациентов с деформирующим остеоартрозом пястно-фаланговых и межфаланговых суставов.

Материалы и методы. Были исследованы 100 пациентов отделения поликлиники ОБУЗ «Курская городская больница № 1 им. Н.С. Короткова» с подтвержденным рентгенологически диагнозом деформирующего остеоартроза пястно-фаланговых и межфаланговых суставов (1 и 2 функциональных классов). При оценке анамнеза жизни мы выяснили, что у большинства пациентов работа связана с нагрузкой на верхний плечевой пояс и кисти. Среди обследуемых были парикмахеры, офисные рабочие, часовщики, слесари, токари, инженеры, хирурги, стоматологи, массажисты, 5 человек были спортсменами (имели чрезмерную физическую нагрузку и травмы), большинство пациентов работали непрерывно на дачных участках. Пациентов произвольно разделили на 2 группы по 50 человек, 25 лиц женского

и 25 лиц мужского пола в каждой. Средний возраст больных в первой группе составил у мужчин – $51,2 \pm 2,6$ года, у женщин – $62,7 \pm 1,2$ года, во второй группе у мужчин – $57,3 \pm 1,1$ лет, у женщин – $64 \pm 2,1$ года. В 1 группе избыточная масса тела наблюдалась у 40% (n=20) пациентов, ожирение 1 степени – у 10% (n=5), ожирение 2 степени – у 6% (n=3), во 2 группе избыточная масса тела – у 30% (n=15) пациентов, ожирение 1 степени – у 10% (n=5), ожирение 2 степени – у 4% (n=2).

Результаты и обсуждения. Для исследования была составлена анкета с учетом жалоб пациентов при остеоартрозе, симптоматика градуировалась от 0 – отсутствие симптома, до 5 – максимальное его проявление. Проанализировав анкеты, мы выяснили, что у пациентов первой группы преобладали жалобы на боли в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах, усиливающиеся при физических нагрузках у 100% (n=50), скованность в суставах утром – у 96% (n=48), крепитацию при движении – у 90% (n=45), ограничение двигательной активности в суставах – у 100% (n=50). У пациентов второй группы так же преобладали жалобы на боли у 100% (n=50), скованность у 100% (n=50), крепитацию у 100% (n=50), ограничение двигательной активности у 100% (n=50). Исследование проводилось в течение 6 месяцев, в ходе которых пациенты еженедельно вели дневник самоконтроля и отмечали наличие или отсутствие клинических проявлений. Первой группе наряду с медикаментозной коррекцией проводился комплекс физической реабилитации – занятия в группе лечебной физкультуры по методике, рекомендованной для заболеваний опорно-двигательной системы, включавшей в себя общеразвивающие упражнения (способствующие помимо общего укрепления организма снижению веса) и специальные (статические и динамические упражнения для мелких мышечных групп, упражнения со снарядами (мячиками, эспандерами) и без), длительностью занятий по 30 мин, 4 занятия в неделю и курс массажа кистей рук, пальцев и предплечий (10 сеансов). Второй группе также проводилось лечение медикаментозными средствами, курсом массажа и занятиями в группе лечебной физкультуры по аналогичной методике, но дополненные катанием малого шара между ладонями и отдельно каждой кистью по столу и массажем каждого пальца при помощи кольца. Осуществляли воздействие до тех пор, пока не появится покраснение кожи и ощущение тепла (местное раздражающее действие игл шара). Спустя 6 месяцев проводилось повторное обследование. В обеих группах отмечалась положительная динамика. В первой группе зарегистрировано уменьшение жалоб на боли в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах 20% (n=10), утреннюю скованность – 24% (n=12), уменьшение крепитации при движении – 16% (n=8). Во второй группе также наблюдалось уменьшение жалоб на боли в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах 16% (n=8), утреннюю скованность – 20% (n=10), уменьшение крепитации при движении – 10% (n=5). В первой группе 60% (n=30) пациентов отмечали увеличение подвижности суставов, во второй – 70% (n=35).

Анализ полученных результатов исследования показал, что занятия в группе лечебной физкультуры дополненные упражнениями с использованием набора для Су-Джок терапии оказались также эффективны, как и обычные занятия, лечебной физкультурой, способствуя уменьшению клинических проявлений заболевания, увеличению физической работоспособности.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что занятия лечебной физкультурой можно и нужно дополнять упражнениями с набором для Су-Джок терапии. Применение методик нетрадиционной медицины способствует разнообразию и повышает заинтересованность пациентов в лечении.

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 спортивная медицина: учебник для вузов /В.А. Епифанов.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.- 567 с.: ил. Гриф УМО
3. Епифанов В.А. Реабилитация в неврологии: [руководство] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – ГЭОТАР – МЕДИА, 2015.- 409 с.: ил. 3. Медицинская реабилитация: рук. для врачей / под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕД пресс-информ, 2005. – 328 с.: ил.
4. Епифанов В.А. Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Епифанов В.А.; Епифанов А.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ 5 И 6 КУРСОВ ГОМГМУ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Коцуба А.С., Смычник Ю.С., Дейкун Д.В.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра физического воспитания и спорта

Научные руководители – к.п.н., доцент Новик Г.В.,

преподаватель Минковская З.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что важнейшей задачей физического воспитания в процессе обучения является обеспечение высокой работоспособности и учебно-трудовой активности студентов. Для реализации этих целей в настоящее время применяется система средств, форм и методов использования разнообразных физических упражнений, предусмотренных в учебной программе кафедры физического воспитания и спорта. В Беларуси управлением и развитием студенческого спорта занимается Республиканский центр физического воспитания учащихся и студентов [1]. В ГомГМУ программа предусматривает занятия физической культурой с 1 по 4 курс. Овладение студентами научно обоснованной методикой подбора,

проведение и обучения строевым и общеразвивающим упражнениям позволит повысить эффективность всех форм физической культуры в вузе как на учебных занятиях, так и во время самостоятельных занятий физической культурой, спортом, туризмом и другими оздоровительными мероприятиями [2]. Но отсутствие базы для проведения занятий и многочисленные переезды между корпусами и клиническими базами ведут к нежеланию студентов полноценно заниматься физической культурой. Начиная с 5 курса, студенты сталкиваются со снижением физической активности, что проявляется снижением работоспособности и успеваемости, что приводит к изменению прежнего отношения к физической культуре.

Целью исследования является оценка отношения студентов старших курсов ГомГМУ к занятиям физической культурой после 4 курса.

Материалы и методы: анкетирование, анализ научно-методической литературы, метод математической обработки результатов.

Результаты и обсуждения. Анкета включала в себя вопросы:

- Укажите Ваш курс обучения.
- Укажите Ваш пол.
- Ваша группа здоровья (ГЗ)?
- Занимаетесь ли Вы спортом в свободное время?
- Чем обусловлено Ваше нежелание заниматься физической культурой?
- Чувствуете ли Вы потребность в занятиях физической культурой и ведении здорового образа жизни (ЗОЖ)?
- Довольны ли Вы своей физической подготовкой?
- Если на 5 и 6 курсе по желанию будут введены спортивные секции, Вы будете их посещать?
- Что по вашему мнению университет ещё должен сделать для здоровья всех студентов?

В анкетировании приняло участие 60 студентов, из которых 30 человек учащиеся 5 курса и 30 человек 6 курса. Из них 65% девушки и 35% юноши.

Большинство студентов имеют 1 ГЗ (61,7%), 2 ГЗ имеют 28,3% опрошенных, 3 ГЗ – 0%.

Регулярно (2-3 раза в неделю) занимаются спортом 15% опрошенных, лишь иногда (1 раз в неделю) – 41,7%, не занимаются вовсе – 43,3%.

Тем, кто ответил на предыдущий вопрос отрицательно, было предложено ответить на вопрос «Чем обусловлено Ваше нежелание заниматься физической культурой?» В этом вопросе была предоставлена возможность дать свой вариант ответа. Основной причиной этого явилась учебная деятельность (46,3%), на втором месте – отсутствие интереса к ФК (38,4%), на третьем – свой вариант ответа: лень.

Имеют потребность к занятиям спортом и ведению ЗОЖ 48,3% опрошенных, не имеют – 16,7%, имеют потребность, но отсутствует сила воли – 35%.

21,6% респондентов довольны своей физической подготовкой, 51,7% чувствуют себя комфортно, но имеют желание улучшить свои показатели и 26,7% не довольны.

За введение на старших курсах (по желанию) спортивных секций проголосовало 66,7%. На последний вопрос «Что по вашему мнению университет ещё должен сделать для здоровья всех студентов?» была дана возможность дать несколько вариантов ответа.

За организацию занятий ФК с использованием нетрадиционных развивающих методик (йога и т.д.) проголосовало 30,6% респондентов. За организацию поездок на природу – 12,5%, за увеличение количества различных спортивных соревнований – 4,5%, за увеличение тренажерного зала и обновление спортивного инвентаря – 38,8%, за приобретение базы для спортивных занятий – 13,6%.

Выводы. Результаты исследования показывают, что после окончания занятий на кафедре физического воспитания и спорта, студенты начинают чувствовать необходимость к регулярным занятиям физическим воспитанием и самостоятельно начинают искать выход из сложившейся ситуации. В этом желании существенную помощь может оказать наш университет и спортивный клуб. Для решения данной задачи существенную помощь может оказать свободное посещение занятий нетрадиционных направлений физического воспитания, а также расширение тренажерного зала и обновление спортивного инвентаря.

Список литературы.

1. Григорович Е.С., Переверзев В.А., Романов К.Ю., Колосовская Л.А., Трофименко А.М., Томанова Н.М. Физическая культура : учеб. пособие – 4-е изд., испр. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 350 с.
2. Новик Г.В., Карташева Н.В., Геркусова Т.Ф. Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: методические рекомендации по физическому воспитанию для студентов: в 4 ч. ч.4/- УО ГомГМУ – Гомель, 2007. – С. 28-29

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ

Куровская С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научные руководители – к.п.н., доцент Соломахина Т.Р.,

преподаватель Тельных Д.А.

Актуальность исследования: в процессе формирования личности одно из основных мест всегда занимала физическая культура, направленная на развитие духовной выносливости человека. Физические упражнения положительно влияют на здоровье, они поддерживают гармоничное развитие всех систем организма человека. На данный момент можно с уверенностью

сказать, что нынешнее поколение стремиться не только укрепить свое здоровье с помощью занятий физической культурой, а также покорить все спортивные пьедесталы.

Целью исследования является определение возможности подрастающего поколения в достижении спортивных побед, а также оценка мероприятий и условий, направленных на сохранение и укрепление здоровья личности.

Материалы и методы: аналитически-статистический метод оценки трудящихся.

Одной из основных проблем спорта является не только физическая нагрузка, но и эмоциональное перенапряжение, которое переживает абсолютно каждый человек, будь то любой непрофессиональный спортсмен или просто студент, который решил укрепить свое здоровье с помощью занятиями физической культурой. Анализ научно-методической литературы и обобщение практического опыта показал, что эмоциональное перенапряжение действительно преобладает особенно при взаимодействии больших физических нагрузок с неподготовленным организмом начинающего спортсмена, которые при сочетании поражают нервную систему человека.

Возможно о влиянии физических упражнений на нервную систему и психику человека практически не упоминается в современных источниках, однако существует ряд научных исследований, которые доказывают обратное. Большинство ученых пришли к выводу, что правильный и рациональный подход к занятиям физкультурой не только не вызывает эмоционального перенапряжения, а наоборот позволяют расслабиться и даже поднимают настроение. Именно поэтому занятия спортом назначают людям с постоянным перенапряжением, депрессией и постоянной тревогой.

Любой подготовленный спортсмен имеет в своем арсенале не только идеальную физическую подготовку и умение выполнять любые практические навыки, которые требуются ему для достижения поставленных целей, но и определенные черты характера, которые в определенных ситуациях играют первостепенную роль. К основным критериям, которые определяют характер спортсмена следует отнести следующие:

Концентрация

Установка-мотивация

Профессионализм

Стабильность

Выносливость

Жизнелюбие

Оптимистичность

Психоэмоциональное состояние каждого спортсмена влияет на его результаты в спортивной деятельности, оно создает более или менее благоприятный фон для функционирования нервной системы. Наиболее высоких результатов спортсмен достигает в "зоне оптимального функционирования", т.е. когда человек находит индивидуальные условия, которые подходят именно ему.

Любая тренировка психоэмоционального состояния в спорте является результатом психического перенапряжения, в современном мире существует несколько разновидностей данного перенапряжения, именно:

острое – оно возникает при выполнении какого-то конкретного тренировочного занятия, под влиянием конкретной физической нагрузки;

хроническое – складывается постепенно и имеет характер текущего состояния.

Вывод: любой вид спорта и даже небольшая физическая нагрузка повышает кровообращение и улучшает снабжение мозга кровью, что оказывает благоприятное воздействие на организм в целом. Поэтому с уверенностью можно сказать, что занятия физической культурой нужны современному обществу не только для покорения пьедесталов и достижения спортивных побед, но и для укрепления собственного здоровья и отдыха, от постоянных стрессов и эмоционального перенапряжения на работе, учебе или просто в повседневной жизни.

Список литературы.

1. Григорьев В.И., Демеш В.П., Лузик Н.П., Пахомов Ю.М. Психология личности спортсменов. СПб.: Санкт-Петербургский государственный экономический университет. 2016. С.72-82.
2. Иванова, А.А. Психология чемпиона. Работа спортсмена над собой. М.: Советский спорт, 2012. 112с.
3. Мельник, Е.В. Актуальные проблемы спортивной психологии в области формирования личности спортсмена. Спортивный психолог. 2008. № 1. С.12-18.

ПРИМЕНЕНИЯ МОНИТОРОВ СЕРДЕЧНОГО РИТМА POLAR ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНО- ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА ЛЫЖНИКОВ

Малышева М.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. Во многих видах спорта для достижения качественных спортивных показателей одним из основополагающих моментов, определяющих высокую выносливость, составляет функциональная работоспособность миокарда. Общеизвестен тот факт, что основная задача сердца – это способность нагнетать и прокачивать кровь в через артерии к органам мишеням; чем больший объем крови сердце вытесняет из желудочков, тем быстрее и большим объемом она доставляется до работающих органов и мышцам. Благодаря этому в соревнованиях и лыжных гонках от функционала сердца во многом зависит выносливость

всего организма спортсменов лыжников. В большем количестве случаев сердце, доходя до предела функциональных возможностей, не имеет возможности увеличивать потенциал выносливости сверх предела. С увеличением нагрузки на сердечно-сосудистую систему, происходит реакция увеличения ударного объема желудочков, в последующем рост частоты сердечных сокращений. Предельно допустимый рост частоты сердечного ритма при спортивной нагрузке говорит о достижении максимального порога функциональных возможностей организма. Показатели работы сердца при разных физических нагрузках достаточно информативно показывают на функциональное состояние лыжников и спортсменов, что позволяет вносить необходимую корректировку в тренировочный процесс. Полностью проявить свои функциональные возможности спортсмены лыжники могут лишь в строго специфической диапозоне сердечной деятельности. В связи с этим следует дополнять лабораторные обследования тестированием в условиях реальной подготовки на трассе, на тренировках и соревнованиях. Кроме того, имеется необходимость в применении мобильных систем, позволяющих получать и отслеживать данные работы сердечно-сосудистой системы в полевых условиях. Важную роль здесь играет непосредственное определение соотношений между работой внутренних органов скоростью (интенсивностью) передвижения спортсменов на трассе. [1,2].

На данный момент появились технологии получать довольно большой объем информации по работе сердечно-сосудистой системы и частоте сердечных сокращений (ЧСС).

В работе представлен анализ внедрения в практику тренировки спортсменов лыжников пульсометров типа «POLAR».

При анализе показателей у спортсменов тренирующихся с сентября по февраль 2018-2019 года, выявлена общая продолжительная положительная динамика роста работоспособности сердечно-сосудистой системы. Установлено, что рост показателей аэробного обмена является реакцией роста специальной функциональной готовности спортсмена.

Цель проведенного исследования заключалась в разработке методики тестирования общей функциональной тренированности лыжников-гонщиков на этапе подготовки к соревнованиям.

Материалы и методы. Исследования проводились с сентября 2018 по февраль 2019 на базе Курского государственного медицинского университета, в исследовании участвовало 11 лыжников-гонщиков в возрасте от 17 до 26 лет. [3,4].

Исследования были проведены в два этапа. На первом этапе выводилась методика определения АНП (анаэробный порог), на втором этапе исследовалась динамика показателей ЧСС АНП и VАНП (объеме анаэробного порога) в предсоревновательном и соревновательном периоде.

Результаты и обсуждение. Индивидуальные значения ЧСС максимальные находятся в диапазоне от 178 до 198 уд/мин у других, что составляет в среднем по группе испытуемых $189,2 \pm 8,1$ уд/мин. При этом зависимость от квалификации выявить не удалось. Самое высокое значение

ЧСС среднестанционной соревновательной достигло 183 уд/мин, а самое низкое находилось на уровне 165 уд/мин, среднее значение по группе в данном случае равняется $175 \pm 8,4$ уд/мин. Значение пороговых ЧСС в беге по стадиону находятся в диапазоне от 157 уд/мин до 175 уд/мин, среднее значение равно $164,2 \pm 6,8$ уд/мин. Среднее значение ЧСС соревновательной составляет $92,48 \pm 1,9\%$ от максимальной ЧСС. Обнаружены различия в пороговой частоте пульса на разных этапах исследования. Если в июле она составляла в среднем $161 \pm 7,4$ уд/мин, то в начале сентября произошло повышение в среднем до $165,1 \pm 8,4$ уд/мин, а в октябре повышение до $168,9 \pm 3,4$ уд/мин, что по отношению к средней максимальной ЧСС составляет соответственно 86,53%, 87,3% и 88,9%. Представляет интерес анализ динамики пороговой скорости на разных этапах подготовительного периода. Если в июле скорость в среднем была равна 5,27 м/с, то в сентябре она повысилась до 5,48 м/с, а в октябре было зарегистрировано самое низкое среднее значение – 5,16 м/с. Если проанализировать показатели пороговой скорости и частоты сердечбиений, то можно обнаружить несколько парадоксальную зависимость. В наших исследованиях наибольшей пороговой ЧСС, зарегистрированной в октябре, соответствовала самая низкая абсолютная пороговая скорость – 5,15 м/с. Если принять зафиксированное в сентябре наибольшее среднее значение пороговой скорости 100%, то в октябре она упала до 94,15%. Вероятно, это обусловлено не снижением тренированности, а различными факторами и внешними условиями тестирования на лыжах, в частности, качеством трассы. Известно, что в соревнованиях на лыжах спортивный результат на одной и той же трассе зависит от температуры воздуха, влажности, силы ветра, качества подготовки лыжного оборудования.

Полученные выводы свидетельствуют, что анализ тестирования и всех собранных данных, полученных при исходных испытаниях и в конце проведенного исследования, показал, что основные показатели значительно улучшились. Порог анаэробного обмена у лыжников-гонщиков зависит от выбранных для тестирования методов и средств тренировки. По полученным данным, пороговая величина ЧСС в беге в среднем составляет $165,2 \pm 6,9$ уд/мин, в беге с имитацией $163 \pm 8,9$ уд/мин, при передвижении на лыжах $168,3 \pm 8,7$ уд/мин. Средние значения динамики пороговой ЧСС и пороговой скорости на лыжах в декабре месяце составили 160,3 уд/мин и 5,27 м/с; в январе 165,3 уд/мин 5,48 м/с; в феврале 169,8 уд/мин 5,16 м/с. Рост этих показателей в период с декабря по февраль следующий: пороговая ЧСС +4,5 уд/мин, что составило 27%. Наибольший прирост пороговой ЧСС наблюдается в феврале +9,5 уд/мин. Присутствует индивидуальная динамика исследуемых показателей и отмечается общая положительная динамика роста этих показателей, что является отражением роста специальной функциональной готовности спортсмена.

Список литературы.

1. Граевская Н.Д., Долматова Т.И. Спортивная медицина. Курс лекций и практические занятия : [учеб. пособие]. М. : Спорт ; М. : Человек, 2018. 708 с.
2. Локтев С.А. Легкая атлетика в детском и подростковом возрасте : практ. рук. для тренера. М. : Сов. спорт, 2007. 402 с.
3. Миронова С.П., Поляева Б.А., Макаровой Г.А. Спортивная медицина : нац. рук. / Рос. ассоц. по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Ассоц. мед. обществ по качеству ; под ред. С.П. Миронова, Б.А. Поляева, Г.А. Макаровой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1182 с.
4. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальностям 060101 "Лечеб. дело" и 060103 "Педиатрия" по дисциплине "Мед. реабилитация". М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 355 с.

ГТО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Морозова Д.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель – к.п.н., доцент Соломахина Т.Р.,

преподаватель кафедры Ширков Ю.А.

Актуальность исследования: На различных этапах становления общества, большое внимание уделялось физической подготовке молодого поколения. Молодые люди старались показать все свои навыки и умения, удивить окружающих и самих себя своими возможностями. В дальнейшем, физическая подготовка была направлена не только на поддержание физического и психического благосостояния организма, но и для того, чтобы взрастить в себе силу, выдержку, в любую минуту быть готовым дать отпор.

Цель исследования является сравнительно-статистическое исследование физической подготовки подростков в разное время.

Материалы и методы: 1. Сравнительно-статистический анализ; 2. Материалы исследования физической подготовки в 1972 году.

Физическая культура – важная составляющая успешного развития личности. Главным критерием оценки физического здоровья населения являются нормы физического комплекса ГТО. Этот комплекс был введен в 1931 году и включал в себя две части: БГТО – для учащихся по 8 класс и просто ГТО для всех, кто старше.

Нормативы условно делились на скоростно-силовые (метание, бег на 100 метров, прыжки и силовой норматив) и упражнения на выносливость (кросс, бег на лыжах или маш-бросок, плавание и туристический поход). За сдачу нормативов вручались значки двух видов: золотой и серебряный.

В период распада СССР система норм ГТО ушла на второй план. Но спустя несколько десятков лет произошло возрождение Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

Новый формат системы ГТО более модернизирован. К привычным СССРовским золотому и серебряному значкам добавился третий – почетный бронзовый значок. Также изменения коснулись возрастных ступеней – их стало больше. Разработали и новые испытания.

Для привлечения большого количества молодежи было выдвинуто предложение о том, чтобы результаты сдачи норм ГТО, которые будут вноситься в аттестат, учитывались при поступлении школьников в вузы. В настоящий момент эта система вполне успешно работает.

Для оценки качества сдачи ГТО была исследована статистика норм в 1972 и 2015 годах. В исследуемую группу 1972 года входила третья ступень – «Сила и мужество», а в группу 2015 года входила пятая ступень – школьники 16-17 лет.

При оценке полученных данных в разных категориях упражнений на получение золотого и серебряного значка были выявлены как снижение, так и повышение результатов. Примерно в каждой из группы упражнений наблюдается повышение результатов в среднем на 13,5%, лишь в беге на 100 м на получение серебряного значка отмечается снижение результатов на 3,5%. Результат в упражнении сгибания и разгибания рук в упоре лежа на получение серебряного значка остался без изменений.

Анализируя требования к физической подготовленности в группе юношей показаны разнонаправленные изменения нормативных требований. В беге на 100 м отмечается усложнение получения серебряного знака (+3,4%) и упрощение (-1,5%) для получения золотого знака.

Анализ качества упражнений показал тенденцию к увеличению степени тяжести выполнения таких упражнений как: «подтягивание из виса на высокой перекладине», «бег на лыжах 5 км», «метание гранаты», «поднимание туловища из положения лежа на спине» в среднем на 22,69%.

Вывод: В ходе сравнительно-статистического анализа были выявлены сходства и различия как при проведении самого комплекса ГТО, так и в его содержательной части. Преимущественными упражнениями, в которых девушки увеличили свои результаты сдачи комплекса ГТО являются скоростно-силовые упражнения, упражнения на выносливость и гибкость. В группе юношей, так же как и в группе девушек, отмечаются увеличения результатов на гибкость и скоростно-силовую выносливость мышц верхнего плечевого пояса и передней поверхности туловища.

Список литературы.

1. Евсеев, Ю.И. Физическая культура. Ростов н/Д: Фенкс, 2011. 444с.
2. Иванов, В.Д., Горбачева А.Д. ГТО-вчера, ГТО-сегодня, ГТО-завтра. Педагогический опыт: теория, методика, практика. 2015. № 4(5). С.495-498.
3. Физическое воспитание: Учебник/Под ред. В.А. Головина, В.А. Маслякова, А.В. Коробкова и др. М.: Высшая школа, 1983. 391с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Никулин Е.А., Ильин М.Ю., Пирогова С.О.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Кичигина А.О.**

Актуальность исследования. В настоящее время острые нарушения мозгового и коронарного кровообращения занимают лидирующую позицию среди причин смертности населения в мире. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) также являются распространенной причиной инвалидизации работоспособного населения, нанося тем самым огромный экономический ущерб. Ежегодно более в Российской Федерации регистрируется более полумиллиона новых случаев ОНМК, в 60% случаев пациенты утрачивают привычные двигательные функции и признаются инвалидами [1].

Патогенетическая реабилитация после инсульта – активно разрабатываемый сегодня вопрос. Открытие механизмов нейропластичности позволило проводить высокотаргетную терапию неврологических расстройств. Основанные на данном явлении методики (терапия вынужденными движениями (Constraint-Induced Movement Therapy) и зеркальная терапия) просты в использовании и не требует дорогостоящих аппаратов. В нашей стране и за ее пределами клинические исследования доказывают эффективность применений данных методов в течение раннего реабилитационного периода, когда восстановительный потенциал максимален. Однако работ, изучающих эффективность, нейропластической терапии в позднем восстановительном периоде инсульта, не проводилось [2].

Целью исследования является проведение анализа эффективности методики восстановления двигательных функций СИМТ терапии у пациентов находящихся в позднем постинсультном периоде.

Материалы и методы: были исследованы 20 пациентов с односторонним гемипарезом различной степени тяжести, возникшим после ОНМК, произошедшим более одного года назад. Исследуемые разделены на 2 группы: основную и контрольную. Все пациенты были мужского пола, средний возраст составил $61,4 \pm 3,5$ лет. Степень спастичности определялась по модифицированной шкале спастичности Ашфорт, согласно которой за 0 баллов принимаются отсутствие повышения мышечного тонуса, а за 6 баллов состояние, при которых пораженная конечность фиксирована в положении максимального сгибания или разгибания. Оценка мышечной силы производилась с использованием балльной методики Пика-Вейса: 0 баллов соответствует грубому параличу, а 5 баллов – отсутствие пареза [2,3].

Проводимая СИМТ-терапия представляет собой серию активных тренировок пораженной конечности при искусственно иммобилизированной «здоровой» руке, что заставляет работать паретичную руку [3]. Для фиксации использовалась собственная одежда больного (принцип смиренной

рубашки). Выполнялись элементарные движения: перемещение предметов, поднятие и удержание гимнастического инвентаря и т.д. в течение 30 минут на протяжении 15 дней. Также, помимо занятий в зале лечебной физкультуры, пациентам было рекомендовано сохранение иммобилизации на 2-3 часа после процедуры и выполнение бытовых задач пораженной конечностью.

Полученные данные проанализированы с использованием стандартизованных методик, выполнена статистическая обработка.

Результаты исследования. После проведения первичного осмотра у всех исследуемых пациентов была зафиксирована грубая степень пареза, что соответствовало 1 баллу по шкале Пика-Вейса. (ощущение напряжения при попытке произвольного движения), а также произведена оценка спастичности с использованием шкалы Ашофт.

Таблица 1. Модифицированная шкала спастичности Ашофт

Баллы	Мышечный тонус	Основная группа (пациенты)		Контрольная группа(пациенты)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
0	Нет повышения	0		0	
1	Легкое повышение тонуса	0		0	
2	Незначительное повышение тонуса	0	1	0	
3	Умеренное повышение тонуса,	1	5	3	4
4	Значительное повышение тонуса,	3	4	4	6
5	Пораженный сегмент конечности фиксирован в положении сгибания или разгибания	6		3	

По итогам повторного осмотра проводимого в конце курса реабилитации данные расположились следующим образом:

1. У всех исследуемых пациентов была зафиксирована умеренная степень пареза, что соответствовало 3 баллам по шкале оценки мышечной силы Пика-Вейса.

2. В исследуемой группе до лечения отмечалось наличие контрактур в локтевом и плечевом суставах, а в группе с 4 баллами – контрактуры в мелких суставах кисти (пальцы, лучезапястный сустав). После лечения выраженных контрактур у пациентов основной не обнаружено

Выводы: методика СИМТ терапии является более эффективной в составе комплексных мероприятий реабилитации у постинсультных больных в отдаленном реабилитационном периоде. Об этом свидетельствует

положительная динамика по типу снижения мышечного тонуса и спастичности у всех пациентов основной группе и только у 3 пациентов контрольной, в которой применялись традиционные методы терапии.

Применение СИМТ терапии наиболее целесообразно применять у пациентов с наименее выраженной спастичностью и степенью паретичности конечности. Однако для получения статистически достоверных результатов необходимо проведение дополнительных исследований данной проблемы

Список литературы.

1. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М. : издательство «МЕДпрессинформ», 2008. – 564 с
2. Смычѣк В.Б. К вопросу стандартизированного подхода к реабилитации больных после мозгового инсульта / В.Б. Смычѣк, Т.Д. Рябцева, И.Я. Чапко. Медицинские новости. – 2006. – № 5. – С. 75-77.
3. Wolf S.L., Winstein C.J., Miller J.P. et al. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial // JAMA. 2006; 296(17): 2095-2104

РОЛЬ L-КАРНИТИНА В ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СПОРТСМЕНОВ

Овчаренко А.М.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра Спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. Российская спортивная медицина постоянно ведет поиск новых средств и методик и пересмотр старых подходов, позволяющих улучшать физическую работоспособность и показатели спортсменов, не нанося при этом вред их здоровью. Особенно это стало актуально в последние несколько лет в связи с участвовавшими допинговыми скандалами. Препаратом выбора для данного исследования стал L-карнитин, так как он является природным, витаминоподобным веществом, синтезируемым в организме и имеющим широкий терапевтический профиль и не является запрещенным веществом. Несмотря на то, что роль L-карнитина в организме на данный момент уже известна, все молекулярные механизмы его действия до конца еще не изучены. Карнитин выпускается под различными торговыми названиями и активно используется для лечения различных патологических состояний, оказывая в большем числе случаев прямое влияние на исход заболевания. Известные действия карнитина на организм, а именно повышение адаптивных свойств и работоспособности, снижение времени восстановления после физических нагрузок и времени наступления усталости,

указывают на перспективное дополнительное направление его использования – подготовка спортсменов.

Целью исследования является на основании имеющейся литературы оценить место L-карнитина в подготовительном процессе спортсменов.

Материалы и методы: по ключевым словам «L-карнитин», «спортивное питание», «роль карнитина в спортивной практике» был осуществлен поиск статей по базе «e-LIBRARY». В выборку включались как теоретические обзорные статьи, так и рандомизированные контролируемые исследования, опубликованные в период с 2014 по 2018 год.

Результаты и обсуждение. Первоначально, по ключевым словам было найдено 3366 исследований. При дальнейшем изучении работ были исключены 3347 статей. Оставшиеся 19 работ изучены более детально, 11 из них исключены

из исследования, так как не соответствовали критериям включения. Итого для исследования было отобрано 8 работ.

В спортивной практике используются не только сугубо фармакологические препараты, но и пищевые добавки, биологически активные вещества (БАВ). Это лекарственные средства и БАВ, которые могут влиять на клеточный гомеостаз, на ионный гомеостаз, на структурно-функциональное состояние клеточных и субклеточных мембран, предотвращая их необратимое повреждение [2].

L-карнитин используется как пищевая добавка для обеспечения энергией (энергетические напитки, спортивные гели и др.) [5].

L-карнитин – природная субстанция, родственная витаминам группы В. Он поступает с пищей или синтезируется в печени из лизина и метионина. Он встречается в виде 2 форм: L- и D-изомеров. В организме синтезируется L-изомер, а D-карнитин биологически неактивен. В норме синтезируется около 20 мг карнитина в сутки, а при высоких затратах энергии потребность возрастает до 2000-6000 мг/сутки [2].

L-карнитин может использоваться для снижения массы тела как спортсмена, так и нетренированного человека. [3] В исследовании И.Е. Хорошилова с соавт. была проведена нутриционно-метаболическая терапия пациентам с ожирением и метаболическим синдромом. Назначение специальных смесей, содержащих высокополимерные углеводы с низким гликемическим индексом в купе с метаболической терапией L-карнитином, таурином и коэнзимом Q₁₀ привело к уменьшению общего содержания жира в организме, нормализации уровня глюкозы, холестерина и атерогенных липопротеидов в крови.

Высокие физические нагрузки часто приводят к перенапряжению сердечно-сосудистой системы (ССС), поэтому в спортивной практике планомерно применяются средства защиты миокарда – кардиопротекторы. Их действие опосредуется оптимизацией баланса между интенсивностью процессов свободнорадикального окисления и антиоксидантной защитой, непосредственным влиянием на кардиомиоциты, что способствует

их выживаемости в условиях ишемии, препятствует формированию метаболического ремоделирования миокарда.

L-карнитин обладает свойствами кардиопротектора прямого действия, так как является стимулятором пируват-дегидрогеназы. Он участвует в транспорте длинноцепочечных жирных кислот в митохондрии через внутреннюю мембрану непосредственно в кристы, где происходит метаболизм этих веществ с выделением энергии. В случае применения экзогенного карнитина после ликвидации ишемии кардиомиоциты переключаются на более выгодное окисление свободных жирных кислот: происходит их обратный ток из цитозоля в митохондрии по карнитиновому челночному механизму. Также L-карнитин способствует активному расщеплению молочной кислоты и ПВК, что приводит к снижению в крови и мышцах избытка лактата, который является существенной причиной развития утомления и перенапряжения, в том числе ССС [4].

Положительное действие L-карнитина в лице препарата «Элькар» продемонстрировано в исследовании Л.А. Балыковой с соавт. Было зафиксировано на фоне курсового приема «Элькара» субъективное улучшение (повышение тонуса, уменьшение усталости и мышечной болезненности после тренировок, повышение желания тренироваться), возрастание физической работоспособности и нормализация ряда лабораторных и инструментальных показателей. После курса препарата «Элькар» атлеты достигали субмаксимальной ЧСС за более длительный временной интервал, выполняя при этом более значительный объем работы. Помимо этого, происходило статистически значимое уменьшение среднего уровня ЧСС и систолического артериального давления на первой ступени нагрузки, а также быстрое снижение ЧСС и АД и их приближение к исходным уже на 3-4 минуте восстановительного периода. Отмечены более низкие отметки АД на пике нагрузки, что свидетельствует о ее лучшей переносимости [1].

Выводы. Данное исследование подтверждает наличие всего положительного спектра L-карнитина на метаболизм мышечной (в частности на сердечную мышцу) и жировой ткани. Данный препарат может быть широко рекомендован для применения во всех видах деятельности, где необходима повышенная работоспособность, и в спорте в частности для повышения физической работоспособности, адаптивных свойств организма и снижения времени наступления усталости и времени восстановления. Может рекомендоваться для приема спортсменам, начиная с юношеского возраста, так как является безопасным веществом, практически не обладающим побочными действиями. Не входит в список запрещенных веществ Всемирной Антидопинговой Организации (WADA).

Список литературы.

1. Балыкова, Л.А. L-карнитин как средство повышения адаптации и коррекции дисфункций организма подростков в ходе интенсивных физических нагрузок / Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, Ю.О. Солдатов, А.А. Широкова, Н.В. Щекина, А.Н. Урзьева // Практическая медицина. 2014. № 9(85). С. 140-146.
2. Безуглая, В.Д. Фармакологические средства, сочетающие эргогенные кардиопротекторные свойства в практике подготовки спортсменов / В.Д. Безуглая // Наука в олимпийском спорте. 2016. № 4. С. 59-64.
3. Гунина, Л.М. Диетические добавки в системе внутренировочных факторов стимуляции работоспособности спортсменов / Л.М. Гунина. // Наука в олимпийском спорте. 2015. № 2. С. 27-36.
4. Гунина, Л.М. Кардиопротекторы прямого действия в спорте: настоящее и будущее / Л.М. Гунина, Костенко В. // Наука в олимпийском спорте. 2016. № 4. С. 44-58.
5. Дмитриев, А.В. Спортивная нутрициология: наука и практика реализации в аспекте повышения работоспособности и сохранения здоровья спортсменов. Консенсус МОК / А.В. Дмитриев, Л.М. Гунина // Наука в олимпийском спорте. 2018. № 2. С. 70-80.

КРУГОВАЯ ТРЕНИРОВКА В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ-РУКОПАШНИКОВ

Осинов Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель – ст. преподаватель Козлов О.И.

Актуальность исследования заключается в том, что одной из наиболее актуальных проблем повышения эффективности тренировочного процесса является его интенсификация, то есть увеличение работы с интенсивностью, стимулирующей у спортсменов рост функциональной подготовленности в ходе всего тренировочного процесса. [1,3] Эффективность решения данной проблемы зависит от повышения сопряженности, устранения нежелательного явления диссоциации ведущих физических качеств и расширения вариативности в процессе подготовки спортсменов. Особенно эффективным оказался метод круговой тренировки спортсменов-единоборцев, так как разноплановая и нецикличная активность заставляет организм испытывать сильное стрессовое состояние, воздействуя на группы мышц спортсмена, участвующих в технике движений во время поединка: плечевой пояс, ноги, корпус. [4]

Целью исследования является изучение возможности применения комплекса круговой тренировки в подготовке спортсменов-рукопашников; разработка комплекса упражнений круговой тренировки, направленной на развитие общей и специальной выносливости, быстроты и координации

спортсменов; оценка эффективности применения данного комплекса упражнений в тренировочном процессе секции единоборств КГМУ, возможности прогресса в функциональной подготовке спортсменов; поиск корреляции между уровнем функциональной подготовки спортсменов и соревновательными результатами.

Материалы и методы: материалами исследования явились соревновательные результаты спортсменов-рукопашников секции единоборств КГМУ с марта 2018 по март 2019 год. Методы исследования: изучение и анализ научно-методической литературы; педагогическое наблюдение, хронометрия.

Результаты и обсуждения. Мы представили комплекс круговой тренировки, для подготовки спортсменов секции единоборств КГМУ к соревнованиям по рукопашному бою.

Количество кругов – 3-5, время выполнения упражнения – 15-30 сек. время отдыха – 15 сек., время отдыха между кругами – 4-5 минут.

Критерии правильности выполнения комплекса – упражнения выполняются с субмаксимальной скоростью (до 75% от максимальной) при пульсе 160-178 уд./мин.

Порядок упражнений:

- 1) Бросок мяча в стену. 2) Бой с тенью с утяжелителями. [5]
- 3) Упражнение с борцовской резиной. 4) Прыжки на опору 5) Толчок грифа.
- 6) Вращательные движения с блином. 7) Челночный бег с упором лежа.
- 8) Приседание с мячом. 9) Подъем туловища из положения лежа на спине.
- 10) Бой с тенью

Для оценки роста функциональной подготовки спортсменов проведено исследование. Испытуемые разделены на две группы: в группу А вошли 12 членов сборной команды КГМУ, в группу В 12 студентов секции, не занимающихся круговой тренировкой. В течение года (с марта 2018 по март 2019) спортсмены группы «А» – выполняли комплекс упражнений 1-2 раза в неделю. Были получены результаты выполнения двух упражнений (прыжок на опору, приседание с мячом) за 20 секунд у испытуемых двух групп в начале (марта 2018) и в конце (марта 2019) исследования. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Динамика показателей выполненных упражнений

	Группа «А» (количество прыжков на опору/ количество приседаний с мячом)		Группа «В» (количество прыжков на опору/ количество приседаний с мячом)	
	Март 2018	Март 2019	Март 2018	Март 2019
1	10/12	12/16	7/9	7/9
2	11/13	14/15	6/10	8/8
3	10/14	13/15	6/8	6/8
4	12/13	14/14	8/7	7/7
5	9/11	11/14	6/8	6/9
6	11/12	14/15	7/8	7/9
7	10/14	13/17	7/7	8/8

8	10/13	12/16	5/8	6/7
9	11/12	14/15	6/9	6/10
10	12/12	16/15	6/7	5/7
11	10/13	12/16	5/7	6/5
12	9/13	13/16	7/8	8/7

Исходя из данных таблицы среднее значение результатов прыжка на опору в группе «А» составил $10,4 \pm 0,99$ раз в марте 2018 года и $13,2 \pm 1,3$ раз. средний прирост результатов в группе «А» 26,9%. В группе «В» в марте 2018 года – $6,3 \pm 0,95$ раз, в марте 2019 года – $6,6 \pm 0,98$ раз. Прирост составил 4,7%.

В упражнении приседание с мячом среднее значение результатов в группе «А» в марте 2018 года составил $12,7 \pm 0,85$ раз, в марте 2019 года – $15,3 \pm 0,9$ раз. Прирост составил 20,4%. В группе «В» в марте 2018 года средний показатель составил $8 \pm 0,95$ раз, в марте 2019 года – $7,8 \pm 1,5$ раз. В данном упражнении произошла среднее уменьшение результата на 2,5%.

При применении данного комплекса по сравнению с предыдущим годом (таблица 2) спортсменам секции рукопашного боя КГМУ удалось достигнуть значительных успехов, в том числе занять второе место на спартакиаде Курской области среди ВУЗов по рукопашному бою, троим спортсменам стать призерами первенства ЦФО по рукопашному бою среди юниоров.

Таблица 2. Анализ спортивных результатов секции рукопашного боя КГМУ с марта 2017 по март 2019 годы

Период времени Соревнования	Март 2017-Март 2018	Март 2018-Март 2019
Чемпионат КРО РССС	3командное место	2 командное место
Чемпионат Курской области	1 призер	3 призера
Кубок Курской области по панкратиону	-	1 победитель, 3 призера
Первенство ЦФО по рукопашному бою до 21г.	-	3 призера
Кубок Курской области по рукопашному бою	-	1 победитель

Выводы. Обнаружены достоверно значимые различия между уровнем функциональной подготовки до и после использования метода круговой тренировки в упражнениях присед с фитболом и напрыгивание на тумбу. Изучение научно-методической литературы и анализ практики тренировки спортсменов-рукопашников выявило, что использование метода круговой тренировки находит широкое применение в специальной физической подготовке членов сборной команды КГМУ по рукопашному бою.

На фоне применения членами сборной команды КГМУ разработанного комплекса круговой тренировки удалось достичь достоверного улучшения функциональной подготовки и соревновательных результатов.

Список литературы.

1. Барташ В.А. Основы спортивной тренировки в рукопашном бое. Учебное пособие. – Минск: Высш. школа, 2014. – 479 с. – ISBN 978-985-06-2463-5.
2. Волостных В.В. и др. Энциклопедия боевого самбо. – М.: «Ассоциация Олимп» 1993-576с.
3. Гуревич И.А. 1500 упражнений для моделирования круговой тренировки. – 2-ое изд. – Минск: Высшая школа, 1980. – 253
4. Хацкевич Ю.Г./ Рукопашный бой.- Мн.: Харвест, М.: ООО «Издательство АСТ» 2002-144с.
5. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учеб. Пособие для студентов высш.учеб.заведений. – 2-е изд., испр.и доп.- М.:Издательский центр.«Академия», 2002. – 480с.

ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СИ ТЕРАПИИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГЕМИПАРЕЗА

Пирогов Д.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Примакова О.В.**

Проблема профилактики жизнедеятельности в постинсультном периоде на нынешнее время является актуальной в связи с ростом общего количества больных перенесших данную патологию. В связи с этим также, актуальной является проблема восстановления паретической верхней конечности.

Метод СИ терапии исследуется у пациентов с патологией центральной нервной системы в некоторых работах зарубежных авторов. Простота его применения заключается в увеличении использования паретичной конечности [1].

Разработан данный вид терапии был доктором Эдвардом Таубом (университета Алабамы в Бермингеме, США). Им же было введено понятие “узнал неприменение”. Из-за неэффективности или неуклюжести в использовании поврежденной конечности, пациент перестает ее использовать, тем самым подавляя движения в ней [2].

Целью исследования является определение эффективности СИ терапии у больных, перенесших инсульт.

Материалы и методы: данные для исследования были получены на базе Автономного учреждения Курской области “Курский областной санаторий “Соловьиные зори”, проанализированы с выполнением статистической обработки. В состав исследуемых вошли 20 человек в возрастной категории от 45 до 60 лет. Принцип СИ терапии для паретичной верхней конечности заключается в следующем: проводится ограничение подвижности здоровой конечности на протяжении 3 или 4 недель в 90% времени бодрствования.

Ежедневная кратность тренировок в интенсивном режиме, длительностью по 4 часа с 1 часом перерыва. Исследование проводилось на больных с высоким и средним двигательным дефицитом. Больная рука пациента фиксировалась к туловищу без возможности ее использования с учетом соблюдения безопасных условий для пациента. Таким образом, вся фокусировка больного происходила на паретичную конечность.

Пациентам предлагались манипуляции в бытовой среде с обычными предметами: одежда, предметы гигиены, детские игрушки разных размеров и форм, столовые приборы, книжные страницы и т.д. В процессе выполнения упражнений, скорость и сложность их увеличивалась.

Для каждого пациента предварительно был подобран индивидуальный порядок выполнения манипуляций с их ранжированием, а также тесты на рациональность применения методики СИ терапии у данного типа пациентов.

Данные тестовые задания включили в себя простые действия: активное поднятие кисти и большого пальца из расслабленного состояния, разжимание руки, удерживающей теннисный мячик и используя любой тип сжимания или разжимания руки, требовалось поднять и положить на место со стола тряпку. Данные тесты проводились исходя из рекомендаций к применению СИ терапии, а это произвольные разгибания пальцев на 10° и запястья на 20° , во всех периодах реабилитации.

Данные зарубежных источников по исследованию неврологических изменений пластичности мозга подтвердили его структурное изменение. В участие движения больной руки включается большая область коры головного мозга [3].

Проблематика применения СИ терапии: невозможность использования данного метода при плегии, является одной из главных проблем, а также временные затраты и построение режима работы специалиста для индивидуальных занятий с пациентом. Также около 80% пациентов не хотят участвовать в программе СИ-терапии. Связано это как с неудобным для них графиком применения методики, а также необходимостью приложения определенных психических и физических сил. Еще одной проблемой является отсутствие необходимых трудовых резервов в лечебном учреждении. Преодоление недостатка с индивидуальным подходом возможно с помощью организации групповых занятий с участием 3-5 пациентов, а также с необходимым удлинением сроков курса для проведения тренировок, но уменьшением количества часов в неделю. Обучением как самого пациента, так и его родственников необходимым навыкам, для проведения терапии в домашних условиях [4]. Однако при прохождении терапии в домашних условиях, может возникнуть такая проблема как недостаток контроля в качестве выполняемых упражнений, в связи с этим появляется риск формирования неправильной двигательной привычки, что приведет к удобному для организма компенсаторному механизму, в том числе патологических синергий в туловище и плече.

Результаты и обсуждение: среди пациентов 20 пациентов с последствиями одностороннего гемипареза различной степени тяжести

и различным по длительности постинсультным периодом для 10 была применена СИ терапия, остальные пациенты получали стандартные методы ЛФК при данном виде патологии. В 80% случаев в исследуемой группе стали появляться движения в пораженной руке ранее невозможные: разгибание III, IV, V пальцев, увеличение скорости, амплитуды и интенсивности и движения при выполнении работы поврежденной руки, также увеличение объема движений и амплитуды движения в локтевом суставе.

Таким образом, после проведения контролируемого исследования установлена эффективность методики СИ терапии для верхней конечности у пациентов, перенесших инсульт, а также выявлена необходимость в дальнейших исследованиях данного вопроса. Также можно выделить определенный ряд преимуществ, которыми обладает данный метод – это отсутствие потребности в применении лекарственных средств, отсутствие существенных рисков и отсутствие побочных эффектов [5].

Преимущественное применение метод СИ терапии может иметь в сосудистых центрах в России, санаторных отделениях для постинсультных больных и т.д. Методика также применима для восстановления функции ходьбы при центральном гемипаразе.

Список литературы.

1. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. М.: Москва; 2010.
2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ; 2014
3. Левин, П., Инсульт: ключи к выздоровлению. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2016. – 320 с.: ил.
4. Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю., Алексеевич Г.В. Возможности восстановления тонкой моторики кисти с использованием сенсорной перчатки у больных, перенесших инсульт// Сибирское медицинское образование. – 2014. – № 2. – С. 72-77.
5. Черникова, Л.А., Инновационные технологии в нейрореабилитации. 2016, М.: МИА. 344.

МЕЖЛИЧНОСТНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СОВМЕСТИМОСТЬ В СПОРТЕ И ФЕНОМЕН ЛИДЕРСТВА

Положенцев Р.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель – д.б.н., преподаватель Авилова И.А.

Актуальность исследования. Любая спортивная деятельность имеет коллективный характер. Она протекает, подготавливается и организуется группами людей. Отдельно взятые виды спорта базируются на командной игре, эффективность которых прямо зависит от слаженности работы каждого члена группы. Огромная роль отводится в формировании благоприятных командно-социальных отношений, межличностной и профессиональной совместимости для успешного взаимодействия в команде [1]. Однако на формирование этих качеств большое влияние оказывают субъективный и объективный факторы, а также феномен лидерства.

Актуальность работы заключается в исследовании специфики командно-социальных отношений в спортивной группе, которая является важнейшей для эффективной деятельности и результативности коллектива. Выявление особенностей лидерства способствует пониманию формирования и развития командных отношений.

Целью исследования является определение факторов для формирования успешных взаимоотношений в спортивной группе.

Пристальное внимание в последние годы в психологии спорта уделяется вопросам развития личности и личностных качеств в спортивной индустрии. Но при этом недостаточно только показать процесс развития личностных качеств в группах и отношение индивида к другим членам группы, т.е. интересны межличностные отношения именно в процессе спортивной деятельности.

Спортивные команды всегда отличаются коллективным решением поставленных задач, товарищеским взаимопониманием, помощью, общей целеустремленностью. Именно в спортивных коллективах проявляется дополнительная энергия, энтузиазм, столь необходимые для победы, то, что в социальной психологии называют "групповым эффектом", а в практике спорта – "чувством локтя".

Для спортивной команды самое важное, чтобы это ощущение "группового эффекта", выражающееся в том, что объединяет людей, должно способствовать увеличению или уменьшению индивидуального вклада спортсмена, энергии отдельных участников группы и значимо влиять на общий уровень совместной деятельности и на достижение групповой цели. Спортсмены, у которых доминирующим является этот мотив, характеризуются тем, что они осознают общественную значимость спортивной деятельности и ставят перед собой высокие цели [2]. Поэтому изучение групповых взаимоотношений занимает главное место в социально-психологических дискуссиях по физическому воспитанию и спорту. Спортивная индустрия

требует высококвалифицированных профессиональных кадров специализированных именно в этой области физической культуры и спорта.

Любая спортивная группа преследует собой общие цели, для выполнения которых требуется работа каждого члена команды. Основное место занимает мотивация. Именно она является источником энергии и вдохновения для достижения спортсменами высоких результатов и побед. Поэтому каждому спортсмену очень важно уметь развивать, повышать мотивацию и сохранять её на высоком уровне. От этого зависит и потребность в устойчивых взаимоотношениях в группе. Отношения «спортсмен-спортсмен» имеют специфику спонтанности в неформальной сфере, которая зависит от личных качеств каждого из членов в группе. Для многих переход в официальный иерархический стиль подчинения неблагоприятно сказывается на межличностных отношениях, от чего групповые отношения приобретают лишь деятельностный профессиональный характер.

В каждой группе в течение определенного времени определяется лидер. Лидер, гласно или не гласно, получает право брать ответственные решения за группу, лидером которой он является, выбирать направление ее деятельности. В ходе своей деятельности лидер способствует выработке у спортсменов своей команды многих важных качеств. Некоторыми из них являются уверенность в своих силах, адекватная самооценка и твердость характера. Твердость характера считается идеальной характеристикой для спортсмена. Эмоциональная устойчивость в стрессовых ситуациях, адекватность в оценке себя и окружающих, независимость в принятии решений, мыслях и действиях – это и есть качества, которыми обладает спортсмен с высоким уровнем твердости характера.

Выделяют два типа лидеров в группе – официальные и неофициальные. К неофициальным лидерам, как правило, члены группы испытывают большую симпатию, чем к официальному, от чего авторитет такого человека позволяет более эффективно управлять и руководить деятельностью спортивной команды, основываясь и опираясь на оказанное доверие, поддержку и дружеские вне командные отношения [3].

Выбор лидера на неофициальной основе характеризуется следующим рядом критериев:

- уверенность в собственных силах, которая положительно сказывается на настрое всей группы;
- гибкость ума и способность анализировать ситуацию;
- компетентность в знании своего дела;
- умение чувствовать эмоциональное состояние группы и возможность оказывать поддержку.

В идеальном варианте официальным лидером должен становиться человек, обладающим данными качествами и который также является неофициальным лидером. Однако анализ реальных спортивных групп показал, что далеко не всегда человек, обладающий этими качествами становится лидером в группе и не всегда лидер в группе обладает данными навыками. Неофициальный лидер формируется стихийно в процессе межличностных

отношений. Такому человеку группа склонна подчиняться более, чем лидеру официальному, с которым еще не сформирован контакт [4].

Карьера и деятельность лидера связана с рядом функций, осуществляемых им:

- конструктивная – выражение интересов группы и реализация их;
- организационная – планирование, организация и определение траектории развития группы;
- координационная – согласование действий;
- интегративная – сплочение команды и формирование устойчивых межличностных отношений и контактов в группе.

В заключении можно подытожить, что формирование устойчивых групповых и благоприятных межличностных отношений для каждого члена команды и развитие «командного духа» необходимы для успешного функционирования спортивной команды. Коллектив, который помимо профессиональной деятельности подкреплен узами товарищества, легче переносит трудности и поражения и более других подвержен к гибкости и развитию. Отсутствие разногласий и конфликтов способствует развитию навыков и взаимопонимания, которые жизненно необходимы для командной деятельности. Объективно сплоченный коллектив показывает более высокий результат по сравнению с коллективом, который связан только общей деятельностью. Лидер позволяет группе эффективно согласовывать отношения и взаимосвязь между собой, являясь центральным звеном в любых взаимоотношениях команды и от которого зависит вектор ее развития. В любой команде лидерство необходимо и должно рассматривать как естественный процесс координации деятельности малой группы.

Список литературы.

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: МГУ, 2009.
2. Коломейцев Ю.А. Взаимоотношения в спортивной команде. – М.: Физкультура и спорт, 2006. 128 с.
3. Кричевский Р.Л., Рыжак М.М. Психология руководства и лидерства в спортивном коллективе. – М.: Изд-во МГУ, 1985.
4. Топышев О.П. Теория и практика лидерства в спортивной команде // Сборник трудов ученых РГАФК. – М. – 2000.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКВААЭРОБИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Примакова О.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Кичигина А.О.**

Актуальность исследования. В современном мире остеохондроз считается одним из наиболее часто встречающихся заболеваний позвоночника, который все чаще поражает трудоспособное население молодого и среднего возраста. Это связано с образом жизни, где преобладает гиподинамия, неправильное питание, увлечение диетами. Широко распространено поражение шейного отдела позвоночника, отмечено, что при продолжительной статической работе, когда мышцы длительно находятся в состоянии напряжения, позвоночник подвергается нагрузке в первую очередь, что сопровождается нарушением кровоснабжения головного мозга и может приводить к опасным осложнениям [2]. Очень часто остеохондроз данного отдела позвоночника появляется у людей определенного профессионального уклона, например, хирурги, стоматологи, офисные рабочие, швеи.

Актуальность данной патологии возрастает, так как обострение этого заболевания часто становится причиной утраты трудоспособности и даже инвалидизации.

В медицинской реабилитации остеохондроза в комплексе с медикаментозным лечением широко применяют различные формы лечебной физической культуры. Одним из видов физических нагрузок, рекомендуемых при данной патологии, является аквааэробика [1]. Представляет собой вид аэробики, при котором выполнение упражнений происходит в воде под музыку, физические нагрузки носят аэробный характер. Как правило, упражнения заимствованы из шейпинга, плавания, гимнастики. Одной из особенностей аквааэробики является выполнение движений в горизонтальном и вертикальном положениях тела в воде на различной глубине, что способствует улучшению подвижности в суставах, укреплению мышечно-стабилизаторов, формирует хорошую осанку, улучшает такие качества, как силу, выносливость, гибкость и ловкость [5].

Материалы и методы. С целью анализа эффективности применения занятий аквааэробикой в системе медицинской реабилитации пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, доказательства преимущества занятий аквааэробикой по сравнению с занятиями лечебной физкультурой в зале, нами выполнено исследование на базе санатория «Соловьиные зори». Из сорока пациентов с диагнозом шейный остеохондроз позвоночника были сформированы две группы по двадцать человек. В каждую группу входили десять женщин и десять мужчин. В среднем возраст у мужчин составил $33,7 \pm 2,2$ лет, у женщин – $41,8 \pm 1,5$ лет. Учитывая, что при данной патологии в клинике преобладают жалобы на головные боли, нарушение зрения, памяти,

скачки артериального давления, расстройства сна, для контроля эффективности исследования был проведен опрос и зафиксированы жалобы, характерные для данной патологии. В первой группе преобладали жалобы на боли в плечевом отделе 95% (n=19) и утомляемость мышц шеи и плечевого пояса 90% (n=18), головные боли 85% (n=17), нарушение зрения 20% (n=4). Во второй группе – головные боли 95% (n=19), боли в плечевом отделе 90% (n=18), жалобы на утомляемость мышц шеи и плечевого пояса 90% (n=18), нарушение зрения 20% (n=4). В течение шести месяцев проводилась физическая реабилитация больных. Первая группа занималась в зале лечебной физкультуры. Занятия продолжительностью 45 минут, проводились 3 раза в неделю по стандартной методике лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Во второй группе проводились занятия в том же режиме, только в виде аквааэробики. Всем пациентам был назначен курс (10 процедур) лечебного классического массажа шейно-воротниковой зоны.

В обеих группах обязательно выполнялись специальные упражнения, обладающие лечебным действием на шейный отдел позвоночника [4]:

1) «метроном» – поворот шеи попеременно вправо и влево, задерживаясь в каждом положении по 12 секунд, спину и голову держим прямо;

2) «пружина» – поворачиваем шею влево и вправо, голова при поворотах наклоняется к плечу;

3) «рамка» – голова наклоняется попеременно к каждому плечу, противоположная рука – за головой;

4) «самолет» – обе конечности держим горизонтально, далее правая рука поднимается вверх, а левая – в противоположном направлении, положение рук меняем поочередно, спину при выполнении упражнения держим прямо;

5) «цапля» – спину фиксируем прямо, голову медленно и максимально нагнуть назад, выпрямить.

Все пациенты вели дневники самоконтроля, где фиксировали свои жалобы, отмечали изменения сна, настроения, количество простудных заболеваний.

Результаты и обсуждения. Через шесть месяцев регулярных занятий была проведена оценка путем опроса пациентов на наличие имеющихся в начале исследования жалоб, проведения анализа дневников самоконтроля. Нами получены следующие результаты: в первой группе зарегистрировано уменьшение жалоб на головные боли 20% (n=4) и боли в плечевом поясе 30% (n=6), исчезновение жалоб на быструю утомляемость мышц шеи плечевого пояса и нарушение зрения. Пациенты отмечали снижение эпизодов простудных заболеваний, в среднем через 4 месяца регулярных занятий нормализовался сон, улучшилось настроение. Во второй группе наблюдалось уменьшение жалоб на боли в плечевом поясе 35% (n=7) и на головные боли 30% (n=6), исчезновение жалоб на быструю утомляемость мышц шеи и плечевого пояса и нарушение зрения. Во второй группе пациенты отмечали отсутствие простудных заболеваний за последние 6 месяцев. Улучшение сна, настроения появились уже через 2 месяца регулярных занятий.

К концу 6 месяца все пациенты проявили заинтересованность и желание продолжать занятия аквааэробикой.

Результаты нашего исследования продемонстрировали положительное влияние занятий аквааэробикой на состояние больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Следует отметить преимущества данного метода физической реабилитации, связанные с выполнением упражнений в воде: 1) при выполнении упражнений в бассейне большую часть времени опора под ногами отсутствует, что стимулирует повышение двигательной активности, развивает и укрепляет все группы мышц, улучшает подвижность суставов, 2) занятия в водной среде улучшают приток крови к сердцу, что значительно облегчает работу сердечной мышцы, увеличивается ее сила и объем, что может использоваться как профилактика перепадов артериального давления, сопутствующих остеохондрозу шейного отдела позвоночника [3], 3) улучшается кровоснабжение проблемных участков позвоночника, снижаются боли, являющиеся результатом спазма позвоночных мышц, упражнения в воде нормализуют обменные процессы в близлежащих тканях, 4) вода обладает тонизирующим эффектом.

После проведенного исследования было установлено, что использование аквааэробики является более эффективным, ведь она сочетает в себе помимо двигательной активности еще и лечебное воздействие воды.

Можно сделать заключение – регулярные процедуры аквааэробики необходимо применять в реабилитационных мероприятиях у пациентов с шейным остеохондрозом, придерживаясь перечисленных рекомендаций: 1) занятия следует проводить не реже трех-четырех раз в неделю, продолжительность одного занятия не менее 45 минут, 2) курс лечения полезно продолжать не менее 6 месяцев, а затем продолжать заниматься не реже 1-2 раз в неделю, 3) для наилучшего эффекта температура воды не должна быть ниже 28°C в начале и 24°C к концу курса – вода такой температуры способствует уменьшению болей, снижению спастических явлений и ригидности мышц, оказывает положительное на психологическое состояние больного, 4) следует придерживаться правильного дыхания во время выполнения упражнений: вдох – глубокий, а выдох – быстрый.

Список литературы

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация. Книга I./ – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: Издательство БИНОМ, 2010. – 416 с., ил.
2. Гиниятулин Н.И. Новые методы и новые технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки. // Курортные ведомости – № 1 (46), – 2008. – с. 72-76.
3. Епифанов А.В., Ачкасов Е.Е., Епифанов В.А. Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 272 с.
5. Корж И.А. Нестабильность шейного отдела позвоночника / Корж И.А. – Харьков: Здоровье, 2005. – 230с.

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ДЛЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

Стенюшкина А.Л.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научные руководители – к.п.н., доцент Соломахина Т.Р.,

преподаватель Корчагина Н.Л.

Актуальность исследования состоит в том, что физические нагрузки среди студентов становятся все менее популярными. При медицинском обследовании студентов с каждым годом выявляется тенденция снижения физического здоровья. К основным факторам низкого уровня вовлеченности студентов высших учебных заведений к занятию спортом следует отнести: проблемы семейного воспитания, отсутствие свободного времени, недостаточный уровень мотивации и др. В результате чего большинство обучающихся вместо основной группы занимаются в специальной. Поэтому необходимо помнить, что правильно организованный процесс физического воспитания может стать движущей силой для поддержания своего здоровья в норме на протяжении многих лет [1].

Цель исследования является изучение аспектов, укрепляющих здоровье, с помощью повышения уровня физического развития и двигательной подготовленности, изучение заинтересованности студентов специальной группы в домашних занятиях физической культуры.

Подготовка учащихся к самостоятельным занятиям должна начинаться с четкого инструктирования студентов о цели и задачах самостоятельных занятий, четкого и грамотного разъяснения необходимости правильного выполнения упражнений в домашних условиях, а так же вооружения знаниями о системе самотренировок. С первых же занятий необходимо требовать от учащихся соблюдения дозировки времени и нагрузки. Не менее важным компонентом обучения является систематическая проверка даваемых студентам заданий и выработка простейших приемов самоконтроля за реакцией своего организма на нагрузку. Организация физического воспитания производится с учетом группы здоровья, уровня физического развития, спортивной квалификации, а также с учетом специфики будущей профессиональной деятельности студентов. [3].

Домашнее задание для студентов составляется на неделю вперед и включает в себя следующие нагрузки: утреннюю гимнастику, из 8-10 упражнений, лечебную гимнастику, из 10-12 упражнений для разных групп мышц, индивидуальной дополнительной нагрузки – дозированного бега, ходьбы с определенной частотой дыхания, занимающей не менее 30-35 мин.

При разработке комплекса упражнений должны соблюдаться следующие правила:

– упражнения должны быть несложными по координации и не требующими страховки, не травмоопасными.

– задания для самовыполнения должны копировать задания, проводимые в учебное время под контролем преподавателя.

– задания должны быть подробно объяснены: содержание и техника выполнения упражнения должна быть донесена до каждого студента, а также необходимо убедиться в понимании студента поставленной перед ним задачи.

– для самостоятельного выполнения подбирают упражнения, количественные результаты которых, при систематическом выполнении, увеличиваются через определённое время.

– необходимо стремиться к осознанному выполнению студентами упражнений и предоставленных заданий, к возрастанию у студента желания занятием физической культурой.

Перед введением домашних заданий по физической культуре необходимо обучить всех студентов самостоятельному контролю пульса. Также стоит объяснить студентам, такое понятие как «чувство нагрузки», т.е. умение прогнозировать величину пульса по ощущению усталости в момент и после нагрузки. Перед выполнением основных упражнений обязательно должна быть выполнена разминка в течении 15 минут [2].

Комплекс основных упражнений для студентов специальной группы должен быть направлен на проработку основных групп мышц, а также обеспечивать укрепление здоровья и профилактику травм. Пример комплекса упражнений для студентов специальной группы включает в себя:

– упражнения на формирование правильной осанки без предметов и с дополнительным оборудованием: гимнастической палкой, обручем, скакалкой, мячом.

– упражнения на развитие мышц туловища,

– упражнения на профилактику плоскостопия;

– упражнения на развитие равновесия.

– упражнения на профилактику нарушений зрения.

– упражнения на чередование напряжения и расслабление мышц.

Ходьба: с изменяющейся скоростью и направлением передвижения; с изменяющейся длиной шага и скоростью; на носках и пятках; в парах, используя разные исходные положения (в приседе, полуприседе; "гусиным шагом").

Бег: в медленном темпе в чередовании с ходьбой, с изменением направления передвижения в парах; из разных исходных положений; с высоким подниманием бедра; с "захлестом" голени; с различным положением рук.

В результате изученного материала и полученных данных можно сделать следующие выводы:

В связи с увеличением заболеваемости среди молодежи, необходимо ввести домашнее для студентов специальной группы, которое будет способствовать укреплению здоровья, снижению уже имеющихся заболеваний. Здоровье всегда непосредственно влияет на производительность труда, именно поэтому улучшение здоровья среди населения является одной

из главных задач государства. В частности, необходимо уделять внимание здоровью именно студентов, так как они в будущем будут являться высокообразованными специалистами и оказывать влияние на развитие экономики России.

Домашнее задание должно быть составлено с учетом индивидуальных особенностей каждого студента, а также подходить для группы в целом.

Самостоятельные занятия физической культурой во вне учебное время увеличивают общий двигательный объем, который положительно сказывается на организме в целом.

Необходимо мотивировать студентов специальной группы к занятию физической культурой. Формирование мотивации – один из главных факторов обеспечения высокой результативности образовательного процесса

Список литературы.

1. Токарева, Ю.Д. Организации занятий со студентами специальной медицинской группы в вузе/Ю.Д. Токарева//Современные научные исследования и инновации.- 2016.- № 7(27).- 24-26с.
2. Фильчаков, Е.А. Актуальные проблемы здоровья молодежи/ Е.А. Фильчаков, В.В. Большова, А.Н. Филатова// Успехи современного естествознания. – 2013. – № 10. – С. 190-195.
3. Чигаевская, А.К. Особенности занятий физической культурой со студентами специальной медицинской группы: Учебное пособие/ А.К. Чигаевская.-М.:МГУП,2011.- 107с.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА И ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Трунова Д.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бровкина И.Л.**

Актуальность исследования. В России ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает в среднем около 1 миллиона человек, почти половина из них приходится на ишемическую болезнь сердца (в том числе инфаркт миокарда в среднем – 60-80 тыс. человек), основной причиной которой является атеросклеротическое поражение сосудов. Атеросклероз – сложное и широко распространенное во всем мире заболевание, мультифакторного происхождения [4]. Согласно статистике, по Курской области атеросклерозом страдают не менее 7% подростков в возрасте до 16-ти лет, 28% взрослого населения до 48-ми лет, 75% людей старше 50-55 лет, причем наиболее уязвимыми являются лица мужского пола. Современные подходы к лечению данного заболевания позволяют

констатировать тот факт, что заболевание способно останавливаться в развитии и регрессировать в сторону полного выздоровления [5]. Примеры такого исхода встречаются довольно часто. Важно понимать, что атеросклероз является мультифакториальным заболеванием, основными факторами развития которого являются: артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, гиподинамия, регулярные стрессы, неправильное питание, возраст больше 40 лет, снижение функции щитовидной железы, мужской пол и повышение уровня липопротеинов и изменения их профиля в сторону повышения липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [1]. Одна из теорий развития атеросклероза, получившая наибольшее распространение, связывает высокий уровень холестерина в крови с заболеваемостью и тяжестью течения атеросклероза. В эпидемиологических исследованиях Национальный Институт сердца, легких и крови признает эту ассоциацию как причинную. Исследования показали, что снижение общего уровня холестерина в сыворотке крови даже на 1% приводит к снижению риска данного заболевания сосудов почти на 5% в совокупности с устранением других факторов (1992).

Еще недавно многие специалисты рекомендовали своим пациентам уменьшать концентрацию липопротеинов, используя для этого только статины, которые снижают уровень холестерина, тормозя развитие атеросклероза и иных поражений сердечно-сосудистой системы без учета уровня липопротеинов, что часто приводило к развитию негативных эффектов [2]. Однако в настоящее время ведущие кардиологи подходят к данному виду терапии крайне осторожно, так как резкое понижение уровня липопротеиновых соединений может негативно сказаться на состоянии организма. Гиполипидемические препараты имеют внушительный перечень побочных эффектов, среди которых наиболее значимым является изменение гормональной системы у мужчин старше 40 лет, когда имеет место быть естественная убыль выработки гормонов и гормонального дисбаланса в целом. При этом важно осознавать, что большое значение имеет именно баланс липопротеинов различной плотности, так как препараты снижают уровень холестерина независимо от исходных значений. В настоящее время актуальным вопросом является поиск альтернативных методов поддержания баланса липопротеиновых соединений с целью профилактики и лечения атеросклероза и его последствий.

В данном исследовании проведена оценка влияний аэробных упражнений на уровень холестерина и липидного профиля у пожилых людей с выявленным атеросклерозом и повышенным уровнем холестерина, а также выявлена обоснованность использования подобных методик в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы. Для установления взаимосвязи между физической активностью, ее продолжительностью и снижением уровня холестерина было проведено клиническое исследование на базе ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Курска. В ходе исследования было необходимо оценить или опровергнуть положительное влияние физических нагрузок на уровень холестерина и липидного профиля, определить режимы, частоту, интенсивность и продолжительность упражнений для влияния на уровень холестерина. Для исследования было отобрано 30 человек разного

пола в возрасте 64-72 года, с повышенным уровнем холестерина (+15-25% от нормы), которые были условно разделены на 3 группы по 5 человек женского и 5 человек мужского пола в каждой. Первой группе испытуемых было предложено ввести в курс санаторного лечения 2 цикла низкоинтенсивных аэробных упражнений, длительностью 25 минут/цикл, с равномерным распределением нагрузки между утренним и вечерним подходами. Циклы формировались по схеме: 8 минут на разминку, 8 минут основная часть и 8 минут выход из интенсивной нагрузки с применением упражнений, нормализующих дыхание. Второй группе испытуемых было предложено ввести в курс санаторного лечения 3 цикла среднеинтенсивных аэробных упражнений, длительностью 45 минут/цикл, с равномерным распределением нагрузки между утренним и вечерним подходами [3]. Циклы формировались по схеме: 15 минут на разминку, 15 минут основная часть и 15 минут выход из интенсивной нагрузки с применением упражнений, нормализующих дыхание. Последняя группа являлась контрольной, в режиме не было произведено никаких изменений. Определяющим фактором для выбора интенсивности нагрузки было значение максимального тренировочного пульса для данной возрастной группы – 100-110 ударов/минуту. Продолжительность исследования 24 дня. Для контроля уровня холестерина проводился регулярный анализ крови. Также обязательным условием отбора было отсутствие в курсе терапии гипополипидемических препаратов и строгое соблюдение принципов лечебного питания. Уровень общего холестерина групп испытуемых до начала исследования находился в верхнем диапазоне референтного интервала данной возрастной группы (6,50-7,20 ммоль/л общий холестерин, 5,1 ммоль/л ЛПНП, 0,9 ммоль/л ЛПВП). В ходе исследования было выявлено снижение уровня ЛПНП, а также повышение уровня ЛПВП: в первой группе уровень ЛПНП достиг отметки в 4,75 ммоль/л (снижение на 7%), ЛПВП 0,95 ммоль/л (повышение на 5%); во второй группе уровень ЛПНП 4,65 ммоль/л (снижение на 9%), ЛПВП 0,97 ммоль/л (повышение на 7,7%).

Полученные данные позволяют отметить, что введение в распорядок дня систематических аэробных упражнений приводит к более выраженному снижению уровня холестерина. Однако больший процент снижения в группе № 2 свидетельствует о зависимости эффективности данной методики от интенсивности и частоты физических нагрузок.

В ходе данного исследования была подтверждена эффективность метода профилактики повышения уровня холестерина, ЛПНП путем внедрения в режим дня физических нагрузок, направленных на снижение уровня общего холестерина и повышения ЛПВП. Следует подчеркнуть, что подобная методика может быть использована людьми с ограниченными физическими возможностями при разработке и использовании научно-обоснованных комплексов упражнений.

Список литературы.

1. А.Б. Шамес. Атеросклероз. Предупреждение тромбозов при хроническом лечении стенотических поражений. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2012. – 160 с.
2. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза// Атеросклероз и дислипидемии -2011. – № 1. – стр. 48-56
3. Б.М. Липовецкий. Клиническая липидология. – СПб.: Наука. Ленинградское отделение, 2000. – 120 с.
4. Болезни сердца по Браунвальду. Руководство по сердечно-сосудистой медицине. В 4 томах. Том 3. – М.: Логосфера, 2013. – 1796 с.
5. Г.П. Арутюнов. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 672 с.
6. Миненко И.А., Хайруллин Р.Н. Диагностика и лечение атеросклероза// Вестник новых медицинских технологий -2010. – Т. XVII, № 1 – стр. 52-54

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА НА РАЗВИТИЕ ПРОСТОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ СТУДЕНТОВ

Храпова Е.Н., Попова В.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физической культуры

Научный руководитель – Сидаш А.Л.

Простая двигательная реакция – это ответ заранее известным движением на заранее известный, внезапно появляющийся сигнал [2]. Простые реакции характеризуются очень большим переносом быстроты: люди, быстро реагирующие в одних ситуациях, также быстро реагируют и в других. Занятия различными скоростными упражнениями улучшают быстроту простой реакции. Значительное улучшение быстроты простой двигательной реакции задача весьма сложная [1].

При формировании быстроты простой двигательной реакции наиболее распространенный метод заключается в повторении упражнений, заключающихся в реагировании на внезапно появляющийся сигнал. Этот метод на занятиях по физической культуре со студентами довольно скоро дает заметные положительные результаты [3].

Цель исследования – изучить влияние разработанного комплекса упражнений на изменение простой двигательной реакции у студентов, посещающие академические занятия по физической культуре.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студентки 18-22 лет. На первом этапе в начале 2018/19 учебного года была сформирована группа из студентов без спортивного разряда, и проведено тестирование в группе с помощью программы «Миллисекунда». Принцип работы данной

программы заключается в измерении времени возникновения простой двигательной реакции в ответ на световой раздражитель.

На втором этапе студентам был предложен комплекс из трёх упражнений. Упражнения были разработаны на основе имитации игровой процесса. Первое упражнение – испытуемый выполняет хлопки ладонями по тыльным поверхностям кистей рук партнера стоя лицом к нему. Условным сигналом к выполнению хлопка служил кивок головой партнера. Второе – при поднятии руки вверх оператором, испытуемый принимает положение в упоре лежа. Третье – при отведении руки влево, испытуемый принимает положение полного приседа.

На третьем этапе было проведено повторное тестирование испытуемых.

По окончании формирующего эксперимента зарегистрированные результаты статистически обработаны на основе программы Statistica 8.0 с помощью непараметрического критерия Wilcoxon Matched Pairs Test.

Результаты и обсуждение. При проведении статистического анализа данных, полученных в ходе проведения эксперимента, а именно изменения времени возникновения простой двигательной реакции в ответ на световой раздражитель были получены достоверно значимые изменения ($p=0,0098$).

Для визуализации результатов был построен график (Рисунок 1.), который ясно показывает, что переменная "После" имеет меньшее среднее, чем переменная "До".

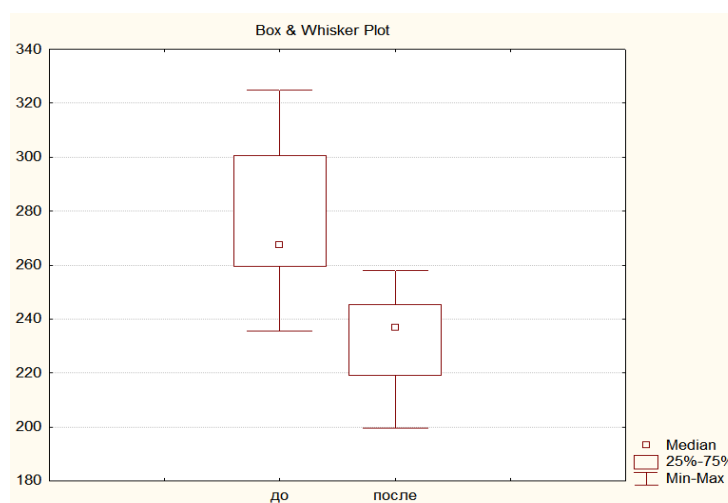


Рисунок 1. Графическое изображение результатов статистического анализа

Вывод. Выявлена динамика изменения простой двигательной реакции при использовании разработанного комплекса упражнений. Исследование показало возможное уменьшение времени реакции при использовании в тренировочном процессе скоростных упражнений, направленных на улучшение быстроты простой реакции.

Список литературы.

1. Германов, Г.Н. Двигательные способности и физические качества. Разделы теории физической культуры : учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры / Г.Н. Германов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2018. – 224 с.
2. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: Учеб. для ин-тов физ. культуры. М.: ФиС, 1991. – 543 с.
3. Трифонова Н.Н. Спортивная метрология : учебное пособие / Н.Н. Трифонова, И.В. Еркомайшвили ; [научный редактор Г.И. Семенова]; Министерство образования и науки Российской Федерации, Уральский федеральный университет. – Екатеринбург : Уральский университет, 2016. – 112 с.

СТРУКТУРА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА В ФУТБОЛЕ

Шатская К.С., Кичигина О.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры
Научный руководитель – ассистент Ананьев Р.В.**

Актуальность исследования. На долю спортивного травматизма от общего числа травм (бытовых, уличных, дорожно-транспортных и пр.) приходится около 4-7%. Нельзя точно назвать процентное соотношение, так как оно зависит от вида и специфики спорта, возраста и уровня подготовленности спортсменов, интенсивности занятий и многих других факторов. Травмы в большинстве случаев не имеют серьезной угрозы для жизни спортсмена, при этом нельзя забывать о последствиях и неблагоприятном воздействии на его организм в дальнейшем. В большинстве случаев спортивная травма сопровождается временной утратой трудоспособности, но также всем нам известны случаи серьезные последствия и развитие хронических процессов, которые значительно ограничивают спортивную деятельность или делают ее невозможной. В настоящее время в связи с выходом спортсменов на более высокий уровень, возрастание нагрузки, повышение требований к спортсменам и многим другим факторам уровень спортивного травматизма значительно вырос. Необходимо уделять больше внимания профилактике их получения и прогрессирования, дабы бороться не с последствием травм, а с причинами их возникновения.

Если говорить о футболе, то спортивный травматизм в нём наиболее высок. Это связано, прежде всего, с тем, что данный вид спорта является контактным и предполагает постоянное взаимодействие с игроками противоположной команды. Также нельзя забывать, что футбол в настоящее время один из самых популярных и распространенных видов спорта в мире, количество занимающихся данным видом спортивной деятельности превосходит все другие, в связи с этим уровень травматизма высок.

В данной статье хочу привести результаты исследования (анкетирование) 1050 спортсменов в возрасте 17-30 лет, занимающихся футболом в г. Тула за 2018 г. Все участники исследования имеют опыт игры в футбол более 5 лет и тренируются 3-4 раза в неделю по 1,5-2 ч.

Количество спортивных травм за 2019 г. составило 18% (189). Из них 11% (115) это спортсмены, впервые травмированные, 7% указывали на хронические, застарелые травмы, полученные ранее. Чаще травмировались игроки в возрасте от 17 до 20 лет (юниоры). В возрасте 21-30 лет уровень травматизма значительно не менялся. Была отмечена зависимость уровня травматизма от времени года. Большая часть тренировок и соревнований в зимний период проходит в специально оборудованных спортивных залах, а в осенне-весенний период и летом на открытых футбольных полях, покрытых газоном. Зимой, во время тренировочных занятий и соревнований, проводимых в закрытых спортивных площадках, количество травм было в 1,5 раза больше, чем в другие сезоны года.

Также необходимо отметить прямую зависимость травматизма в футболе от амплуа игрока. Наиболее часто травмы возникали у защитников, около 9%. Наименьшее количество травм наблюдались у вратарей, около 2%. Среди всех механизмов получения травм преобладал контактный (столкновение). Более 50% случаев спортивного травматизма контактным механизмом был у защитников, остальные случаи происходили во время бега, при ударах по мячу и падениях. У нападающих и вратарей частота получения травм во время падения и удара по мячу, преобладала над травмами, полученными при столкновении.

В зависимости от локализации на долю травм нижних конечностей приходилось около 70%, верхние конечности – 12-15%, туловище и голова – 8-10%, другие локализации – 5-10%. Среди локализаций повреждений нижних конечностей преобладал коленный сустав – около 60% случаев, далее голеностопный сустав – около 30% случаев, стопа – менее 5% случаев. Травмы верхних конечностей были чаще всего получены во время столкновения и падения на землю. Игроки указывали на повреждения плечевого сустава в половине случаев травм верхних конечностей. Повреждения нижних конечностей были получены, прежде всего, контактным способом (при столкновении, ударе по ногам, подножках и др.) и реже при ударе по мячу падении. Около 30% случаев травм нижних конечностей были получены бесконтактным способом. Контактный механизм травмирования нижних конечностей приводил более чем в 50% случаев к растяжению связочного аппарата, прежде всего коленного сустава, 25% случаев травмирования приводили к переломам.

Так как повреждения коленного сустава среди занимающихся данным видом спорта преобладал над остальными видами травм, то вид и механизм травмирования данной области больше привлек наше внимание. Повреждение передней крестообразной связки было более чем 40% игроков, более чем в половине случаев оно было связано с контактной травмой. Повреждение задней крестообразной связки отмечено менее, чем в 5% случаев

травм связочного аппарата коленного сустава, все случаи получения данной травмы происходили во время удара по мячу. Повреждение медиальной коллатеральной связки было в 20-22% от всех случаев травмирования коленного сустава и было обусловлено контактным механизмом травмы. Латеральная коллатеральная связка повреждалась менее чем в 5% случаев, и выделить преимущественный механизм травмирования при этом не удалось.

В ходе исследования было выявлено прямая зависимость возникновения травм от условий, в которых тренировались спортсмены и проводились соревнования. Игроки указывали на плохое напольное покрытие в спортивных залах, недостаточность освещения и несоблюдение температурного режима («холодные залы») чаще отсутствие специальной разметки, неудовлетворительное состояние ворот. Также спортсмены связывали получение травм с «агрессивной игрой», несоблюдение правил соперниками и несправедливое судейство. На данные проблемы указали 90% исследуемых.

Исходя из полученных результатов исследования, можно сделать вывод о преобладании травм нижних конечностей, а именно коленного сустава, высоком травматизме защитников по сравнению с другими игроками команды, необходимости изменений условий, в которых тренируются спортсмены и проводятся соревнования, также стоит уделить внимание грамотному и честному судейству.

Список литературы.

1. Бакулин В.С., Грецкая М.М., Богомолова А.Н., Богачев А.Н. Спортивный травматизм, профилактика и реабилитация. – Волгоград: ВГАФК, 2013. С
2. Башкиров В.Ф. Возникновение и лечение травм у спортсменов. – М.: ФиС, 1981.
3. Годик М.А. Контроль тренировочных и соревновательных нагрузок. – М.: ФиС, 2003.
4. Грачев О.К. Физическая культура: учебное пособие для студентов медицинских и фармацевтических вузов – М.: Ростов-на-Дону, 2006.
5. Дворак Д.П. Предсоревновательное медицинское обследование футболистов. Программы профилактики для снижения травматизма в футболе: Ф-МАРК, 2009.

РАЗДЕЛ 15.

МОРФОГЕНЕЗ И РЕГЕНЕРАЦИЯ

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАЗВИТИЯ КАСТРАЦИОННОЙ
РЕЗИСТЕНТНОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ
РЕЦЕПТОРОВ АНДРОГЕНОВ И Ki-67**

Баллаева Ф.Х., Бициева Э.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Кафедра патологической анатомии

Научные руководители – к.м.н. Епхийев А.А.,

д.м.н. Хасигов А.В.

Актуальность исследования. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований среди мужского населения. Риск развития рака простаты увеличивается с возрастом, в особенности после пятидесяти лет. В числе злокачественных опухолей предстательной железы наиболее часто встречается ацинарная аденокарцинома – опухоль, возникающая из эпителия ацинусов [1, с.11]. На сегодняшний день одним из основных методов лечения, наряду с радикальной простатэктомией, лучевой и химиотерапией, является андроген депривационная терапия (АДТ) [1]. Однако, несмотря на широкое применение данного метода и сравнительную эффективность на начальных этапах (80-85%) опухоль рано или поздно становится гормонрезистентной (что является краеугольным камнем в лечении РПЖ) [1, с.76].

В качестве морфологического критерия для оценки вероятности развития ранней КР рассмотрим такие маркеры, как андрогеновые рецепторы, маркер пролиферации Ki-67 [1, с.22].

Андрогеновый рецептор – один из рецепторов стероидных гормонов семейства ядерных рецепторов, способных непосредственно взаимодействовать с ядерной ДНК; активируется при связывании с андрогенами в цитоплазме, а затем переносится в ядро. Необходим для развития и целостного функционирования предстательной железы

Ki-67–маркер пролиферации – позволяет выделить опухолевые клетки, находящиеся в активной фазе клеточного цикла, на всём его протяжении (G1-, S-, G2- и М-фазы). Ki-67 отсутствует только в G0-периоде. Это одна из наиболее важных характеристик фенотипа опухоли, в значительной степени определяющая скорость роста новообразования, риск метастазирования, потенциальный ответ на лечебные мероприятия и исход онкологического заболевания.

Существует две противоположные точки зрения в отношении иммуногистохимического фенотипа опухолей предстательной железы как предикторов ранней КР [2]. Согласно одной из них экспрессия АР прямо зависит от степени пролиферативной активности по Ki-67 [3,4]. Однако по данным других ученых уровень экспрессии Ki-67 и АР находится в обратной зависимости

Целью исследования является определение с помощью предикторов скорости развития кастрационной резистентности у пациентов с ацинарной аденокарциномой предстательной железы.

Материалы и методы: В этом ретроспективном исследовании использовали биопсийный материал пациентов с ацинарной аденокарциномой предстательной железы. Степень дифференцировки оценили в соответствии с индексом Глисона. Для определения уровня экспрессии андрогеновых рецепторов (АР) и маркера пролиферации Ki-67 опухолевыми клетками, провели иммуногистохимическое окрашивание материала антителами Ki-67 (клон MIB1), АР (поликлональные).

Образцы были зафиксированы в формалине (обеспечивает фиксацию антигена к тканевым компонентам), заключены в парафин, нарезаны на микротоме и помещены на предметные стекла. Перед проведением ИГХ проведена регидратация парафиновых срезов и демаскировка с целью восстановления оригинальной структуры белка и «освобождением» антигенов.

ИГХ провели непрямым способом с использованием системы детекции Ultra Vision, при которой место связывания первичных АТ выявляется с помощью универсальных вторичных антител, конъюгированных с полимером, меченым ферментом. Полимерный комплекс визуализировался с помощью системы субстрат-хромоген.

Результаты и обсуждение: Все опухоли оказались иммунопозитивны в отношении АР. Выявлена зависимость между степенью дифференцировки опухоли и уровнем экспрессии маркера пролиферации Ki-67. Опухоли, имеющие более высокий индекс Глисона, с количеством Ki-67 положительных клеток около 20%, характеризуются умеренной экспрессией АР. Образцы высоко и умеренно дифференцированных ацинарных аденокарцином с уровнем Ki-67 положительных клеток 2-3%, характеризовались более выраженной экспрессией АР. Также было замечено, что уровень экспрессии АР в опухоли превышает уровень в нормальных железах. Таким образом, зависимость между уровнем экспрессии АР, Ki-67 и степенью дифференцировки опухолей была выявлена.

Выводы: Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что опухоли разной степени дифференцировки и с разным уровнем пролиферативной активности имеют количество АР превышающее уровень их экспрессии в нормальной ткани. Уровень экспрессии АР наиболее высок в опухолях с высокой степенью дифференцировки, однако экспрессия АР более 90% клеток отмечается и в низко дифференцированных опухолях, говоря о наличии у них чувствительности к АДТ, что подтверждается клиническими наблюдениями. На данный момент исследование продолжается.

Список литературы.

1. Летковская Т.А. Иммуногистохимическое исследование пролиферативной активности карцином простаты в материале радикальных простатэктомий
2. У.К. Оха, Дж.Логью, А.Т. Скарин Рак простаты, М:Рид Элсивер; 2009г., 176 с.
3. Irma Husain, Saumya Shukla, Priyanka Soni, Nuzhat Husain. Role of androgen receptor in prostatic neoplasia versus hyperplasia. Journal 07 Cancer Research and Therapeutic 2016, 1, 112-116
4. Li R, Wheeler T, Dai H, Frolov A, Thompson T, Ayala G. High level of androgen receptor is associated with aggressive clinicopathologic features and decreased biochemical recurrence-free survival in prostate: cancer patients treated with radical prostatectomy. The American Journal of Surgical Pathology, 2004, 7, 928-934
5. Shafi AA1, Yen AE, Weigel NL. Androgen receptors in hormone-dependent and castration-resistant prostate cancer. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23859952>)
6. X Yuan, C Cai, S Chen, S Chen, Z Yu, and SP Balk Androgen receptor functions in castration-resistant prostate cancer and mechanisms of resistance to new agents targeting the androgen axis (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890635/>)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ

Дерюгина Е.А., Иевлева А.А., Келямова К.Э.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования. Глазница находится на стыке мозгового и лицевого черепа, граничит с полостью носа и является вместилищем для органа зрения [1,2]. Развитие хирургических и диагностических офтальмологических технологий, требующих особой индивидуализации оперативных вмешательств, вызвало необходимость детализации всего спектра индивидуальной изменчивости глазницы и ее структур с учетом особенностей строения черепа [1,2,3].

Целью исследования является изучение топографо-анатомических особенности строения глазницы, определение линейных размерных характеристик глазницы и их взаимоотношения между собой, определение типологии глазницы.

Материалы и методы: оценка степени индивидуальной изменчивости глазницы производилась при помощи стандартных краниометрических методик (измерение по общепринятым краниометрическим точкам с использованием цифрового штангенциркуля ZIPOWER PM 4265). Параметры записывались

в протокол исследования с последующим внесением их в единую базу данных. Анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2016.

Были исследованы 20 черепов взрослых людей, находящихся на кафедре анатомии человека «Курского государственного медицинского университета».

Результаты и обсуждения. В ходе работы были определены шесть краниометрических показателей [1,2]. (все показатели пронумерованы в соответствии с их расположением в таблице 1):

Ширина орбиты (максилло-фронтальная) [mf-ek]

Ширина орбиты (дакриальная) [d-ek]

Ширина орбиты (лакримальная) [la-ek]

Высота орбиты

Орбитный указатель [высота орбиты: mf-ek]

Орбитный указатель дакриальный [высота орбиты: d-ek]

Также нами была эмпирически выявлена выраженность структур глазницы (форма глазницы, форма верхнего края орбиты, форма верхнего и нижнего краев орбиты, закрытый или открытый типы глазниц, наличие надглазничного канала, число и расположение подглазничных отверстий и тд.) после чего все полученные данные были подвергнуты статистической обработке в программе Microsoft Excel 2010. Данные всех измерений представлены в таблице 1:

Таблица 1. Результаты краниометрического исследования глазницы.

Краниометрические размеры		левая глазница		правая глазница	
		М (мм)	±σ (мм)	М (мм)	±σ (мм)
ширина орбиты (максилло-фронтальная)	mf-ek	39,35	2,06	39,81	2,19
ширина орбиты (дакриальная)	d-ek	37,12	2,97	37,50	2,16
ширина орбиты (лакримальная)	la-ek	34,73	2,38	35,73	2,38
Высота орбиты		33,04	2,09	33,97	1,67
орбитный указатель	высота орбиты: mf-ek	84,07	5,24	85,53	5,19
орбитный указатель дакриальный	высота орбиты: d-ek	89,48	8,10	90,82	6,04

По данным измерений, представленных выше, были определены следующие показатели:

1. Орбитный указатель. Различают: chamaeconch (низкая орбита) х-75,9; mesoconch (средняя орбита) 76,0-84,9; hypsiconch (высокая орбита) 85,0-у. Исходя из результатов собственных данных и опираясь на цифровые значения, в основном исследуемые нами глазницы имеют размеры выше 76, а значит их можно отнести к типу mesoconch и hypsiconch.

2. Орбитный указатель дакриальный. Chamaeconch или microseme (низкая орбита) х-82,99; mesoconch или mesoseme (средняя орбита) 83,00-88,99; hypsiconch или megaseme (высокая орбита) 89,00-у.

3. По данному указателю исследуемые глазницы имеют размеры выше 89, а значит они относятся к типу hypsiconch или megaseme.

Выраженность структур наружной части лобной кости определяется эмпирически. Так, на исследуемых черепах были определены:

1. Форма глазницы. При исследовании нами была выявлены следующие формы глазницы: угловатая, низкая, высокая и округлая. Наиболее часто встречалась низкая форма глазницы, наиболее редко высокая и округлая.

2. Форма верхнего края орбиты. При исследовании нами была выявлены следующие формы верхнего края орбиты: прямая, округлая и угловатая. Наиболее часто встречалась округлая форма верхнего края глазницы, наиболее редко прямая.

3. Форма верхнего и нижнего краев орбиты. При исследовании нами были выявлены следующие формы нижнего края глазницы: острая, притупленная, завернутая и закругленная. Наиболее часто встречалась завернутая форма нижнего края глазницы, наиболее редко – острая.

4. Закрытый или открытый типы глазниц. При исследовании нами были выявлены следующие типы глазниц: замкнутый и открытый. Наиболее часто встречался замкнутый тип глазницы (60%), наиболее редко открытый.

5. Наличие надглазничного канала. При исследовании нами было выявлено следующее наличие надглазничных каналов: 1, 2 и 3. Наиболее часто встречалось 3 надглазничных канала, наиболее редко – 2.

6. Число и расположение подглазничных отверстий. При исследовании нами было выявлено следующее число и расположение подглазничных отверстий: A1, A2, A3, A4, A6, A8, B1 и C1. Наиболее часто встречалось A1 число и расположение подглазничных отверстий, наиболее редко A8, B1 и C1.

7. Форма верхней глазничной щели. При исследовании нами были выявлены следующие формы верхней глазничной щели: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 9. Наиболее часто встречалась 3-ья форма верхней глазничной щели, наиболее редко 6-ая и 8-ая.

В исследовании были выявлены следующие закономерности: по параметрам орбитного указателя наиболее часто встречались mesoconch и hypsiconch в 47% случаях каждая; по орбитному указателю дакриальному в основном исследуемые глазницы имеют размеры выше 89, а значит они относятся к типу hypsiconch или megaseme (70%); наиболее часто встречалась низкая форма глазницы (45%), наиболее редко высокая и округлая (55%); верхний край глазницы наиболее часто был округлой формы (55%), наиболее редко прямой (20%). Нижний край глазницы наиболее часто имел завернутую форму (35%); наиболее часто встречался замкнутый тип глазницы (60%), и наиболее часто встречалось 3 надглазничных канала.

Таким образом, в результате данной работы были выявлены различные варианты краниометрических показателей глазницы. Необходимо учитывать

это в диагностике различных патологий, терапевтическом лечении и планировании оперативных вмешательств.

Список литературы.

1. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебец. – М.: Наука, 1964. – 128 с.
2. Бахолдина, В.Ю. Морфометрическая характеристика и типология глазницы человека/ В.Ю. Бахолдина//. – Морфология. – 2008. – т.133 -№ 4, с.37-40.
3. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина//Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – т.1. – С.568-572.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ ПРИ ТОНЗИЛЛИТЕ

Джару А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Радионов С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что на протяжении многих лет дерматологи, инфекционисты, иммуно-аллергологи пытаются понять связь между бактериальными инфекциями и крапивницей. Одним из наиболее распространенных респираторных заболеваний, чаще вызванным бактериальным возбудителем, является тонзиллит. Так как механизмы и причины возникновения крапивницы разнообразны и не все изучены, то можно предположить, что в результате развития очагов воспаления при тонзиллите может проявиться аллергическая реакция в виде крапивницы или отека Квинке.

Целью исследования является поиск в доступной научной литературе информации о этиологии, патогенезе крапивницы, осложняющей течение тонзиллита, определить распространенность осложнения тонзиллита сопутствующей крапивницей.

Материалы и методы: информационный поиск и анализ найденных источников информации по вышеуказанной тематике. Анкетирование пациентов оториноларингологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» (10 человек) и студентов ФГБОУ ВО КГМУ (100 человек).

В 1967 году было опубликовано исследование о развитии рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей, тонзиллита, отита, фарингита и синусита, часто обусловленных стрептококковой

и стафилококковой инфекцией у 15 из 16 детей, болеющих хронической крапивницей [4].

По данным литературы, от 15 до 25% общей человеческой популяции страдает крапивницей. Это кожное заболевание, характеризующееся образованием зудящих волдырей (плоско приподнятых бледно-розовых поверхностных элементов), а также ангионевротического отека (отека Квинке) – массивного отека кожи, подкожной жировой клетчатки и слизистых оболочек [2].

Формы и причины развития крапивницы крайне разнообразны. Этиологическим фактором развития заболевания могут быть сразу несколько экзогенных аллергенов. К ним относят инфекционные – бактерии, вирусы, грибы, продукты их жизнедеятельности. А также неинфекционные лекарственные, бытовые (домашняя пыль), биологические (шерсть животных) и др. аллергены [1, 3]. Так бактерии – стафилококки и стрептококки являются экзоаллергенами и возможным этиологическим фактором развития острой и хронической крапивницы.

В октябре 2011 г. Catado G и коллегами было проведено ретроспективное наблюдение 14 взрослых пациентов с хронической крапивницей и стрептококковым тонзиллитом, в результате которого было высказано предположение о причинно-следственной связи между двумя этими заболеваниями. Было обнаружено у больных высокий титр антистрептолизина-О (вырабатываемые организмом антитела, направленные против стрептолизина-О – токсического фермента, который выделяется некоторыми группами гемолитического стрептококка) и циркулирующих иммунных комплексов. Также после проведения антибиотикотерапии или тонзилэктомии этой группы больных наблюдалось разрешение симптомов крапивницы [5].

На базе Курского государственного медицинского университета был проведен опрос методом анкетирования. В нем участвовало 100 человек, были выявлены следующие данные: 36 человек (36%) болели тонзиллитом, при этом у 6% из них проявлялись аллергические реакции. При этом данные респонденты связывают, что аллергическая реакция может быть спровоцирована основным заболеванием (тонзиллитом).

Так же мы провели опрос 10 пациентов с ранее выполненной тонзилэктомией. Анкетирование проводилось на базе БМУ «Курская областная клиническая больница» оториноларингологического отделения. Возраст больных составлял от двадцати до пятидесяти лет. Все болели ангиной с детства и довольно часто. Диагноз хронический тонзиллит всем опрашиваемым был поставлен в подростковый период. У 7 пациентов проявились аллергические реакции в виде крапивницы и отека Квинке на бытовые раздражители, пищевые, металлы и укусы насекомых сопутствовали основному заболеванию – хронический тонзиллит. Особенно хотелось отметить появление активной реакции на лекарственные препараты применявшиеся больными для лечения тонзиллита (антибиотики, Кортексин, Лидокаин и его аналоги). Аллергическая реакция не являлась

следствием генетической предрасположенности, т.к. в большинстве случаев родственники опрашиваемых не являлись аллергиками.

На основании выше изложенных данных можно предположить, что крапивница является частым сопутствующим заболеванием при тонзиллите и др. бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, но в рекомендациях по лечению крапивницы нет точных указаний на роль бактериальной инфекции в развитии крапивницы.

Список литературы.

1. Адо А.Д. Общая аллергология. М., 1978.- 426 с.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014. 656с. (Серия «Национальные руководства»).
3. Федоскова Т.Г., Ильина Н.И. Аллергические заболевания в клинической практике // Российский аллергологический журнал. 2004. № 2. С.34-44.
4. Buckley R.H., Dees S.C. Serum immunoglobulins. Abnormalities associated with chronic urticaria in children // J. Allergy. 1967. 40. 294-303.
5. Catado G., Lureiro G., Machado D. et al. Streptococcal tonsillitis as a cause of urticaria tonsillitis and urticaria // Allergol. Immunopathol. 2011, Oct 5. Epub ahead of print.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Затолокина Е.С., Сидоров Е.О., Цымбалюк В.В.,

Жируев Д.С., Казанцева А.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Затолокина М.А.

Актуальность исследования. Желчный пузырь является полым органом, в котором происходит накопление поступающей из печени, тягучей, зеленоватого цвета жидкости – желчи, высвобождающейся в дальнейшем в тонкий кишечник под действием нейрорептидного гормона вырабатываемого I-клетками слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и проксимальным отделом тощей кишки [1]. Макроскопически желчный пузырь имеет форму овального мешка, в котором выделяют узкую часть – шейку с отходящим выводным пузырным желчным протоком, тело и самую широкую часть – дно [4]. Микроскопически в строении стенки желчного пузыря выделяют четыре оболочки: слизистая, подслизистая, мышечная, адвентициальная или со стороны брюшной полости – серозная [3]. При различных патологических состояниях желчного пузыря происходят реактивные изменения структур во всех его оболочках [2]. В связи с этим,

весьма актуальным является изучение особенностей строения оболочек при патологических состояниях, а так же в онто- и филогенезе.

Целью данного исследования, в связи с этим, явилось изучение особенностей микроскопического строения стенки желчного пузыря в филогенетическом аспекте.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на 40 половозрелых особях, относящихся к классу рыбы, отрядам карпообразные и щукообразные, классу птицы, отряду курообразные, классу млекопитающие, отряду зайцеобразные. Этические принципы обращения с животными соблюдались в соответствии с Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей, ETS № 170. Полученные для исследования желчные пузыри промывали проточной водой и фиксировали в 10%-м нейтральном формалине. По окончании фиксации из дна стенки желчного пузыря иссекали участок размерами 0,5x0,5 см, заливали в парафин и изготавливали срезы толщиной 5-7 мкм. Полученные гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Ван Гизон. Микроскопию и микрофотографирование проводили с использованием микроскопа Leica CME и окуляр-камеры DCM-510.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного гистологического исследования нами было выявлено следующее: у представителей класса рыбы отряда карпообразные стенка желчного пузыря содержала хорошо визуализируемые 4 оболочки: слизистую, подслизистую, мышечную и серозные оболочки. Слизистая оболочка была покрыта призматическим эпителием. Собственная пластинка слизистой оболочки образована рыхлой волокнистой соединительной тканью и инфильтрирована клетками. Плотность клеток в поле зрения высокая. В подслизистой основе определяется тонкая полоска соединительной ткани, образованная зрелыми коллагеновыми волокнами, дающими яркую оксифилию при окраске по методу Ван Гизон. Мышечная оболочка состоит из двух слоев гладких миоцитов, хорошо определяемых по форме веретеновидных ядер. Между слоями визуализируются межмышечные ганглии. Кнаружи количество гладких миоцитов уменьшается, а увеличивается число и плотность расположения зрелых коллагеновых волокон ярко оксифильного цвета при окраске по методу Ван Гизон. Наружная оболочка содержит рыхлую волокнистую соединительную ткань, кровеносные сосуды и снаружи покрыта однослойным эпителием (рисунок 1).

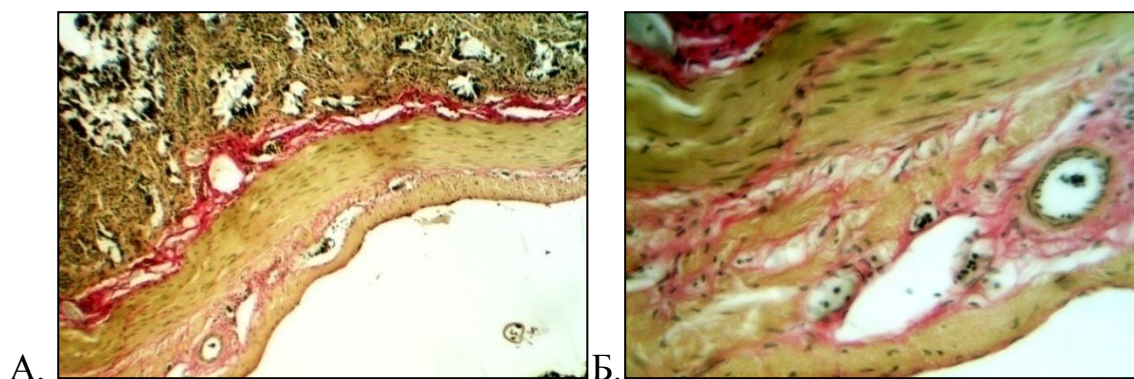


Рисунок 1. Микрофотография стенки желчного пузыря у представителей класса рыбы отряда карпообразные. Окрашено по методу Ван Гизон. Ув.х200 (А), х400 (Б).

Принципиальным отличием в строении стенки желчного пузыря у представителей отряда щукообразные является наличие в толще мышечной оболочки более мощного соединительнотканного каркаса, что, вероятнее всего, связано с особенностями питания (рисунок 2).

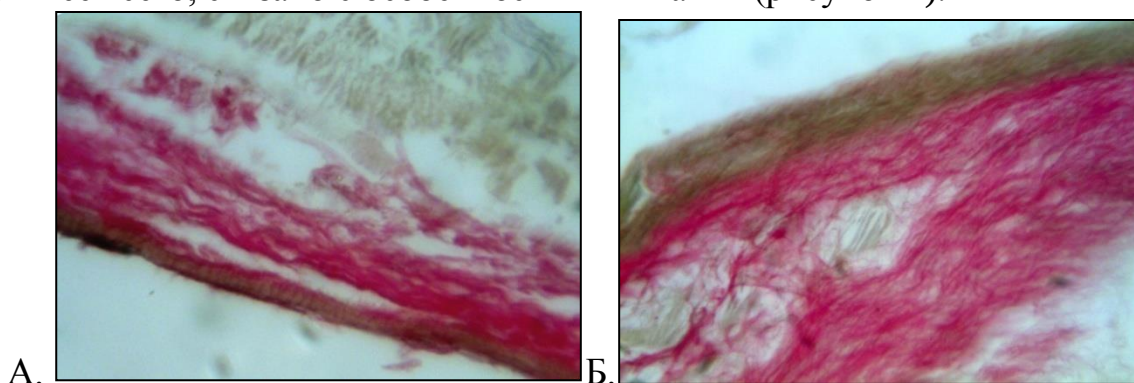


Рисунок 2. Микрофотография стенки желчного пузыря у представителей класса рыбы отряда щукообразные. Окрашено по методу Ван Гизон. Ув.х200 (А), х400 (Б).

У представителей класса птицы отряда курообразные было отмечено, что слизистая оболочка желчного пузыря образует широкие пирамидообразные складки содержащие ворсинки. На поверхности ворсинок визуализируется слой слизи. Слизистая оболочка покрыта однослойным высокопризматическим эпителием. В толще собственной пластинки слизистой оболочки определяются крупные кровеносные сосуды. В мышечной оболочке выявлены пласты зрелых коллагеновых волокон, расположенных плотно и компактно (рисунок 3).

У представителей класса млекопитающие отряда зайцеобразные слизистая оболочка образует узкие и длинные ворсинки, покрытые однослойным призматическим эпителием, на поверхности которого определяется слой слизи. Мышечная пластинка без особенностей, она не содержит такого мощного соединительнотканного каркаса как у представителей предыдущих групп (рисунок 4).

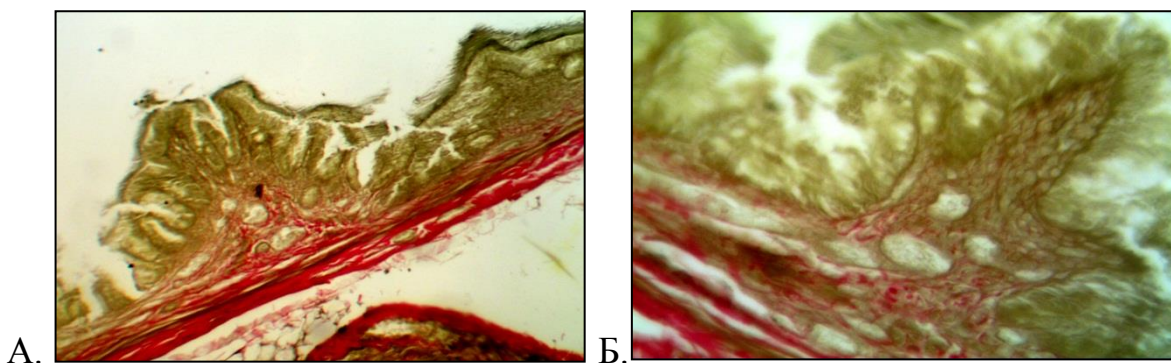


Рисунок 3. Микрофотография стенки желчного пузыря у представителей класса птицы отряда курообразные. Окрашено по методу Ван Гизон. Ув.х200 (А), х400 (Б).

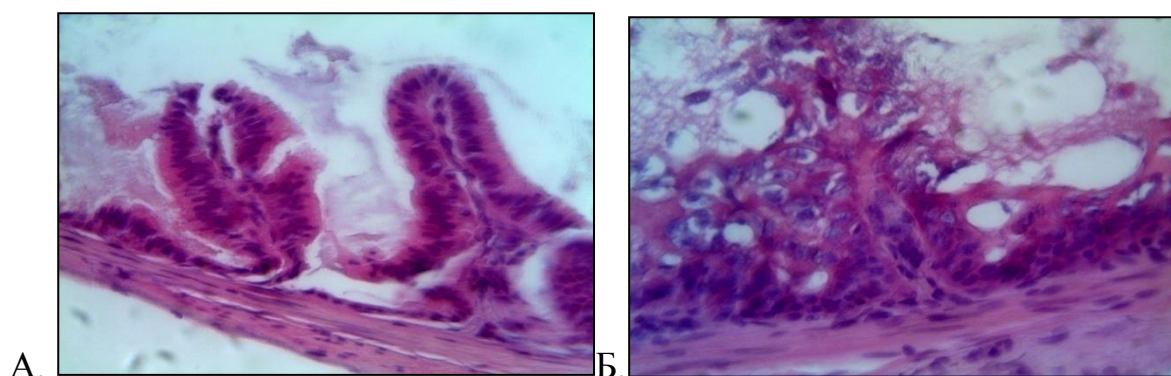


Рисунок 4. Микрофотография стенки желчного пузыря у представителей класса млекопитающие отряда зайцеобразные. Окрашено гематоксилином и эозином. Ув.х200 (А), х400 (Б).

Выводы. Таким образом, в строении стенки желчного пузыря в филогенетическом ряду отмечаются принципиальные морфологические отличия, определяемые типом питания и условиями обитания, что необходимо учитывать при проведении научных исследований на животных.

Список литературы.

1. Агаханян Н.Г. Изменения морфометрических параметров желчного пузыря человека в период инволюции // Морфология. 2008. – № 2. – С. 7.
2. Затолокина М.А. Морфологическая характеристика периферических нервов плечевого сплетения, иннервирующих мышцы-разгибатели у представителей отряда зайцеобразные // Вестник Волг.ГМУ.- 2015.-№ 3.-С.46-50.
3. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Диффузное утолщение стенки желчного пузыря. Клиническое значение // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология.- 2010. – № 4. – С. 47-57.
4. Шеховцова Ю.А., Горбунов Н.С., Самотесов П.А. Особенности строения стенки желчного пузыря у людей зрелого возраста. // Сибирское медицинское обозрение.-2011.- № 2 (68).- С. 48-51.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТИ

Иевлева А.А., Келямова К.Э., Дерюгина Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования. В системе краниотопографических отношений костей черепа затылочная кость играет важную роль. Являясь образованием сложной формы, затылочная кость участвует в формообразовании свода черепа, ряд анатомических образований, расположенных в затылочной области и непосредственной близости с БО, представляют собой один из наиболее комплексных регионов наружного основания черепа. Взаимоотношения частей черепа и их индивидуальные особенности позволяют выделить типологические группы форм головы, детальное изучение которых способствует дальнейшему развитию отдельных отраслей медицины и антропологии. Особенности формы и положения затылочной кости, ее отдельных частей имеют значение в нейрохирургической практике для уменьшения рисков, выбора оптимальных доступов, развития новых реконструктивных методик. Возникающие в этой области разного рода интра- и экстрадуральные патологические процессы представляют значительную хирургическую проблему [2,4].

Целью исследования является изучение топографо-анатомических особенностей строения затылочной кости, определение линейных и угловых размерных характеристик затылочной кости, и их взаимоотношение между собой.

Исследование проведено на 12 мацерированных черепах взрослых людей (неустановленного возраста и пола) русской популяции. Изучались черепа, находящиеся на кафедре анатомии человека «Курского государственного медицинского университета». В ходе работы были определены пятнадцать морфометрических показателей анатомических образований затылочной кости, осуществлялись измерения по общепринятым краниометрическим точкам с использованием цифрового штангенциркуля, полученные данные были систематизированы, а по ним был проведен вариационно-статистический анализ.

Как показали наши исследования среднее значение затылочной хорды, за которую принималась прямая от ламбды до опистиона составило 93,9 мм, при максимуме 106,9 мм и минимуме 89,1 мм. Наиболее часто встречаемым результатом среди исследуемых черепов стало 92 мм, практически соответствующее среднему показателю. При этом более значимые различия говорят о принадлежности к той или иной форме черепа. Так, наименьшая затылочная дуга наблюдалась среди брахикранов, у мезокранов отмечалось незначительное удлинение, а наибольший показатель установлен у долихокранов.

Затылочная дуга, соединяющая ламбду, опистокранион и опистион имеет среднее значение 115 мм, максимальное – 131мм, минимальное – 107мм, при этом мода составила 107 мм, повторив в данной выборке минимальный показатель.

Измерение хорды верхней части затылка дало примерно одинаковые результаты, где среднее значение – 34,28мм, а максимальное и минимальное 44,8 мм, 29,5 мм соответственно. При этом аналогичный показатель, измеренный по поверхности кости (дуга верхней части затылка), характерно увеличивается до 48-31мм, а среднее значение – 35,58мм.

Хорда верхней части затылка, расположенная от ламбды до иниона, имела средний показатель равный 60,83мм, максимальный – 72,7мм, минимальный – 49,24 мм. Дуга верхней части затылка, протягивающаяся над теми же точками, имела следующие параметры: среднее значение – 64,92мм, максимальное – 78мм, минимальное – 52мм.

Установлено, что прямое расстояние между inion и opistion – хорда нижней части затылка – в среднем составляло 48,83мм, при максимальном значении 60,1мм и минимальном значении 31,7мм, этот показатель обычно не превышает 63мм, и редко бывает меньше 30мм.

Результат измерения дуги нижней части затылка оказался схожим с предыдущим. Среднее значение практически одинаковое – 48,54мм. Максимальное значение – чуть больше 63мм, а минимальное – чуть меньше 28,5мм.

Такой широкий диапазон значений этих четырех краниометрических характеристик является следствием значительной вариабельности выйных линий наружной поверхности затылочной кости, мест прикрепления мышц головы на черепе, и затылочного бугра – места, с которого начинается окостенение. Вышеупомянутые параметры, позволяющие судить об особенностях изгиба затылка, изучаются в учениях В.М. Шевкуненко об индивидуальной анатомической изменчивости. [2]

Хорда нижней части затылочной кости. Средний показатель составил 72,5 мм, максимальный – 83мм, минимальный – 62,8мм. Дуга нижней части затылка имела среднее значение 79,7мм, максимальное – 96мм, минимальное – 67мм.

Указатель изгиба затылка в среднем равен 81,8 мм, максимально – 87,2 мм, минимально – 76 мм.

Длина затылочного отверстия, замеряющаяся между задним и передним краями большого затылочного отверстия, в среднем имела значение 36,9мм, в то время как максимальное значение составило 42,55мм, а минимальное значение – 32,8мм.

Ширина затылочного отверстия обычно меньше длины, но в данном исследовании был выявлен череп, у которого величина показателя ширины была больше. Но в среднем она составила 30мм, а максимальное и минимальное значения соответственно равны 37,4мм и 25,3мм.

Указатель затылочного отверстия в среднем равен тоже 81,8 мм, как и указатель изгиба затылка. Его большее значение равно 114 мм

(у черепа, в котором ширина больше длины), а меньшее – 70,72 мм (у черепа, в котором ширина значительно меньше длины). Тем самым можно вывести прямопропорциональную зависимость: чем больше ширина большого отверстия затылочной кости, тем больше указатель затылочного отверстия.

Таким образом, в результате работы было выявлено, что имеют место быть некоторые морфометрические показатели затылочной кости и окружающих её анатомических образований между отдельными индивидами [1,3]. Необходимость в осведомленности об индивидуальных особенностях строения затылочной кости у различных групп граждан можно считать безоговорочной, учитывая её значимость при диагностировании различных патологий, терапевтическом и хирургическом лечении заболеваний.

Список литературы.

1. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебеч. – М.: Наука, 1964. – 128 с.
2. Волошин, В.Н. Анализ некоторых морфометрических параметров затылочной кости человека/ В.Н. Волошин// Луганский государственный медицинский университет.-2014.-Т.12.-№ 2.-С.32-35.
3. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина//Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – Т.1. – С.568-572.
4. Морфометрическая характеристика показателей изгиба кривизны чешуи затылочной кости. [Электронный ресурс]-2019.-Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015012389>

КОЛЛАТЕРАЛЬНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МОЗГА ПРИ АГЕНЕЗИИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Калинина А.А., Котович А.В.

**Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет**

Белорусский государственный медицинский университет

**Научные руководители – д.м.н., профессор Усович А.К.,
к.м.н., доцент Давыдова Л.А.**

Актуальность исследования. Врожденное отсутствие внутренней сонной артерии (ВСА) относится к редким врождённым аномалиям и определяется у населения менее 0,01% [1,2]. Отсутствие ВСА может быть изолированным или сочетаться с другими аномалиями внутренних органов. Аномалии ВСА, связанные с нарушением её эмбриогенеза классифицируются следующим образом: агенезия (отсутствие одной или двух ВСА и, следовательно, полное отсутствие сонных каналов); аплазия (сохраняется часть сегментов ВСА

и отмечается недоразвитие сонного канала) или гипоплазия (диаметр ВСА составляет менее 1,5 мм, сонный канал соответственно сужен) [2]. Указанная врожденная патология ВСА чаще всего протекает бессимптомно и обнаруживается случайно с помощью цветной доплерографии, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). При агенезии ВСА у 25-43% пациентов могут развиваться внутричерепные аневризмы [1,2]. При такой врожденной аномалии кровоснабжение головного мозга происходит в основном через сосуды Виллизиева круга, а также через сохранившиеся эмбриональные сосуды и многочисленные анастомозы с ветвями наружной сонной артерии (НСА) [2,3].

Целью работы является изучение и анализ литературных данных, касающиеся эмбриогенеза ВСА, агенезии ВСА и отсутствия сонного канала, о типах коллатерального кровоснабжения головного мозга; изучение и описание черепа взрослого человека, в котором было выявлено отсутствие сонного канала, а также черепов без указанной патологии.

Материал и методы. Материалом исследования послужили 47 черепов человека из коллекции кафедр анатомии человека ВГМУ и нормальной анатомии БГМУ. Измерены продольные и поперечные размеры наружной апертуры сонного канала, овального и остистого отверстий клиновидной кости. Использованы морфометрический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. При исследовании строения наружного и внутреннего основания 47 черепов выявлено следующее. Только в одном черепе (№ 1) взрослого человека полностью отсутствуют левый и правый сонные каналы. По данным литературы развитие сонного канала напрямую связано с развитием ВСА (1,2). ВСА развивается из 3-й жаберной дуги на 4-й неделе эмбрионального развития, а кости основания черепа начинают формироваться на 5-й неделе. Вероятно, отсутствие сосуда как такового обуславливает отсутствие формирования поддерживающего его костного канала. И этот признак является одним из основополагающих в диагностике агенезии, аплазии или гипоплазии ВСА [1,4]. В этом же черепе овальное и остистое отверстия и слева, и справа значительно увеличены в размерах и вытянуты в переднезаднем направлении. Продольный размер овального отверстия слева составляет 9 мм, поперечный размер – 7 мм, справа поперечный – 6 мм, продольный размер – 8 мм, что значительно превышает среднестатистические показатели в норме. У остальных 46 черепов продольный размер наружной апертуры сонного канала составляет в среднем 7-8 мм, а поперечный – 5-6 мм. Форма наружных апертур сонного канала разнообразна: 54% имели овальную форму, 30% округлую, 12% грушевидную. Форма овальных отверстий наиболее часто овальная (92%), значительно реже треугольная (3%) и ромбовидная (3%). Средний продольный диаметр овального отверстия слева и справа составляет 6-8 мм, а поперечный – 4-5 мм. На черепе № 1 слева и справа хорошо определяется борозда, идущая от овального отверстия к сонной борозде тела клиновидной кости и менее заметная, которая подходит к рваному отверстию. Слева борозды выражены лучше. По описанию Т. Лужа в эмбриональном периоде развития сосудов

имеются варианты ветвей ВСА и НСА. Так, в шейном отделе от ВСА отходят: примитивная подъязычная, примитивная слуховая, примитивная тройничная артерии. Ветвью верхнечелюстной артерии (ветвь НСА), является средняя менингеальная артерия, которая входит в полость черепа через остистое отверстие. В некоторых случаях от средней менингеальной артерии или от НСА может отходить добавочная менингеальная артерия, которая входит в полость черепа через овальное отверстие. Затем она направляется к кавернозному синусу, где, вероятно, анастомозирует с артериями Виллизиева круга [2].

Развитие сосудистой системы головного мозга соответствует этапам созревания структур ЦНС. Каротидная и вертебральная системы в первые месяцы эмбрионального развития формируются отдельно, независимо друг от друга. Слияние двух систем и образование Виллизиева круга происходит на 3-м месяце внутриутробной жизни. Роль Виллизиева круга в обеспечении компенсаторного кровообращения несомненна, однако значительно большее значение имеют множественные анастомозы мелких разветвлений корковых и глубоких ветвей передней, средней и задней церебральных артерий. Развитие широкой сети анастомозов начинается еще в эмбриональном периоде [5,6].

У пациентов с односторонней или двусторонней агенезией ВСА описаны три варианта коллатерального кровообращения мозга [2]. 1 – Внечерепные коллатерали – между ВСА и НСА, а также между системами сонных и подключично-позвоночных артерий. Анастомозы между ВСА и НСА обеспечивают также эмбриональные сосуды. 2 – внечерепные-внутричерепные коллатерали – анастомозы образованы рудиментарными эмбриональными сосудами (внечерепными ветвями ВСА) с основной артерией (внутри черепа); 3 – внутричерепные коллатерали – обеспечивают кровоснабжение мозга, образуя анастомозы между отдельными артериями мозга: артериальный круг основания мозга (Виллизиев круг); анастомозы на поверхности мозга. В коре головного мозга определены зоны смежного кровоснабжения в местах стыка периферических ветвей передней, средней и задней мозговых артерий

Выводы. Изучение и анализ литературных данных, касающихся эмбрионального развития ВСА, сонного канала, типов коллатерального кровоснабжения головного мозга, свидетельствует о том, что врожденная агенезия ВСА является редкой, обычно бессимптомной, сосудистой аномалией. Внутричерепное кровообращение головного мозга поддерживается коллатеральными анастомозами в основном через Виллизиев круг, а также через сохранившиеся эмбриональные сосуды и многочисленные анастомозы с ветвями НСА.

Изучение собственного анатомического материала (47 черепов) выявило только один череп с агенезией сонного канала слева и справа, а также рядом анатомических образований, позволяющих предположить, что полноценное кровоснабжение головного мозга осуществлялось рудиментарными эмбриональными сосудами, которые вероятно являлись ветвями НСА.

Исходя из литературных данных, становится ясным, что большинство случаев агенезии ВСА клинически не проявляется в связи с хорошо развитыми анастомозами. Точный диагноз данной врожденной патологии позволяют поставить только МРТ и МР-ангиография в сочетании с КТ. Именно КТ подтвердит отсутствие костных сонных каналов.

Список литературы.

1. Бадалян, Л.О. Детская неврология: Учеб.пособие.-М.:ООО «МЕДпресс»,1998.-576с.
2. Гипоплазия общей сонной артерии и аплазия внутренней сонной артерии слева в сочетании с аневризмой передней соединительной артерии по данным КТ-ангиографии / Д.Э. Байков [и др.] // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2015. – Т. 14, № 3. – С. 34–39.
3. Лужа, Д. Рентгеновская анатомия сосудистой системы / Д. Лужа. – Будапешт : Изд-во АН Венгрии, 1973. – 380 с.
4. Персистирующая тригеминальная артерия (ПТА) – наиболее частый тип каротидно-базилярных анастомозов / Ю.М. Филатов [и др.] // Журн. «Вопр. нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко». – 1998. – № 2. – С. 3–6.
5. Пэттен, Б.М. Эмбриология человека / Б.М. Пэттен ; пер. с англ. О.Е. Вязова и Б.В. Конюхова ; под ред. Г.А. Шмидта. – М. : Медгиз, 1959. – 768 с. : ил.
6. Развитие, аномалии и вариантная анатомия артерий головного мозга / Е.В. Чаплыгина [и др.] // Журн. анатомии и гистопатологии. – 2015. – Т. 4, № 2. – С. 52–59.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЛОБНОЙ КОСТИ ПО КРАНИОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Келямова К.Э., Иевлева А.А., Дерюгина А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования. Изучение особенностей строения костей лицевого черепа, варибельности расположения различных его структур и краниометрических показателей остается актуальным, несмотря на многолетнее исследование данной темы, представляет значительный интерес для специалистов в различных областях, особенно хирургии [3] и косметологии. Все это в полной мере относится и к особенностям лобной кости, а также к строению лобных пазух, которые до сих пор не находят достаточного освещения в литературе.

Целью исследования являются изучение особенностей развития и строения лобной кости, выявление различий в морфометрических параметрах лобной кости с их последующим анализом.

Материалы и методы: оценка степени индивидуальной изменчивости лобной кости производилась при помощи стандартных краниометрических методик (измерение по общепринятым краниометрическим точкам с использованием цифрового штангенциркуля) [1,4], а также современных методов восстановления черепа в программе RadiAnt DICOM Viewer на основе срезов компьютерной томографии (КТ) с получением 3D-модели. Большое количество срезов КТ, в среднем 300-390, позволило добиться наибольшей точности восстановления и высоты разрешения. Все 3D-модели были измерены при помощи компьютерной программой Universal Desktop Ruler. Были исследованы 3 мацерированных черепа взрослых людей, находящихся на кафедре анатомии человека «Курского государственного медицинского университета», и 10 восстановленных по данным КТ черепов женщин в возрасте от 39 до 51 года.

Результаты и обсуждения. В ходе работы были определены двенадцать краниометрических показателей [1] (все показатели пронумерованы в соответствии с их расположением в таблице 1):

- 1) Март. 9. Биом. В'. Наименьшая ширина лба [ft-ft];
- 2) Март. 10. Биом. В". Хауэллс. XFB. Наибольшая ширина лба [co-co];
- 3) Март. 29. Биом. S₁'. Хауэллс. FRC. Лобная хорда [n-b];
- 4) Март. 26. Биом. S₁. Лобная дуга [n-g-on-b];
- 5) Март. 29(1). Глабеллярная хорда [n-on];
- 6) Март. 26(1). Глабеллярная дуга [n-g-on];
- 7) Март. 29(2). Хорда мозговой части лобной кости [on-b];
- 8) Март. 26(2). Дуга мозговой части лобной кости [on-m-b];
- 9) Поперечный диаметр мозгового черепа [eu-eu];
- 10) 29:26 Указатель изгиба лба [n-b : n-g-on-b];
- 11) 9:8 Лобно-поперечный указатель или Лобно-теменной указатель [ft-ft: eu-eu];
- 12) Угол профиля лба от глабеллы [угол g-m к франкфуртской горизонтали].

Также нами была эмпирически выявлена выраженность структур наружной части лобной кости (рельеф надбровья, протяженность надбровных дуг, степень выступания глабеллы и т.д.), после чего все полученные данные были подвергнуты статистической обработке в программе Microsoft Excel 2010. Данные всех измерений представлены в таблице 1:

Таблица 1. Результаты краниометрии лобной кости

№	№ черепа												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	93,7	95,8	95,6	94,1	101	101	94,8	92,1	96,3	91,5	94,4	98,1	98,3
2	117	124	114	131	130	129	132	121	119	123	122	127	124
3	114	117	114	104	109	126	154	114	137	115	119	95,8	109
4	132	134	129	122	127	145	175	132	155	129	134	113	127
5	23,7	17,6	28,8	21,3	29,7	29	32,2	21,9	23,9	24,5	35,8	24,8	24,7
6	27	19	32	28,3	23,3	17,1	29,9	22,2	25,7	27	36,9	25	25,8

7	95,1	113	92,4	91,2	98,4	98,8	113	96,3	112	96,8	89,6	83,6	95,4
8	107	124	98	99,3	101	104	120	103	122	104	97,4	87,9	101
9	130	131	121	153	144	101	153	150	146	146	138	145	139
10	86,1	87,1	88,7	84,7	85,8	86,9	88,0	86,6	88,3	89,0	88,9	84,9	86,5
11	72,1	73,4	79,1	61,3	70,3	100	62,0	61,8	66,1	62,9	68,2	67,6	71,0
12	87,7	88,0	84,2	77,9	84,7	79,4	80,3	72,3	72,0	77,0	81,2	84,1	77,9

По данным измерений, представленных выше, были определены следующие показатели:

1. Ширина лба. При определении данного показателя необходимо обращать внимание на значение лобно-поперечного указателя. Различают: узкий лоб – $x < 65,9$; лоб средней ширины – $66,0 < x < 69,9$; широкий лоб – $x > 68,9$. Соответственно этому показателю каждому черепу была своя классификация по данному признаку. Как широкий лоб определяется у шести исследованных черепов (номера 1, 2, 3, 5, 6, 13), как средний – у трех (9, 11, 12), обладателей узкого лба оказалось четверо (4, 7, 8, 10). По лобно-поперечному указателю можно также произвести еще одну классификацию: соответственно ей обладатели широкого лба являются мегасемами (4), гипермегасемами (1), ультрамегасемами (1). Обладатели лба среднего размера являются мезосемами (3), узкого – в нашем случае только микросемами (4), ультра- и гипермикросемы не были обнаружены.

2. Указатель изгиба лба помогает выявить степень выпуклости лобной кости (orthometop (лобная кость округлая) – $x-90$; chamaemetop (лобная кость плоская) – $90-y$). Полученные в исследовании значения показывают, что лобная кость всех исследуемых черепов округлая, выпуклая, хотя степень округлости невысока, так как указатель изгиба лба практически у всех черепов близок к 90.

Выраженность структур наружной части лобной кости определяется эмпирически. Так, на исследуемых черепах были определены:

1. Рельеф надбровья. Определяется соответственно слитности или раздельности элементов этой части лобной кости. Практически все черепа имели надбровье с сильной выраженностью отдельных элементов надглазничного края, также у некоторых рельеф, наоборот, отсутствовал вообще.

2. Протяженность надбровных дуг. Надбровные дуги большинства черепов, за исключением 2, 3, 12, 13, представляют собой распространяющиеся в боковом направлении приблизительно на половину расстояния между глабеллой и надглазничным треугольником. Надбровные дуги остальных черепов выглядят как едва заметные возвышения справа и слева от глабеллы.

3. Выступление глабеллы. Среднее выступание глабеллы наблюдалось на 4, 6, 7, 11, 13 черепах, слабое – на 9, 10, 12, сильное – на 1, 2, 3 черепах. На 5 и 8 черепах выступание глабеллы практически не выражено.

Также нами был произведен анализ зависимости формы лобных пазух, вариантов их строения и положения от других морфометрических показателей лобной кости, в частности протяженности надбровных дуг и степени изгиба надглазничного края [4].

В исследовании были выявлены следующие закономерности: отсутствует корреляции между шириной лба и рельефом надбровья; наблюдается зависимость между протяженностью надбровных дуг, степенью изгиба надглазничного края и анатомией лобных пазух [2]; морфометрические отличия лобной кости в большей степени зависят от классификации черепа по черепному указателю.

Таким образом, в результате данной работы были выявлены различные варианты краниометрических показателей лобной кости. Необходимо учитывать это в диагностике различных патологий, терапевтическом лечении и планировании оперативных вмешательств при отсутствии рентгеновского контроля.

Список литературы.

1. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебеч. – М.: Наука, 1964. – 128 с.
2. Анатомическая изменчивость лобной пазухи человека и ее связь с формой надглазничного края/А.А. Виноградов [и др.]//Научные ведомости. – 2017. – № 12. – С. 22-30.
3. Кучмин, В.Н. Хирургические особенности лобной пазухи в системе черепа/ В.Н. Кучмин // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2014. – № 4.- С. 66.
4. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина//Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – Т.1. – С.568-572.
5. Особенности строения sinus frontalis в зависимости строения лобного края лобной кости/ А.В. Павлов [и др.] // Журнал медико-биологических исследований. – 2017. – Т. 5, № 1. – С. 72–77.

МОРФО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ КРАПИВНИЦЫ

Клименко А.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – к.м.н., Радионов С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что в XXI веке мир, в котором живут люди, наполнен аллергенами, они могут много лет не проявляться, или наоборот, человек будет всю жизнь бороться с аллергической болезнью. По информации, предоставленной ВОЗ, на данный момент аллергические и иммунодефицитные состояния занимают лидирующие позиции по распространенности. По данным Л.А. Горячкиной и К.П. Кашкиной [1] сейчас аллергическими заболеваниями страдают от 10-30% взрослого населения и 20-50% детского населения. Все свойства нашего организма, в том числе и реакции (как аллергические, так и неаллергические) определяются генотипом, поэтому в настоящее время проводится много исследований зависимости возникновения различных реакций и состояний с комбинациями генов.

Целью исследования является анализ доступных научных источников информации для определения степени изученности вопроса о связи появления, развития, течения и исходов различных видов крапивницы с генотипом их носителей.

Материалы и методы. Информационный поиск и анализ найденных источников информации по вышеуказанной тематике.

Результаты и обсуждение. Крапивница – одно из самых часто встречающихся заболеваний кожи, характеризующихся возникновением кожной сыпи, ее первичный элемент – волдырь.

Крапивница обладает своими эпидемиологическими особенностями:

- обнаруживается хотя бы один раз в жизни у 17-26% населения.
- у 49% больных имеется сочетание крапивницы и отека Квинке, у 40% – только крапивница, у 11% – изолированный отек Квинке. Данная информация предоставляется в статье «Крапивница» Л.А. Горячкиной и коллег [2].
- острая крапивница чаще наблюдается у детей и подростков, хроническая же более характерна для людей от 20 до 40 лет.

На данный момент науке известно несколько генов, которые подвергаются мутациям, а затем провоцируют и усиливают действие того или иного вида крапивницы.

Первый ген, о котором стоит рассказать – ген филлагрин (FLG). По определению из статьи «Клинико-генетическая характеристика больных атопическим дерматитом и крапивницей с мутациями в гене Филагодырина» [3] локализация данного гена установлена в хромосомной области 1q21, в которой расположен дифференцировочный эпидермальный комплекс, он охватывает около 30 генов, кодирующих белки, принимает участие в конечной дифференцировке эпидермиса. Крапивница связана с мутациями с.2282del4 (2% исследуемых), р.Arg501X (2,90%) в данном гене.

Статистика показывает, что у людей проявляется крапивница в связи с взаимодействием внешних факторов среды, которые могут влиять на человека длительно или проявляться практически мгновенно, например, приблизительно у 20% исследуемых, на которых строилась статистика, наблюдалось обострение кожного процесса на фоне психоэмоционального стресса, столько же процентов у исследуемых, которые попали под влияние приема аллергического лекарственного препарата или контакта с самим аллергеном. Также диагнозу крапивница может сопутствовать аллергические заболевания, такие как: ангиоотек, бронхиальная астма.

Основываясь на анализе статьи авторов А.Н. Пампура и Т.Н. Соловей [4], было отмечено, что холодовая крапивница характеризуется такими клиническими проявлениями, как зуд, уртикарий, который становится заметен через несколько минут после холодового воздействия или сразу после согревания охлажденной кожи. Исчезнуть уртикарии могут в течение 30-60 минут после согревания, но при поражении больших участков может произойти развитие анафилактоидных реакций.

По определению британских ученых, обнаруживших мутации генетического характера PLAID, из-за ее воздействия ДНК не становилось целостным, теряя свою часть. В результате этого, ген PLCG2, находящийся в постоянной активации, вынуждает антитела к ненормальному, обостренному реагированию [5], эта мутация вызывает не только сильное действие холодовой крапивницы, но и несет ответ за иммунодефицит, за кожные заболевания воспалительного характера.

Вибрационная крапивница довольно часто наследуется по аутосомно-доминантному типу. Максимальное проявление данного вида крапивницы можно зафиксировать через 4-6 часов после соответствующего физического воздействия, то есть непосредственно интенсивной вибрации. Может наблюдаться выраженная головная боль, болезненность и зуд. Все симптомы могут проявляться в течение суток, это говорит о том, что характер данной крапивницы связан с воспалительной инфильтрацией дермы нейтрофилами, эозинофилами и мононуклеарами.

В статье К. Монакова [6] была установлена генетическая причина вибрационной крапивницы, заключающаяся в наследственной точечной мутации гена ADGRE2, а также, что данный ген отвечает за синтез одноименного белка, присутствующего на поверхности иммунных клеток. Механизм этой мутации состоит в том, что белок ADGRE2 включается в себя две субъединицы, они находятся на противоположных сторонах клеточной мембраны. При норме данные субъединицы остаются вместе и тесно взаимодействуют друг с другом, но при мутации они становятся менее стабильными, в результате этого бета-субъединица может отделиться и запустить внутрь клеток аллергическую реакцию.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют об огромной значимости как клинического, так и генетического аспекта данных мутаций в генах в развитии распространенного аллергодерматоза – крапивницы, также они подчеркивают необходимость

своевременной ДНК-диагностики этих мутаций с целью назначения персонализированной терапии, а также правильном наблюдении за своим здоровьем, поддержание правильного образа жизни и своевременной профилактики.

Список литературы.

1. Горячкина Л.А., Кашкина К.П. Клиническая аллергология. – М.: Миклош, 2009. – 432 с.
2. Горячкина, Л.А. Крапивница / Л.А. Горячкина, Н.М. Ненашева, Е.Ю. Борзова // Лечащий врач. – 2003.
3. Клинико-генетическая характеристика больных атопическим дерматитом и крапивницей с мутациями в гене Филагодырина / Э.Ф. Хантимерова, Г.М. Нуртдинова, А.С. Карунас, Г.Ф. Гималова // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10 – С. 752-756.
4. Монаков, К. Обнаружен ген вибрационной крапивницы. [Электронный ресурс] / К. Монаков. – Режим доступа: URL: <https://medbe.ru/news/nauka-i-tehnologii/obnaruzhen-gen-vibratsionnoy-krapivnitsy/> (дата обращения 03.03.2019).
5. Пампура А.Н. Современные подходы к диагностике и терапии крапивниц у детей / А.Н. Пампура, Т.Н. Соловей // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – Т.16, № 23. – С. 1534 – 1540.
6. Ученые: в холодовой крапивнице виноваты гены. [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <http://medvesti.com/zdorovie/drugoe/1127-holodovoy-krapivnice-vinovaty-geny.html> (дата обращения 03.03.2019).

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Ларионова В.И., Васильченко Д.В

Новосибирский государственный медицинский институт

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

Научный руководитель – доцент Саломейна Н.В.

Актуальность исследования. Хронический пиелонефрит – воспаление интерстиция почки, которое имеет способность обостряться, приводит к необратимым изменениям с исходом в склерозирование и сморщивание почки. Среди экстрагенитальных заболеваний, которые осложняют течение беременности, патология почек и мочевыводящих путей занимает второе место. Длительно существующий воспалительный процесс приводит к склерозированию почки беременной женщины, к нарушению их концентрационной способности

В среднем женщины болеют пиелонефритом в 4 раза чаще мужчин. Заболеваемость острым пиелонефритом составляет 15-17 случаев на 10000 женщин и 3-4 случая на 10000 мужчин. Достаточно часто женщина страдает

пиелонефритом до беременности, на фоне которой пиелонефрит может обостряться или протекать в хронической форме.

К наиболее частым осложнениям при беременности при пиелонефрите являются: анемия, невынашивание плода, хроническая гипоксия плода, задержка внутриутробного развития, преждевременное излитие околоплодных вод, нарушение сократительной активности матки и нарушение отделения последа. Именно из-за таких грозных осложнений изучение проблемы хронического пиелонефрита становится актуальным с позиции современного акушерства и перинатологии. [2]

Целью исследования является изучение структурных изменений в ворсинчатом хорионе беременных, страдающих хроническим пиелонефритом, оценка функционального состояния плаценты.

Материалы и методы. Объектом исследования стал биопсийный материал плаценты женщин сроком от 38 до 40 недель, возрастом 18-39 лет. Были сформированы 2 исследовательские группы по 15 человек в каждой. 1 группа – женщины с физиологическим течением беременности, 2 – беременность, осложненная хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии, установленным до беременности. При выборе материала соблюдались некоторые условия, такие как наличие только хронического пиелонефрита, без других экстрагенитальных патологий, отсутствие хронических заболеваний в половой сфере.

Материал для световой микроскопии материал фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина и проводили по стандартной методике: обезживали в серии возрастающей концентрации спиртов, заливали в парафин. При помощи санного микротомы изготавливали парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван Гизону. Оценивали такие показатели как диаметр и площадь ворсин, количество капилляров, их плотность на 1 мкм², долю в ворсине капилляров, соединительной ткани трофобласта. Исследование проводили с помощью программы ImageJ. Достоверность считали по критерию Манна-Уитни

Результаты и обсуждение. При морфологическом исследовании плацент при физиологической беременности степень зрелости ворсин последа соответствовала сроку беременности, признаки хронической плацентарной недостаточности отсутствовали. В группе хронического пиелонефрита отмечена компенсированная хроническая плацентарная недостаточность по смешанному типу адаптации.

При морфометрическом исследовании было обнаружено, что различия между контрольной и опытной группой являются достоверными не по всем исследуемым величинам. Далее будут описаны только достоверные величины.

При микроскопическом исследовании терминальные ворсины в основном мелкие с большим количеством полнокровных капилляров, покрыты синцитиотрофобластом, местами заметна пролиферация. В большом количестве обнаруживаются промежуточные незрелые ворсины

с рыхлой клеточной стромой, с единичными мелкими сосудами, расположенными центрально, покрытые двурядным трофобластом.

При морфометрическом исследовании терминальных ворсин было выявлено уменьшение площади и диаметра ворсин на 6% и 21% соответственно, что можно рассматривать как компенсаторный механизм, облегчающий материнско-плодный обмен. Также мы видим значительное увеличение доли капилляров в терминальной ворсине (на 43%) за счет уменьшения доли соединительной ткани (на 22%), доля трофобласта увеличилась незначительно (9%) Увеличилось количество (30%) и плотность капилляров на 1 мм² (28%).

По данным литературы, у беременных с пиелонефритом выявляются воспалительные изменения, включающие лейкоцитарную инфильтрацию стенок сосудов пупочного канатика и прилежающего к ним вартонова студня, в плаценте – отек стромы, пролиферацию эндотелия сосудов с сужением их просвета. Поэтому увеличение капиллярного сегмента является противовесом к воспалительным изменениям, именно благодаря этому удается сохранить нормальную трофику плода. [1]

Выводы. Поскольку мы зафиксировали увеличение количества капилляров плаценты с сопутствующим увеличением их диаметра, мы пришли к выводу, что данное явление является компенсаторным, в связи с ухудшением обменных процессов из-за хронического пиелонефрита, который влечет за собой воспалительные изменения в пуповине и плаценте.

Список литературы.

1. Стяжкина С.Н., Черненко М.Л., Кривенко П.А., Гайлямова Л.И. Течение и исходы беременности у женщин с хроническим пиелонефритом // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1.;
2. Хардигов А.В., Клишкин А.С., Петров С.В., Серегин С.П. Гистофункциональные изменения плаценты при неосложненном пиелонефрите беременных // Вестник ВолгодыМУ. –2014. –№ 3

**ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
С ИОНАМИ СЕРЕБРА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОК ФИБРОБЛАСТИЧЕСКОГО
И МАКРОФАГАЛЬНОГО РЯДА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ**

Мишина Е.С., Затолокина Е.С., Цымбалюк В.В., Шарова И.О., Ляшев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Затолокина М.А.

Актуальность исследования. В повседневной практике врача хирургического профиля, вот уже на протяжении нескольких десятилетий, практически рутинной манипуляцией стало применение эндопротезов для пластики различных дефектов тканей, возникших у пациентов в результате хирургических манипуляций или полученных травм. Успешное применение эндопротезов было наглядно продемонстрировано в герниопластике, в офтальмологии, гинекологии, абдоминальной хирургии и т.д. [6]. Высокие положительные результаты после применения эндопротезов свидетельствуют об их оптимальной биосовместимости. Однако, до настоящего времени, продолжает оставаться высоким процент осложнений после эндопротезирования в виде сером, гематом с нагноением раны и т.д. [4]. Для предупреждения таких осложнений необходим поиск новых методов или способов и, возможно, фармакологических средств, обеспечивающих также и снижение вероятности их возникновения. В частности, Курской школой герниологов были использованы следующие методы: для стимуляции замедленной регенерации тканей применяли аскорбиновую кислоту, оротат калия, солкосерил, для снижения гипопластической реакции соединительной ткани – аллогенные эмбриональные фибробласты [1,2,3,5]. При этом, большинство из этих методов обладает системным действием на организм, ответ которого уникален и строго индивидуален, а следовательно не подлежит стандартизации и обобщению, что просто необходимо в практическом здравоохранении. В связи с этим использование фармакологических средств обладающих преимущественно местным действием, но при этом ускоряющим регенерацию и приживление эндопротеза является первостепенным. Среди существующих подходов, значительно уменьшающих риск возникновения послеоперационных осложнений, является нанесение на сетчатый эндопротез, являющегося своеобразной матрицей, ионов серебра, оказывающих противомикробное действие и не обладающих цитотоксичностью для клеток живого организма.

Изучение перспективы использования протеза с нанесенными на него ионами серебра или фармакотерапевтической системы (ФТС) с ионами серебра при эндопротезировании и ее влияния на морфофункциональные особенности клеток фибробластического и макрофагального ряда и определило цель данного исследования.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали стандартные полипропиленовые эндопротезы «Эсфил» и «Унифлекс» производства

ООО «Линтекс», «Плазмофилтр» производства ЗАО «Плазмофилтр» и ФТС, содержащая ионы серебра, нанесенные на экспериментальные образцы эндопротезов – «ЭсфилAg» и «УнифлексAg». Полученные результаты оценивали с помощью морфологического, морфометрического и статистического методов.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование выявило значительное влияние ФТС с ионами серебра на качественно-количественные изменения клеток фибробластического ряда. В частности, было отмечено, что значения клеточного индекса (КИ), вычисляемого как соотношение клеток резидентов к нерезидентам имели вектор направленности находящийся в прямопропорциональной зависимости от длительности эксперимента. Через две недели после оперативного вмешательства происходило двукратное увеличение числа клеток фибробластического ряда. Значения КИ достоверно ($p \leq 0,05$) увеличивались в 1,9 раза при использовании ФТС с ионами серебра содержащей эндопротез «ЭсфилAg» и в 1,8 раза, содержащей эндопротез «Унифлекс Ag». К 30-м суткам эксперимента рост значений КИ продолжался и составил практически пятикратное увеличение в сравнении с началом эксперимента при применении ФТС с ионами серебра. При сравнении со стандартными эндопротезами применение ФТС с ионами серебра, содержащей эндопротез «Эсфил Ag» привело к увеличению значений клеточного индекса в 2,2 раза, а ФТС с ионами серебра, содержащей эндопротез «Унифлекс Ag» увеличивало значения в 1,3 раза (рисунок 1).

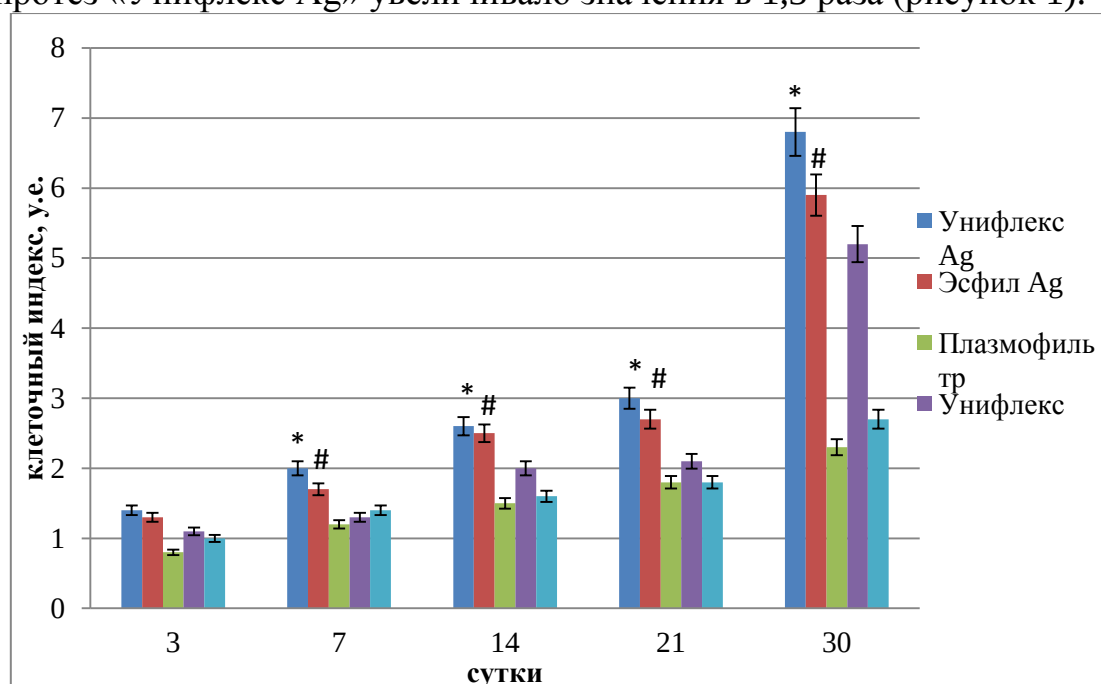


Рисунок 2. Влияние ФТС с ионами серебра на динамику качественно-количественных изменений клеточного компонента перипротезной соединительной ткани (значения клеточного индекса)

Примечание: статистически значимые отличия при $p \leq 0,05$ ФТС, содержащей разные виды эндопротезов: * – «УнифлексAg» по сравнению с «Унифлекс», # – «ЭсфилAg» по сравнению с «Эсфил».

Учитывая данные Алексеевой Н.Т. (2014) об индуцирующем влиянии макрофагов на колагентсинтетическую активность фибробластов, изучение их морфофункциональных особенностей так же не осталось без внимания. На начальных сроках эксперимента было выявлено преобладание в поле зрения макрофагов в активной стадии фагоцитирования частиц серебра, которые визуализировались в непосредственной близости к нитям эндопротеза (рисунок 2А). Со второй половины эксперимента, на некотором расстоянии от нитей эндопротеза или между ними определялись конгломераты слившихся макрофагов или гигантские клетки инородных тел, имеющие ярко оксифильную цитоплазму, по периферии которой в один ряд располагались темно-базофильные ядра (рисунок 2Б).

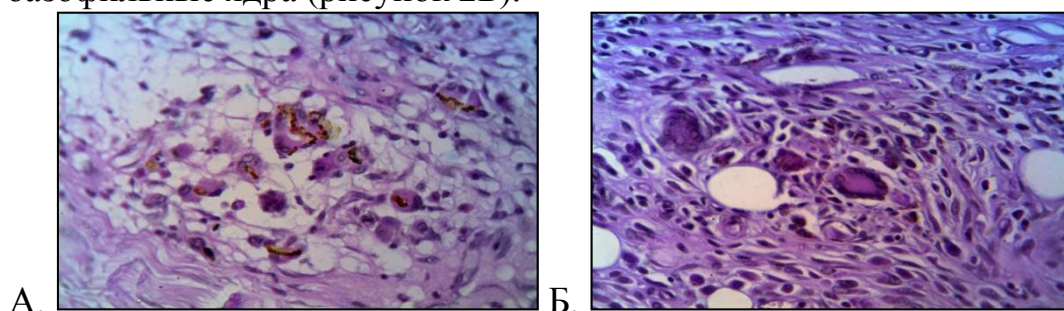


Рисунок 2. Микрофотография макрофагов (А) и гигантских клеток инородных тел (Б). Окрашено гематоксилином и эозином. Ув.х400.

Вывод. Применение ФТС с ионами серебра приводит к увеличению числа и активности клеток макрофагального ряда, что в свою очередь опосредованно стимулирует синтетическую активность клеток фибробластического ряда. Более раннее преобладание клеток фибробластического ряда способствует ускорению репаративных процессов, приживлению эндопротеза и препятствует развитию послеоперационных осложнений.

Список литературы.

1. Влияние аскорбиновой кислоты на течение раневого процесса при имплантации материалов «Эсфил», «Progrip» в эксперименте / В.А. Лазаренко [и др.] // Курск. науч.-мед. вестн. «Человек и его здоровье». – 2015. – № 4. – С. 93–96.
2. Влияние оротата калия на неоколлагенез при имплантации полипропиленового эндопротеза и эндопротеза из полипропилена с молочной кислотой в эксперименте / С.В. Иванов [и др.] // Хирургия. – 2017. – № 3. – С. 50–54.
3. Влияние экзогенных эмбриональных фибробластов на соотношение коллагена I и III типов в тканях парапротезной капсулы мышей / И.С. Иванов [и др.] // Цитология. – 2012. – Т. 54, № 10. – С. 783–789.
4. Мишина Е.С., Климова Л.Г., Нетяга А.А., Затолокина М.А. Изучение антимикробной активности новых сетчатых эндопротезов с покрытием наночастицами серебра // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1, ч. 2. – С. 307–310.

5. Морфологические изменения в области имплантации эндопротеза «Parietene» и «Progrip» в зависимости от использования препарата «Солкосерил» / В.А. Лазаренко [и др.] // Курск. науч.-мед. вестн. «Человек и его здоровье». – 2016. – № 4. – С. 70–76.

6. МUTOва Т.В., Затолокина М.А., Суковатых Б.С. Результаты применения плазмы, обогащенной тромбоцитами, при эндопротезировании передней брюшной стенки // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27192>

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ

Мягкий Ф.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Радионов С.Н.

Крапивница (urticaria) – заболевание, характеризующееся быстрым, более или менее распространенным высыпанием на коже зудящих волдырей, представляющих собой отек ограниченного участка, главным образом, сосочкового слоя дермы. Крапивница является распространенным заболеванием – примерно каждый третий человек хотя бы однократно за свою жизнь перенес данное заболевание. Частота ее встречаемости, определяет актуальность изучения эффективности различных методов лечения, в том числе и нетрадиционных.

Целью исследования является анализ доступных научных источников информации для определения степени изученности вопроса о использовании в терапии крапивницы нетрадиционных методов.

Материалы и методы. Информационный поиск и анализ найденных источников информации по вышеуказанной тематике.

Результаты и обсуждение. Лечение крапивницы порой вызывает затруднение из-за сложности в выяснении ее этиологии, поэтому на первых порах врачи стремятся оказывать симптоматическую помощь, назначая больному прием антигистаминных препаратов. Но наряду с методами лечения крапивницы, обозначенными в клинических рекомендациях, наличествуют и нетрадиционные методы, основанные на фитотерапии. Рекомендуются приём отваров и настоев из растений с противоотёчным, противовоспалительным, противоаллергическим действием. Лекарственные растения обладают разнообразным, широким спектром действия и по сравнению с синтетическими лекарственными средствами действуют мягче, легче переносятся детьми и пожилыми.

В рамках заявленной темы был проведен анализ научной литературы, содержащей сведения об основных причинах и механизмах развития

крапивницы, и растениях, применяющихся при лечении крапивницы, и химических соединениях, содержащихся в них.

Существует множество классификаций крапивниц, однако все они основаны, главным образом, на этиологическом принципе. Примером может служить классификация, предложенная В.И. Пыцким, С.В. Смирновой, Т.П. Сизых, выделяющая аллергическую и псевдоаллергическую формы крапивницы. Каждая из форм крапивниц имеет свой механизм развития, однако все они имеют общее патогенетическое звено, а именно повышение проницаемости микроциркуляторного русла и развитие острого отека в окружающей области [6]. Одинаковые симптомы при истинной и псевдоаллергической реакциях обусловлены участием одного и того же медиатора – гистамина. В отличие от истинной, при псевдоаллергической реакции высвобождение медиатора происходит неспецифическим путем [3]. При этом повышение уровня данного биологически активного вещества в крови связано не только с его избыточным высвобождением из тучных клеток, базофилов, но и с нарушением процессов их инактивации в печени и других органах пищеварения.

Одними из фармакологически активных веществ в растениях являются гликозиды. Большой интерес вызывают такие биологически активные вещества, как флавоноиды – гетерогликозиды, обладающие весьма разнообразными фармакологическими свойствами и действием. Основываясь на данных О.В. Смирновой, Ю.Н. Деркач и Н.С. Гуриной [10], можно утверждать, что одним из лучших документально подтвержденных медицинских эффектов флавоноидов, являются их антиаллергические свойства.

По данным Манвелян Э.А. [5] довольно эффективным растением, используемым при лечении аллергических заболеваний (в том числе и крапивницы) является крапива двудомная, из листьев которой готовят настои для внутреннего применения, а также крапивные ванны. Крапива двудомная содержит такое соединение, как кверцетин – один из известнейших биофлавоноидов. Кверцетин обладает выраженными противовоспалительными и антигистаминными свойствами, а также нормализует синтез кортизона. Хотя точный механизм, которым флавоноиды предотвращают приток кальция в клетки изучается, считают, что флавоноиды могут ингибировать фермент фосфодиэстеразу цАМФ. В результате высокий уровень цАМФ в тучных клетках, предотвращает дегрануляцию и выделение ими гистамина [10].

Говоря о механизмах развития псевдоаллергической формы крапивницы, следует упомянуть о роли печени в данном процессе. На основании ряда исследований, проведенных множеством авторов [1,2,3,8,9], можно с уверенностью заявить, что патологии печени (например, гепатиты) оказывают прямое влияние на биотрансформационную функцию этого органа и, соответственно, на течение псевдоаллергической формы крапивницы. Данные, приведенные Т.П. Сизых и С.С. Николаевой [7], указывают на то, что при заболевании печени и других органов пищеварения, вероятно, снижается активность метаболизма в печени гистамина и других медиаторов воспаления, что способствует их накоплению и длительной циркуляции

в крови, как и других агрессивных метаболитов обмена веществ, высвобождению новых порций биологически активных веществ и замыканию порочного круга, так как сами гепатоциты оказываются в агрессивной метаболической среде. А это еще более усугубляет их биотрансформационную функцию.

На основе материалов В.А. Куркина [4] можно сделать вывод о том, что особого внимания заслуживает такое растение, как расторопша пятнистая. Ее плоды содержат уникальную группу биологически активных соединений – флаволигнаны, причем доминирующими компонентами являются силибин, силидианин и силикристин, сумма которых получила название «силимарин» и используется при производстве большинства гепатопротекторов. Флаволигнаны плодов расторопши пятнистой имеют фундаментальные отличия от всех известных на сегодня флавоноидов, причем особенно ценно одно из их свойств – способность нейтрализовывать действие самых сильных для печени ядов, например, ядов гриба бледной поганки. В основе механизма гепатопротекторного действия флаволигнанов лежит их взаимодействие со свободными радикалами, ведущее к замедлению интенсивности свободнорадикальных реакций с уменьшением активности и концентрации образующихся токсичных перекисных продуктов, следствием чего является восстановление и стимуляция репаративных процессов печени.

Данные примеры могут свидетельствовать о том, что народная медицина может предложить действенные методы борьбы с крапивницей, эффективность которых подтверждена многочисленными исследованиями и может считаться достоверной с точки зрения современной науки.

Список литературы.

1. Барба Л.О., Гончар В.И., Кованцев С.Д., Барба Д.В., Андриеш Л.П. Хроническая рецидивирующая крапивница и функциональное состояние печени // Аллергология и иммунология. 2017. № 1. С. 46-47.
2. Барба Л.О., Гончар В.И., Кованцев С.Д., Барба Д.В., Андриеш Л.П. Особенности клинико-иммунологического течения хронической рецидивирующей крапивницы, ассоциированной с хроническим гепатитом // Аллергология и иммунология. 2017. № 1. С. 38-43.
3. Колхир П.В., Джавахишвили И.С., Кочергин Н.Г., Некрасова Т.П., Розина Т.П. Хроническая крапивница, ассоциированная с первичным билиарным циррозом. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014. № 3. С. 22-25.
4. Куркин В.А. Основы фитотерапии: учебное пособие. Самара: Офорт, 2009. 963 с.
5. Манвелян Э.А. Фитотерапия: учебное пособие. Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2016. 308 с.
6. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Издательство «Триада-Х», 1999. 470 с.

7. Сизых Т.П., Николаева С.С. Особенности течения псевдоаллергической крапивницы и отека Квинке // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2002. № 2. С. 72-73.
8. Сизых Т.П., Сафроненко Н.К. Состояние биотрансформационной функции печени у больных с крапивницами (Сообщение 3) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2003. № 4. С. 26-31.
9. Сизых Т.П., Сафроненко Н.К., Солонго Б. Клинико-функциональные особенности течения вирусного гепатита в зависимости от состояния биотрансформационной функции печени (Сообщение 2) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2003. № 3. С. 33-38.
10. Смирнова О.В., Деркач Ю.Н., Гурина Н.С. Фитоиммунотерапия аллергических заболеваний // Иммунопатология, аллергология, патология. 2010. № 3. С. 81-86.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ КОСТНОГО НЕБА ЧЕЛОВЕКА

Никитина Д.Н., Тумасян К.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования. Анатомо-топографическое обоснование оперативных доступов на твердом небе, знание рельефа твердого неба необходимо для профессиональной деятельности челюстно-лицевых хирургов и стоматологов [1].

Целью исследования являются изучение топографо-анатомических особенностей строения твёрдого неба, определение размерных характеристик твердого неба, и их взаимоотношения между собой, произведение типологии твердого неба.

Материалы и методы: оценка степени индивидуальной изменчивости твердого неба производилась при помощи стандартных краниометрических методик (измерение по общепринятым краниометрическим точкам с использованием цифрового штангенциркуля) [2,3]. Были исследованы 20 черепов, находящихся на кафедре анатомии человека «Курского государственного медицинского университета».

Результаты и обсуждения. Проведение исследования по краниометрическим точкам на 20 черепах показало, что основные краниометрические размеры костного неба в среднем составили

Таблица 1. Основные краниометрические размеры костного неба

Краниометрические размеры		М (мм)	±σ (мм)
Длина неба	ol-sta	43,10	3,32
Шири на неба	enm-enm	32,31	2,30
Высот а неба	Расстояние от поверхности неба до линии, соединяющей правый и левый enm	9,72	3,65

Нами были рассчитаны два краниометрических показателя:

1. Небный указатель – это отношение ширины неба ($enp-enp$) к длине ($ol-sta$). Лептостафия (узкое небо) $x-79,9$ $x-82,6$ Мезостафия (среднее небо) $80,0-84,9$ $82,7-90,3$ Брахистафия (широкое небо) $85,0-90,4$ -у [2].

В нашем исследовании наиболее часто встречающимся типом явилась лептостафия – 75,5%, на втором месте – брахистафия – 51%, наименьший процент составляет мезостафия – 20%.

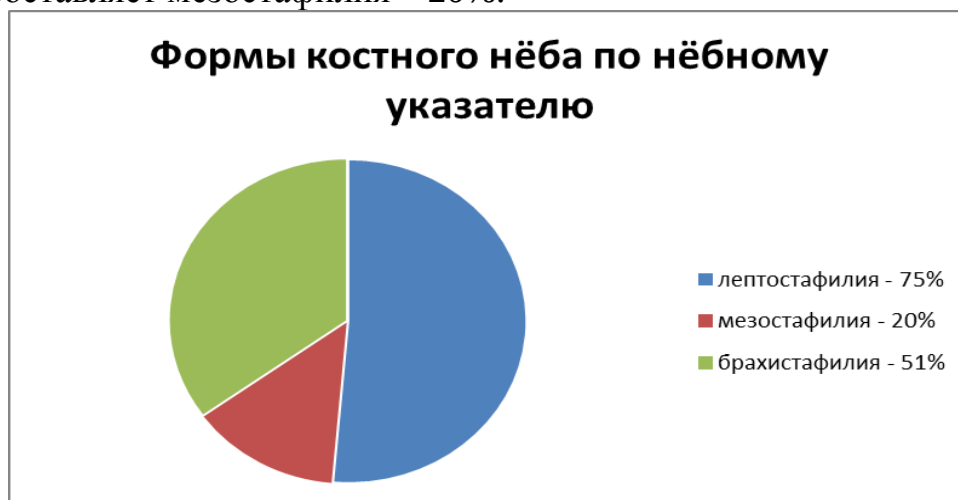


Рисунок 1. Форма костного неба по небному указателю

2. Высотный небный индекс – это отношение высоты неба к ширине ($enm-enm$). Chamaestaphylin (узкое небо) $x27,9$ Orthostaphylin (среднее небо) $28,0-39,9$ Hypsistaphylin (широкое небо) $40,0$ -у [2].

В нашем исследовании наиболее часто встречающимся показателем явилась Orthostaphylin – 60%, на втором месте – Chamaestaphylin – 30%, наименьший процент составляет Hypsistaphylin – 10%.



Рисунок 2. Формы костного нёба по высотному нёбному указателю

При исследовании морфологических структур костного неба нами были выявлены следующие формы небного валика:

– полное отсутствие возвышений по средней линии нёба – 10%

- по средней линии нёба наблюдаются небольшие вздутия, не образующие единого валика – 30%
- невысокий валик, тянущийся почти по всей длине нёба по его средней линии – 45%
- высокий непрерывный валик, проходящий по средней линии нёба на всём его протяжении – 15%.

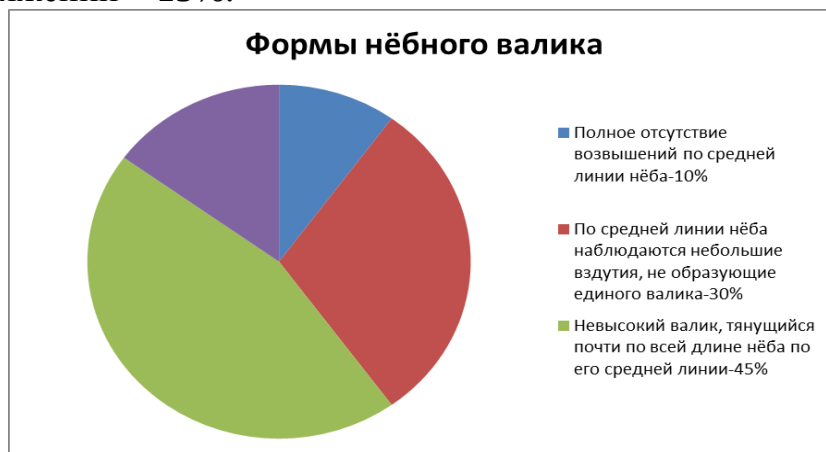


Рисунок 3. Формы небного валика

Наиболее часто встречался невысокий валик, тянущийся почти по всей длине неба, по его средней линии. Наиболее редко полное отсутствие возвышений по средней линии неба.

Таким образом, в результате данной работы, наиболее часто встречающимся типом твердого неба по небному указателю явилась лептостафия (75%). Наиболее часто встречающимся типом твердого неба по высотному небному индексу является orthostaphylin (среднее небо) (60%) Наиболее часто встречался невысокий валик, тянущийся по всей длине неба, по его средней линии (45%).

Список литературы.

1. Акуленко, Л.В. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов: учебное пособие/Л.В. Акуленко [и др.]// – М.: ГЭОТАРМедиа, 2008. – 400 с.
2. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебец. – М.: Наука, 1964. – 128 с.
3. Мантулина, Л.А. Сравнительная краниометрия юношей и девушек различных рас, обучающихся в КГМУ/Л.А. Мантулина// Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2017.-Сборник научных статей/науч. ред. проф. В.А. Иванов. – Т 3. – Курск: МКУ «ИЦ «ЮМЭКС», 2017. – С.55-59

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

Симоненкова Ю.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Радионов С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что невзирая на все успехи в части фундаментальных исследований по аллергологии, вопросы патогенеза, дифференциальной диагностики и назначения обоснованной патогенетически терапии при крапивнице представляют наиболее сложную задачу для практики здравоохранения, что можно объяснить сложностью механизмов, представляющих основу данной патологии, и совокупностью специфических и неспецифических реакций. Таким образом, крапивница не является достаточно изученной. Прояснение различных методов исследования, проведение сравнительного анализа и выделение наиболее эффективного метода, комплекса методов исследования этого заболевания является актуальной задачей современного этапа развития аллергологии [1].

Целью исследования является анализ доступных научных источников информации для определения степени изученности вопроса о целесообразности применения тех или иных методов исследования для уточнения диагноза крапивница.

Материалы и методы: информационный поиск и анализ найденных источников информации по тематике группы заболеваний крапивница.

Результаты и обсуждения. В ходе проведенного анализа информационных источников мы выяснили, что по клиническим рекомендациям диагностика крапивницы у детей и взрослых включает ряд неинструментальных и клинико-лабораторных методов [2, 3, 4].

Неинструментальные методы включают:

– сбор анамнеза, являющегося основным методом, так как позволяет составить план лечения и исключить другие патологии. Включает в себя расспрос больного, целью является выяснение причины аллергии и степень тяжести;

– физикальный осмотр всего тела врачом;

– наблюдение в динамике за изменения кожных покровов и самочувствия больного.

Инструментальные методы:

– скарификационные кожные тесты;

– prick-тесты;

– внутрикожные тесты;

– определение содержания иммуноглобулинов в крови, особенно IgE;

– общий анализ крови;

– цитологическое, бактериологическое исследование мазков из зева и носа.

Хотя на основе анамнестических данных можно поставить диагноз крапивница, требуется дифференциальная диагностика, которую помогут провести дополнительные методы обследования. Суть заключается в исключении заболеваний при отсутствии его признаков при проведении проб.

Опираясь на данные Федеральных клинических рекомендаций [2], обязательно проводят взятие крови для общего анализа крови, в котором при аллергических реакциях и глистных инвазиях всегда определяется повышенный уровень содержания эозинофилов, в норме количество этих клеток должно быть менее 5% у взрослых и детей [2]. Определение повышенной концентрации Ig E в крови – признак аллергии [2]. Исследование мазков из зева и носа поможет обнаружить или исключить наличие бактериальной или вирусной инфекции, имеющих хроническое течение и обуславливающих аллергию [2, 3].

Согласно данным Колхира П.В., во время исследования воспроизводится ситуация попадания аллергена в организм, и проверяется наличие или отсутствие реакции. Скарификационная кожная проба содержит более 40 аллергенов, к которым проводят пробу в области предплечья у взрослых и в области спины у детей. Используют специальные иглы, нарушающие кожный покров, но не приводящие к кровотечению из нее. Для диагностики аллергий, обусловленных иммунным механизмом и выделением IgE, проводят так называемые prick-тесты [4]. На кожу наносят гистамин, физиологический раствор и аллерген, затем кожные покровы царапают. Если в месте попадания гистамина появилось изменение со стороны кожи, то изучают изменения в месте попадания аллергена. [5] Капля раствора необходима как контрольная группа. Положительный результат не указывает на обязательное течение крапивницы, нужно провести сбор анамнеза и провести другие пробы [4, 5].

На основе материалов источников [2, 3, 4, 5, 6], при внутрикожных пробах аллерген вводят под кожу пациента с помощью туберкулинового шприца. Реакция оценивается через 20 минут. Пациента могут беспокоить как местные изменения, так и такие как слезотечение, зуд, чихание и т.п. [4, 5, 6] Диагностика аутоиммунной крапивницы основана на определении факторов, вызывающих аллергию и циркулирующих в организме больного. Проводят тест с аутосывороткой, который не является специфичным. У больных в крови определяются аутоантитела к IgE и рецепторам на них. При определении аутоиммунной крапивницы не исключается и наличие хронической формы. При связывании аутоантител с иммуноглобулинами появляются характерные для крапивницы реакции [2, 3, 4, 5, 6].

Выводы. Резюмируя все выше сказанное, стоит отметить, что постановка диагноза крапивница и отека Квинке имеет большое клиническое значение для определения объема обследования и выбора адекватных методов лечения. Из описания различных методов диагностики крапивницы видно, что единый подход к обследованию можно сформулировать только как совокупность инструментальных и неинструментальных методов.

Список литературы.

1. Аллергология и иммунология : национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 656 с. С.461-472.
2. Белостоцкая О.И. Клинико иммунологическая характеристика и интерфероновый статус при крапивнице и ангионевротических отеках на фоне частых ОРВИ: дис. ... канд. мед. наук. М., 1989, 134 с.
3. Казимирчук В.Е., Ковальчук Л.В., Мальцев Д.В.. Клиническая иммунология и аллергология. К. : Феникс, 2009. 524 с. С.349-356.
4. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология. М. : Практическая медицина, 2010. 528 с. С.269-294.
5. Кулага В.В., Лемешко В.А.. Кожные и венерические болезни. Практикующему врачу. Луганск : Изд-во «Элтон-2», 2009. 359 с. С.136-159.
6. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных крапивницей : метод. рекомендации / сост. Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский, Ю.А. Галлямова. Москва, 2015. 24 с.

МОРФО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ КРАПИВНИЦЫ

Смирнова Е.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Радионов С.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что крапивница – одно из распространенных аллергических заболеваний среди детей, подростков и взрослых. Примерно 15-20% населения нашей планеты страдает этим заболеванием. При этом более 60% всех случаев составляет острая крапивница [3].

Целью исследования является анализ доступных научных источников информации для определения степени изученности вопроса о данных биохимических механизмах.

Материалы и методы: информационный поиск и анализ найденных источников информации по вышеуказанной тематике.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования мы выяснили, что крапивницей считается – заболевание, характеризующиеся образованием ограниченных или распространенных зудящих волдырей на коже и слизистых оболочках. В основе заболевания лежит иммунологически обусловленное высвобождение медиаторов, способствующих проницаемости и развитию отека сосочкового слоя дермы. Чаще всего крапивница возникает при приеме лекарственных препаратов, некоторых пищевых продуктов, укусе насекомых. Возможно также развитие крапивницы при механическом раздражении кожи, воздействии холода, при наличии очагов инфекции, злокачественных опухолей [8].

По данным Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, важным звеном в развитии крапивницы является тучная клетка. Они могут выделять медиатор под воздействием различных стимулов: аллергены, гистаминолибераторы, медикаменты, внешние воздействия. Один из наиболее изученных медиаторов – гистамин, который при внутрикожной инъекции может вызвать: зуд, отек, гиперемию. В патогенезе определенных форм крапивницы важное место занимают различные медиаторы аллергического воспаления, такие как – эйкозаноиды и кинины [6]. В зависимости от этиологии и патогенеза, по мнению А.Н. Пампура, крапивница бывает иммунная, неиммунная и идиопатическая, которые обуславливают дегрануляцию тучных клеток и выброс гистамина в кровь и окружающие ткани. Также выделяют иммуноопосредованные, иммунокомплексные крапивницы и такие формы крапивниц, которые возникают при аутоиммунных заболеваниях. Среди иммуноопосредованных крапивниц выделяют IgE-связанные – пищевая, лекарственная, инсектная. А среди иммунокомплексных – вирусная и бактериальная инфекция, лекарственная аллергия [6].

Автор учебного пособия «Биохимические основы жизнедеятельности человека» Ю.Б. Филиппович считает, что IgE – антитела прикрепляются к специфическим рецепторам на поверхности тучных клеток и базофилов, и, если они связываются с антигеном, из клеток начинают высвобождаться заключенные в них биологически активные вещества, прежде всего гистамин и серотонин. Эти амины вызывают расширение кровеносных сосудов и увеличивают проницаемость их стенок, что и вызывает крапивницу [5].

В 1987 году Т.П. Сизых, Н.К. Сафроненко определили, что патогенетическим звеном в проявлении крапивницы является повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отёка в окружающей эти сосуды области. Медиаторы, вызывающие повышение сосудистой проницаемости, могут быть различными, но практически все они относятся к медиаторам аллергических реакций или же медиаторам воспаления. Похожие медиаторы участвуют и в развитии псевдоаллергических реакций. На основании этого можно утверждать, что существуют две патогенетические формы крапивницы: аллергическая (имеющая иммунный механизм образования медиаторов) и псевдоаллергическая (медиаторы те же, но образуются без участия иммунных механизмов, то есть при псевдоаллергической реакции высвобождение медиатора происходит неспецифическим путем) [7].

Псевдоаллергическая крапивница является следствием воздействия либераторов гистамина, активаторов системы комплемента или калликреин-кининовой системы (лекарственные препараты, физические факторы, пищевые продукты, содержащие ксенобиотики) [2].

На данный момент удалось выяснить, что крапивница может протекать по четырем (I – IV тип реакций) механизмам. П.В. Колхир определил, что чаще всего встречается I тип реакций. В этом типе реакций участвует гистамин. При данном типе реакций чаще всего можно обнаружить

классическую триаду Льюиса – комплекс последовательно развивающихся реакций, которые обусловлены действием гистамина на H1- и H2-рецепторы: ограниченная эритема, вызванная местным расширением капилляров, её распространение за счет расширения артериол и образование волдыря вследствие увеличения проницаемости сосудов кожи. [3] По данному механизму протекает крапивница, которая связана с пищевой аллергией к яйцам, коровьему молоку, рыбе, пшенице и т. д.

Если более конкретно рассмотреть иммунные и неиммунные механизмы проявления крапивницы, то можно заметить, что автор выделил:

Иммунные механизмы:

- IgE – связанная крапивница, которая может быть вызвана пищей, лекарствами, насекомыми;
- Крапивница, вызванная физической нагрузкой;
- Физическая крапивница, связанная с холодом, солнцем, вибрацией, давлением и т. д.;
- IgE – несвязанная крапивница;
- Крапивница, которая вызвана различной инфекцией.

Неиммунные механизмы:

- IgE – несвязанная активация тучных клеток;
 - Анафилаксия, которая сопровождается крапивницей;
 - Холинергическая крапивница;
 - Хроническая идиопатическая крапивница (тепло- и холодозависимая)
- [3].

Для рассмотрения иммунного механизма проявления крапивницы можно привести пример холодовой крапивницы.

Было выяснено, что присутствие холодовых агодылютининов (антител) приводит к тому, что в ответ на общее переохлаждение (или употребление холодной пищи или напитков) возникают два вида патологических реакций – акроцианоз и гемолиз. Холодовые агодылютины – вызывают максимальную агодылютинацию эритроцитов при 4 градусах по °C [1].

Охлаждение всего тела может приводить к весьма тяжелым системным реакциям из-за одновременной дегрануляции большого числа тучных клеток. При холодовой крапивнице реакция обычно развивается в течение нескольких минут. Положительна проба с кубиком льда, в сыворотке выявляются криоглобулины, криофибриноген, холодовые агодылютины, иногда наблюдается пароксизмальная гемоглобинурия. Диагноз холодовой крапивницы подтверждается при положительной пробе с кубиком льда [4].

Также был изучен один из неиммунных механизмов проявления крапивницы – холинергическая. Возникает у 33 – 55% населения [3]. Согласно Медицинскому справочнику болезней, триггером заболевания является ацетилхолин, который выделяется клетками организма в ответ на физическую нагрузку или стресс. Для её возникновения характерно постоянное присутствие в крови антител, родственных иммуноглобулину Е (IgE), который отвечает за развитие аллергических реакций немедленного типа. Эти антитела располагаются на рецепторах тучных клеток и постоянно

стимулируют их, что обуславливает IgE – аллергическую настроенность организма пациентов и сенсибилизацию кожных покровов. Действие провоцирующих факторов на уже алергизированную кожу вызывает незамедлительную дегрануляцию тучных клеток, которые высвобождают сосудистые медиаторы, в том числе и ацетилхолин. Повышенное количество ацетилхолина обуславливает гиперчувствительность иммунной системы, провоцирует развитие острой холинэргической аутоиммунной реакции [9]. Это значит, что клетки начинают вырабатывать гистамин и простагландины, стимулирующие воспаление и активирующие ацетилхолин – медиатор нервного возбуждения, в ответ на действие которого возникает иммунный ответ, что клинически проявляется появлением сыпи [9].

Таким образом, мы выяснили механизмы различных форм проявления крапивницы, многообразии тригодыеров крапивницы и единообразии финальных реакций. Выявили механизмы крапивницы и проанализировав доступные источники, пришли к выводу, что при любом иммунном механизме, важную роль играют тучные клетки, на которые действуют внешние или внутренние факторы.

Список литературы.

1. Агодылютинины (антитела) холодовые // База знаний по биологии человека [Электронный ресурс] URL: <http://humbio.ru/humbio/allerg/000125ea.htm> (дата обращения 20.01.19).
2. Караулов А.В. Хроническая крапивница: от понимания механизмов возникновения к новому консенсусу лечения // Аллергология и иммунология. 2013. № 3. С. 169-173.
3. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология. М.: Практическая медицина, 2015. 528 с.
4. Крапивница, вызванная физическими факторами // База знаний по биологии человека [Электронный ресурс] URL: <http://humbio.ru/humbio/allerg/0012746e.htm#000125ea.htm> (дата обращения 20.01.19).
5. Михайлов А.А., Исаева Л.А., Турьянов М.Х. и др. Справочник фельдшера. М.: Медицина, 2007. 496с. () Под ред. А.А. Михайлова
6. Пампура А.Н. Современные подходы к диагностике и терапии крапивниц у детей // Дерматология. 2008. № 23. С. 1534-1540.
7. Сизых Т.П. Современные аспекты крапивниц // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. № 2. С. 9-18.
8. Филиппович Ю.Б., Коничев А.С., Севастьянова Г.А, Кутузова Н.М. Биохимические основы жизнедеятельности человека: учебное пособие. М.: Гуманитар. изд. Центр ВЛАДОС, 2016. 407 с.
9. Холинэргическая крапивница // Медицинский справочник болезней [Электронный ресурс] URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/cholinergic-urticaria (дата обращения 19.01.19).

К ВОПРОСУ О МИКРОСТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

*Сойников Н.В., Затолокина Е.С., Морозова Е.В.,
Митрофанова М.А., Зубкова А.И.*

Курский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Затолокина М.А.

Актуальность. Для выполнения экспериментальных научных исследований различного уровня – курсовые и дипломные работы, кандидатские или докторские диссертации необходимы лабораторные животные. Наиболее доступными и часто используемыми лабораторными животными являются кролики и крысы [1,2,3].

Всесторонне и глубокое изучение литературы показало наличие фрагментарных данных об особенностях нормального микроскопического строения некоторых органов половой системы экспериментальных животных [4,5]. При этом, сведений относительно морфологического строения органов половой системы при различных патологических состояниях достаточное количество [6,7]. Таким образом, каждое новое морфологическое исследование в изучаемой области дополняет и уточняет существующие данные, что, несомненно, заслуживает внимания со стороны не только экспериментаторов, но и клиницистов, изучающих изменения органов половой системы при различных экспериментальных воздействиях.

Такое состояние проблемы и определило цель настоящего исследования – изучить в сравнительном аспекте особенности строения некоторых органов половой системы лабораторных животных, наиболее часто используемых в экспериментальных научных работах.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на 20 половозрелых особях женского пола – кроликах породы «Шиншилла» и крыс линии «Вистар». Этические принципы обращения с животными соблюдались в соответствии с Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей, ETS № 170.

Полученный кадаверный материал – комплекс органов женской половой системы в 10%-м нейтральном формалине. По окончании фиксации иссекали участок ткани в области яичника размером 0,5х0,5 см, заливали в парафин по стандартной методике и изготавливали срезы толщиной 5-7 мкм. Полученные гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Микроскопию и микрофотографирование проводили с использованием микроскопа Leica CME и окуляр-камеры DCM-510.

Результаты и обсуждения. Проведенное морфологическое исследование выявило, что у изучаемых лабораторных животных на срезе яичника хорошо визуализируется корковое и мозговое вещество. Снаружи яичник покрыт капсулой, толщина которой в разы больше у крыс, чем у кроликов и образована соединительнотканными волокнами и однослойным эпителием. На периферии

под капсулой у кроликов определяются фолликулы находящиеся на разных стадиях зрелости: премордиальные, первичные, вторичные, зрелые и атретические (рисунок 1А,В). Следует отметить, что в абсолютном большинстве в поле зрения визуализируются растущие фолликулы (рисунок 1Б), окруженные хорошо выраженной текой. Ооцит, находящийся в центре фолликула окружен тремя оболочками – оолеммой, блестящей, имеющей значительную толщину, оболочкой и несколькими слоями фолликулярных клеток, между которыми определяются фолликулярные полости. Зрелые фолликулы сферической формы, эксцентрично на яйценосном бугорке располагается ооцит, окруженный лучистым венцом. Атретические фолликулы крупные, в центре содержат сморщенную блестящую оболочку.

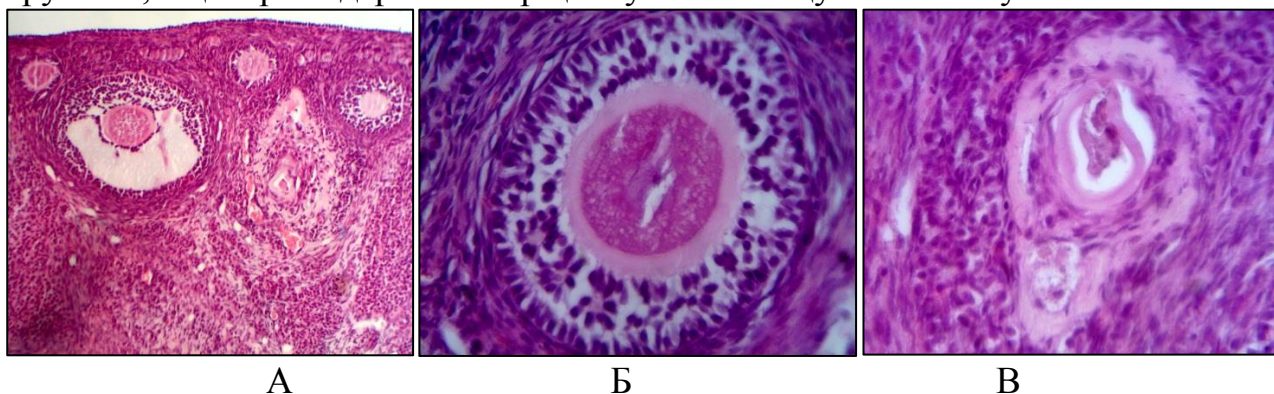


Рисунок 1. Микрофотография среза яичника лабораторного животного (самка кролика) в области коркового и мозгового вещества (А). Б – микрофотография вторичного фолликула. В – микрофотография атретического фолликула. Окрашено гематоксилином и эозином. Ув.х200 (А), х400 (Б,В).

В яичнике крыс под утолщенной капсулой визуализируются мелкие премордиальные фолликулы, плотность которых значительно ниже, чем у кроликов (рисунок 2А). Растущие фолликулы единичные. Зрелые фолликулы крупные, окружены широкой зоной фолликулярных клеток (рисунок 2Б). В поле зрения преобладают срезы желтого тела, находящиеся на разных стадиях развития (рисунок 2В). По периферии желтого тела, находящегося в стадии расцвета визуализируются крупные тека-лютеоциты, в центральной части, более мелкие – гранулезо-лютеоциты.

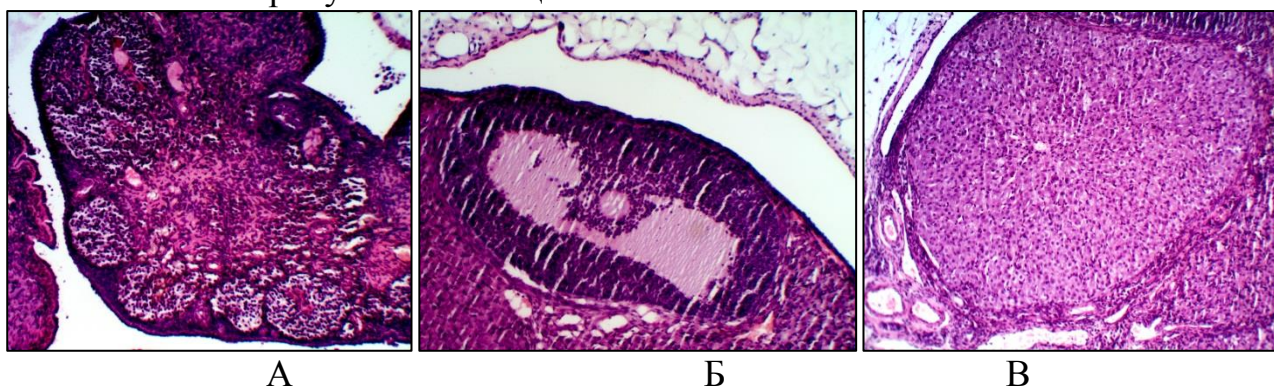


Рисунок 2. Микрофотография среза яичника лабораторного животного (самка-крыса) в области коркового и мозгового вещества (А). Б –

микрофотография зрелого фолликула. В – микрофотография желтого тела. Окрашено гематоксилином и эозином. Ув.х200 (А), х400 (Б,В).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии определенных отличий в структурной организации яичников экспериментальных лабораторных животных, что в свою очередь, вполне объяснимо видовой специфичностью и должно быть непременно учтено при проведении экспериментальных научных исследований и интерпретации полученных данных.

Так же, полученные результаты исследования дополняют современные представления об особенностях микроскопического строения органов репродуктивной системы самок лабораторных животных и позволяют глубже понять видовые особенности их функционирования.

Список литературы.

1. Волошина И.С. Морфометрические изменения семенников и эпидидимисов крыс после ингаляционного воздействия на организм толуола. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017;(1):73-76. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2017-1/13>
2. Григорьева Ю.В. Анатомические и гистологические особенности строения нижней трети влагалища на участке слияния его с урогенитальным синусом у кролика // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, врач и здоровье. - 2015. - №2. - С. 12-15.
3. Затолокина М.А. Морфологическая характеристика периферических нервов плечевого сплетения, иннервирующих мышцы-разгибатели у представителей отряда зайцеобразные // Вестник Волг. ГМУ. - 2015. - №3. -С. 46-50.
4. Затолокина М.А. Строение периферических нервов грудной конечности в области средней трети плеча у млекопитающих отряда грызуны // Фундаментальные исследования.- 2015. - №1-2. - С. 265-269.
5. Морева С.А. Морфология репродуктивной системы крольчих // Молодежь и наука.- 2017.- №4.- С. 100-108.
6. Томитова Е.А. Влияние половых гормонов на морфофункциональное состояние слизистой оболочки матки крольчих // Ветеринарный врач. – 2010. - №4.- С. 46-49.
7. Суворова Г.Н., Григорьева Ю.В., Чемидронов С.Н., Ваньков В.А. Гистоструктурная организация стенки влагалища в месте его перехода в урогенитальный синус у кроликов // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, врач и здоровье. - 2015. - №4. - С. 119-122.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ЧЕЛОВЕКА

Сопромадзе С.Ш., Кабанова С.А., Тимофеев Е.А., Никитина Д.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования состоит в том, что лицевой череп участвует в формировании вместилища для органа зрения, формирует начальные отделы дыхательной и пищеварительной системы. Это влияет на строение и топографические взаимоотношения среди костей, формирующих лицевой череп. Сложное строение костей влияет на взаимоотношение структур лицевого черепа. Знание строения лицевого черепа и топографии является наиболее важным для челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.

Целью исследования является изучение анатомо-топографических взаимоотношений структур лицевого черепа, типология лицевого черепа.

Материалы и методы: объектами исследования явились 13 черепов. Нами были определены следующие краниометрические точки: nasion (n), назион – точка пересечения медианной плоскости с носо-лобным швом, alveolare (al), альвеолярная – самая низко расположенная точка верхней челюсти между передними резцами, zygion (zy), зигион – наиболее латеральная точка скуловой дуги, endobasion (endba), эндобазис – наиболее задняя точка переднего края большого затылочного отверстия в медианной плоскости, prosthion (pr), простион – наиболее передняя точка альвеолярного края верхней челюсти в медианной плоскости.

Нами были измерены следующие краниометрические размеры: [n-al] – верхняя высота лица (не включающая нижнюю челюсть), [zy-zy] – скуловой диаметр (измеряем между самыми латеральными точками скуловых дуг), [endba-pr] – длина основания лица или верхняя длина лица, [n-endba] – длина основания черепа [2,3]. Измерения проводились при помощи штангенциркуля цифрового ZIPOWER PM 4265. Параметры записывались в протокол исследования с последующим внесением их в единую базу данных. Анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждения. Как показали наши исследования, основные краниометрические размеры лицевого черепа в среднем составили:

Таблица 1. Основные краниометрические размеры лицевого черепа

Краниометрические размеры		М	±σ
верхняя высота лица	n-al	69,33	6,55
скуловой диаметр	zy-zy	123,00	11,89
длина основания лица или верхняя длина лица	endba-pr	90,27	14,93
длина основания черепа	n-endba	98,90	5,38

Нами были рассчитаны два краниометрических показателя:

1. Верхнелицевой указатель [n-al :zy-zy]. (Отношение верхней высоты лица к скуловому диаметру. При исследовании нами были выявлены следующие

формы лицевого черепа по верхнелицевому указателю: mesen (среднее лицо) - 23%, lepten (высокое, узкое лицо) - 62%, hyperleptenh (очень высокое лицо, очень узкое лицо) - 15% [1].

Наиболее часто встречалась высокая, узкая форма лицевого черепа Lepten, наиболее редко – очень высокая, очень узкая форма, Hyperleptenh.

Среднее значение верхнелицевого указателя составило: 56,1 мм, что соответствует высокому, узкому лицу, lepten.

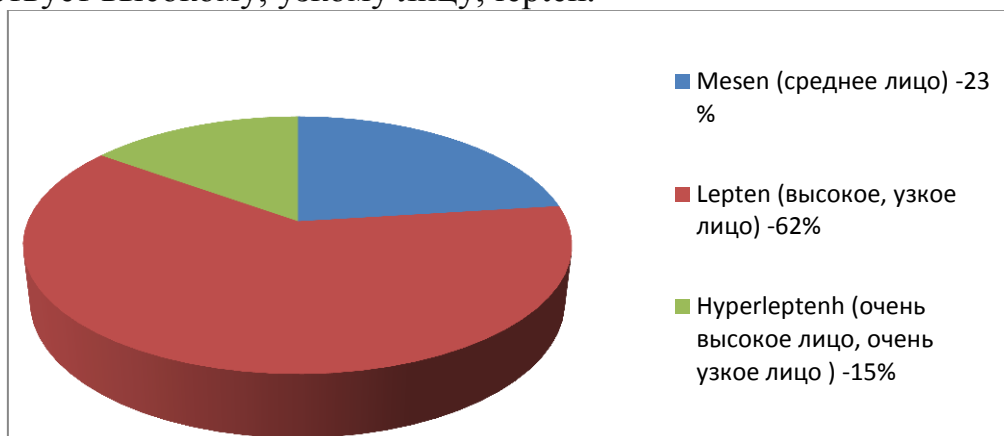


Диаграмма 1. Формы лицевого черепа по верхнелицевому указателю

2. Указатель выступления лица или указатель вертикальной профилировки [endba-pr: n-endba).

При исследовании нами были выявлены следующие формы лицевого черепа по указателю выступления лица или указателю вертикальной профилировки: prognath (челюсти выступают сильно) - 7,7%, mesognath (челюсти выступают слабо) - 7,7%, orthognath (челюсти вертикальные) - 84,6%. [4].

Можно сделать вывод, что в основном (84,6%) встречалась ортогнатическая форма лицевого черепа, наиболее редко – прогнатическая и мезогнатическая форма (по 7,7%).

Среднее значение указателя составило: 91,24 (мм.), что соответствует ортогнатическому лицу, orthognath.

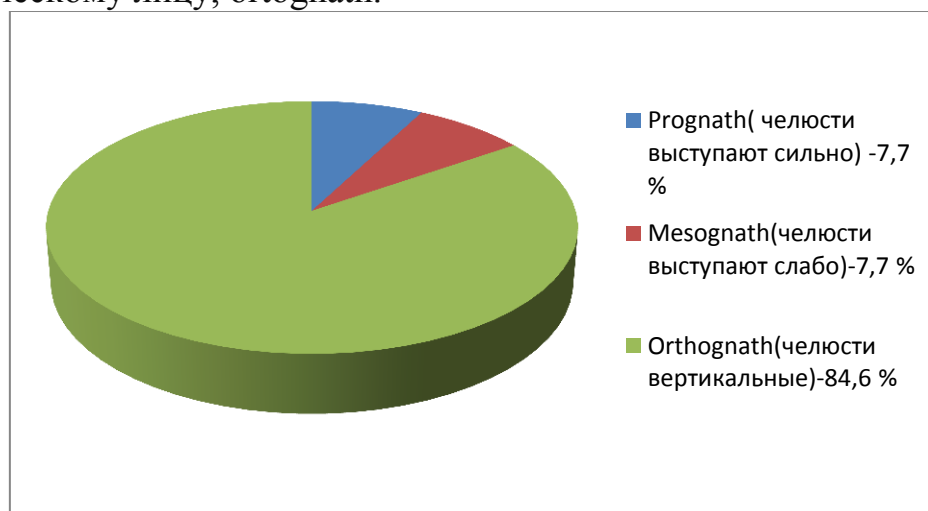


Диаграмма 2. Формы лицевого черепа по углу вертикальной профилировки

Выводы. Таким образом, по верхнелицевому указателю наиболее часто встречалась высокая, узкая форма лицевого черепа lepten (65%), наиболее редко – очень высокая, очень узкая форма, hyperleptenh(15%), по указателю выступления лица (указателю вертикальной профилировки) в основном (84,6%) встречалась ортогнатическая форма лицевого черепа)наиболее редко – прогнатическая и мезогнатическая форма.(по 7,7%), что необходимо учитывать в стоматологической практике при протезировании

Список литературы.

1. Варианты сочетанной изменчивости форм нижней челюсти и форм лицевого черепа/ Д.Н.Россошанский [и др.]/BulletinofMedicalInternetConferences (ISSN 2224-6150). - 2015. - Volume 5. - Issue 7.
2. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина//Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – т.1. – С.568-572.
3. Смирнов, В.Г., Персин, Л.С. Клиническая анатомия скелета лица/В.Г. Смирнов, Л.С. Персин-М:Медицина. - 2007.- 224 с.
4. Соотношение форм лицевого черепа и лицевого профиля в зависимости от типа основания черепа/О.Ю.Алешкина, [и др.]/BulletinofMedicalInternetConferences (ISSN 2224-6150) - 2015. - Volume 5. - Issue 7.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

Тимофеев Е.А., Сопромадзе С.Ш., Кабанова С.А., Тумасян К.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Не смотря на то, что строение организма человека известно с незапамятных времён, изучение строения конкретных его частей является наиболее важным. Так, строение мозгового черепа и черепа в целом в ходе эволюции претерпело множество изменений.

Актуальность исследования состоит в том, что анатомо-топографическое обоснование оптимизации диагностических и оперативно-технических нейрохирургических задач является одним из прикладных направлений учения об индивидуальной анатомической изменчивости.Отсюда назревает необходимость детализации всего спектра индивидуальной изменчивости строения мозгового черепа и его структур.

Целью исследования является изучение топографо-анатомические особенностей строения мозгового черепа, определение поперечных, высотных и

поперечных характеристики, и их взаимоотношения между собой, произведем типологию мозгового черепа.

Материалы и методы: оценка степени индивидуальной изменчивости строения мозгового черепа проводилась с помощью стандартных краниометрических методов, включающих в себя общепринятые стандартные краниометрические точки. Измерения проводились с помощью цифрового штангенциркуля ZIPOWER PM 4265. Объектами исследования явились 13 черепов. Нами были определены следующие краниометрические точки: Eu (euryon) - наиболее выступающая наружу точка боковой поверхности черепа; G (glabella) - наиболее выступающая вперёд в медиально-сагиттальном сечении точка на носовом отростке лобной кости; Op (opisthocranium) - наиболее выступающая сзади (наиболее удалённая от глабеллы) точка на затылочной кости, лежащая на наружном затылочном возвышении.; Ba (basion) – точка на середине переднего края большого затылочного отверстия; B (bregma) - точка на месте схождения стреловидного и венечного швов [1,2].

Результаты и обсуждения. Как показали наши исследования, основные краниометрические размеры мозгового черепа в среднем составили:

Таблица 1. Основные краниометрические размеры мозгового черепа

Краниометрические размеры		М (мм)	$\pm\sigma$ (мм)
продольный размер	g-op	175	7
поперечный размер	eu-eu	128	8,6
высотный размер	ba-b	128	5,4

Нами были рассчитаны три краниометрических показателя:

Продольно-поперечный показатель (eu-eu / g-op). Полученные результаты были разделены на следующие группы: гипердолихокран (hyperdolichocran)- 3 (23%); долихокран (dolichocran)- 5 (38%); мезокран (mesocran)- 4 (31%); брахикран (brachicran)-1 (8%).

Среднее значение продольно-поперечного показателя составило: 73,38, что соответствует долихокранному строению (длинный, узкий). Пять черепов из тринадцати (наибольший процент) имеют долихокранное строение. Четыре черепа- мезокранное (среднее значение отношения поперечного размера к продольному). Три - очень узкие (гипердолихокранное строение). И один- брахикранное (короткий, широкий череп).

Высотно-продольный показатель (ba-b / g-op). Полученные результаты можно уложить в три основные группы: хамекран (chamaecran) – 2 (15%), ортокран (orthocran) – 5 (38%), гипсикран (hypsicran) – 6 (46%)

Средним значением по высотно-продольному показателю является ортокранный (средний) тип строения. Шесть из тринадцати черепов по данному показателю имеют гипсикранный тип строения (короткий, высокий). Пять из тринадцати- ортокранный (средний). И два из тринадцати- хамекранный (длинный, низкий).

Высотно-поперечный указатель (ba-b / eu-eu). Полученные результаты можно разделить на три группы: метриокран (metriocran) – 5 (38%), акрокран (acrocran) – 4 (31%), гипсистенокран (hypsistencran) – 4 (31%)

Средним значением по высотно-поперечному указателю является гипсистенокранный тип строения черепа (крайне высокий, узкий). При этом, пять из тринадцати черепов имеют метриокранный (средний) тип строения черепа по данному показателю. Четыре черепа имеют акрокранное строение (высокий и узкий череп). И последние четыре черепа имеют гипсистенокранный тип.

Таблица 2. Основные краниометрические указатели

Краниометрические указатели		М	±σ
поперечно-продольный	eu-eu:g-op	73,38	4,61
высотно-продольный	ba-b:g-op	72,92	3,5
высотно-поперечный	ba-b:eu-eu	100	6,45

Опираясь на результаты нашего исследования можно выявить основные преобладающие формы мозгового черепа по высотно-продольному указателю - короткая и высокая (Hypsicran) форма мозгового черепа, наиболее редко длинная и низкая (Chamaecran).

По высотно-поперечному указателю наиболее часто встречалась средняя форма (Metriocran) мозгового черепа, наиболее редко высокие и узкие (Acrocran) формы черепа и крайне высокие и узкие (Hypsistencran).

И по поперечно-продольному указателю наиболее часто встречалась длинная и узкая (Dolichocran) форма мозгового черепа, наиболее редко короткая и широкая (Brachicran).

Выводы. Таким образом, наиболее часто встречаемая форма мозгового черепа по поперечно-продольному показателю это- долихокранная форма черепа (38% случаев), по высотно-продольному указателю наиболее часто встречается гипсикранная форма черепа (46% случаев) и по высотно-поперечному указателю наиболее часто встречается метриокранная форма черепа (38% случаев).

Список литературы.

1. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В. П. Алексеев, Г. Ф. Дебеч. - М.: Наука, 1964. - 128 с.
2. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина// Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – Т.1. – С.568-572.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ КОСТНОГО НОСА ПО КРАНИОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Тумасян К.А., Никитина Д.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мантулина Л.А.

Актуальность исследования состоит в анатомо-топографическое изучение особенностей строения костного носа, варибельности расположения различных его структур и краниометрических показателей, несмотря на многолетнее исследование данной темы, представляет значительный интерес для специалистов косметологии и хирургии.

Целью исследования являются изучение особенностей развития и строения костного носа, выявление различий в морфометрических параметрах наружного костного носа с их последующим анализом.

Материалы и методы: оценка степени индивидуальной изменчивости костного носа производилась при помощи стандартных краниометрических методик (измерение по общепринятым краниометрическим точкам с использованием цифрового штангенциркуля) [2]. Были исследованы 20 черепов, находящихся на кафедре анатомии человека «Курского государственного медицинского университета».

Результаты и обсуждения. В ходе работы были определены двадцать краниометрических показателей (все показатели пронумерованы в соответствии с их расположением в таблице 1):

1. Март. 55. Биом. NH. Высота носа [n-ns]
2. Март. 49а. Биом. DC. Хауэллс. DKB. Дакриальная ширина [d-d]
3. Биом. DS. Хауэллс. NDS. Дакриальная высота [d-s]
4. Март. 57. Биом. SC. Хауэллс. WNB. Симотическая ширина [s-c]
5. Март. 54. Биом. NB. Хауэллс. NLB. Ширина носа [apt-apt]
6. Биом. SS. Симотическая высота [s-s]
7. DS:DC Дакриальный указатель
8. SS:SC Симотический указатель
9. 54:55 Носовой указатель (индекс Брока) [apt-apt:n-ns]

Также нами была эмпирически выявлена выраженность структур наружной части костного носа (передненосовая ость, нижний край грушевидного отверстия, продольный профиль носовых костей и т.д.) [3], после чего все полученные данные были подвергнуты статистической обработке в программе Microsoft Excel 2010. Данные всех измерений представлены в таблице 1:

Таблица 1. Краниометрические показатели

№ п/п	№ черепа									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	49,9	41,4	47,7	55	50,6	47,7	48,9	46,5	52,8	52,6
2	24,80	19,60	20,40	18,10	21,20	22,00	24,20	19,80	21,60	21,70
3	9,80	9,10	12,70	12,70	11,80	11,20	9,50	9,80	13,70	12,40

4	10,80	8,50	14,00	8,60	9,40	9,50	10,10	5,50	13,70	10,10
5	27,90	25,30	25,10	21,50	24,50	25,70	27,20	25,90	25,10	24,00
6	3,70	2,80	7,00	4,90	4,10	7,20	4,00	2,30	5,60	5,10
7	39,52	46,43	62,25	70,17	55,66	50,91	39,26	49,49	63,43	57,14
8	34,26	32,94	50,00	56,98	43,62	75,79	39,60	41,82	40,88	50,50
9	55,91	61,11	52,62	39,09	48,42	53,88	55,62	55,70	47,54	45,63

№ п/п	№ черепа									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	51,5	49,2	47,5	51,7	42,2	42,2	47,7	49,4	46,3	52,7
2	20,20	19,60	23,20	24,40	22,30	25,30	17,90	18,30	21,70	24,80
3	11,90	10,60	8,90	10,90	9,30	8,30	7,00	12,20	11,60	10,50
4	8,30	10,00	8,10	7,60	10,00	9,15	9,00	6,60	8,10	9,30
5	24,60	23,10	25,10	26,00	25,90	23,70	21,60	23,10	23,50	25,20
6	4,60	4,80	4,20	3,90	3,80	3,82	3,70	3,80	4,50	3,96
7	57,14	58,91	54,08	38,36	44,67	41,70	32,81	39,11	66,67	53,46
8	55,42	48,00	51,85	51,32	38,00	41,75	41,11	57,58	55,56	42,58
9	47,77	46,95	52,84	50,29	61,37	56,16	45,28	46,76	50,76	47,82

По данным измерений, представленных выше, были определены следующие показатели:

1. Дакриальный указатель помогает различать:

Переносье плоское х - 44,9

Переносье среднее 45 - 53,9

Переносье высокое 54 – у

Соответственно этому показателю к каждому черепу была своя классификация по данному признаку. Как плоское переносье определяется у восьми исследованных, как среднее- у четырёх, обладателей высокого переносья оказалось восемь

2. Симотический указатель помогает выявить степень выступления носа:

Нос слабо выступает х – 28,9

Нос средне выступает 29 – 39,9

Нос сильно выступает 40 – у

Полученные в исследовании значения показывают, что у подавляющего большинства черепов нос выступает сильно (16 исследованных черепов), у остальных четырёх – нос выступает средне.

3. Носовой указатель помогает определить ширину носа:

Leptorrhine (узкий нос)

Mesorrhine (средний нос)

Platyrrhine (широкий нос)

Полученные в исследовании значения показывают, что у восьми исследуемых черепов узкий нос, у пяти – средний, а у семи черепов – широкий.

Выраженность структур наружной части костного носа определяется эмпирически (таблица 2).

Таблица 2 Степень выраженности описательных признаков наружного носа

Форма грушевидного отверстия	Сердцевидная – 10 (50%) Треугольная – 5 (25%) Грушевидная – 5 (25%)
Нижний край грушевидного отверстия	Острый край (anthropina) – 5 (25%) Инфантильная форма (infantilis) – 4 (20%) Предносовые ямки (fossaepraenasales)-7 (35%) Предносовой желоб (sulcuspraenasales) – 4 (20%)
Продольный профиль носовых костей	Вогнутый 9 – (45%) Прямой 3 – (15%) Выпуклый 2 – (10%) Извилистый с преобладанием выпуклости 1(5%) Извилистый с преобладанием вогнутости 5(25%)
Наклон передненосовой ости	Поднятая 6 – (30%) Прямая 9 – (45%) Опущенная 5 – (25%)

Выводы. Таким образом, как показали наши исследования, наиболее часто встречающимся типом костного носа по дакриальному указателю являются плоское и среднее переносья – по 40% случаев, имеет мест сильное выступление носа по симотическому указателю – в 80% случаев, наиболее часто встречающимся типом по носовому указателю Брока явился Leptorrhine– 40% случаев. В нашем исследовании наиболее часто встречалась сердцевидная форма грушевидного отверстия и форма предносовых ямок нижнего края грушевидного отверстия, вогнутая форма продольного профиля носовых костей, прямая форма предносовой ости. [1,2]

Список литературы.

1. Алексеев, В.П. Краниометрия. Методика антропологических исследований/ В. П. Алексеев, Г. Ф. Дебеч. - М.: Наука, 1964. - 128 с.
2. Мантулина, Л.А. Пропорции и симметрия лица юношей и девушек европеоидной расы в возрасте от 18 до 20 лет/ Л.А. Мантулина// Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета.- 2018. – Т.1. – С.568-572.

РАЗДЕЛ 16.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ, СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ПО ДАННЫМ БИОПСИЙ

Антипина Е.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Лагодская И.Я.

В мире ежегодно диагностируется более двух миллионов случаев рака кожи и 200 тысяч случаев меланом, которые являются причиной 80% летальных случаев, связанных со злокачественными новообразованиями кожи (ЗНК). ЗНК занимают одно из лидирующих мест в структуре онкологической заболеваемости мужского и женского населения в Республике Беларусь (РБ), Российской Федерации, в США и странах Западной Европы [1, 2].

В Республике Беларусь в период с 1990 по 2015 годы зарегистрировано 132185 случаев заболевания меланомой, базалиомой и другими злокачественными новообразованиями кожи. В 1990, 1995, 2000, 2002, 2005, 2008, 2010, 2014, 2015, 2016 году число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом рака кожи на 100 тыс. населения составило соответственно: 27,0; 30,1; 41,9; 50,5; 60,7; 72,3; 82,3; 91,4; 100,0; 103,5. Так, за последние 16 лет число случаев заболевания раком кожи в Беларуси возросло на 147,2%.

Целью исследования является клинико-морфологическая характеристика злокачественных новообразований кожи на основании данных биопсий.

Материалы и методы: данные гистологических заключений за 2017 год из архива УЗ «ГОКПАБ». Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Было проанализировано 436 гистологических заключений со случаями ЗНК. Выявлены 3 основные группы ЗНК, а также их разновидности. Проведена оценка частоты локализации новообразований, а также пола и возраста пациентов, страдающих ЗНК.

Базально-клеточный рак (БКР) встречался в 300 случаях (69% всех случаев ЗНК), из них солидная базалиома – в 233 наблюдениях (78% всех случаев БКР); поверхностная базалиома – в 35 (12%); базалиома без дополнительных уточнений – в 18 (5%); базально-плоскоклеточный рак (метатипическая карцинома) – в 5 (2%); пигментный БКР – в 3 (1%); склеродермоподобная (морфеоподобная) базально-клеточная карцинома – в 3 (1%); аденоидная базалиома – в 3 (1%). В 155 случаях (52%) локализацией БКР была кожа лица, в 47 (16%) – кожа волосистой части головы, в 46 (1%) – туловище, в 25 (8%) – околоушная область и ушная раковина, в 17 (6%) – конечности, в 10 (3%) – шея. Среди пациентов с БКР преобладали лица женского пола – 176 человек (59%), мужчины – 124 человека (41%), пик заболеваемости наблюдался в возрасте 60–80 лет (61%).

Плоскоклеточный рак (ПКР) регистрировался в 79 случаях (18% всех случаев ЗНК). ПКР с ороговением выявлялся в 32 наблюдениях (41% всех

случаев ПКР); ПКР без ороговения – в 28 (35%); ПКР in situ – в 19 (24%). В 41 случае (52%) локализацией ПКР была кожа лица, в 16 (20%) – кожа туловища, в 11 (14%) – кожа околоушной области и ушной раковины, в 6 (8%) – кожа конечностей, в 5 (6%) – кожа волосистой части головы. ПКР встречался приблизительно с одинаковой частотой у лиц обоего пола: женщины – 39 человек (49%), мужчины – 40 человек (51%). Большинство пациентов (82%) составили лица в возрасте 70–90 лет.

Меланома кожи (МК) по частоте встречаемости заняла 3-е место (57 случаев, 13%) после БКР и ПКР. Нодулярная МК регистрировалась в 38 случаях (67% всех случаев меланомы), поверхностно-распространяющаяся МК – в 18 (32%), веретенноклеточная МК – в 1 случае. Преимущественная локализация МК – нижняя конечность (22 случая, 39%), в 15 случаях (26%) опухоль локализовалась на коже спины, в 13 (23%) – на коже верхней конечности, в 7 (12%) – на коже лица. Большая часть пациентов с МК – женщины (40 человек, 70%), мужчины – 17 человек (30%). Более половины пациентов (58%) – лица возрастной группы 50–70 лет.

Выводы.

1. Из всех ЗНК наиболее часто выявлялся базально-клеточный рак (БКР) – 300 случаев (69%), реже встречался плоскоклеточный рак (ПКР) – 79 наблюдений (18%), наименее часто – меланома кожи (МК), в 57 случаях (13%).

2. Самой частой локализацией БКР и ПКР была кожа лица – по 52%, а МК – нижние конечности (39%).

3. Среди пациентов с БКР преобладали женщины – 59%, а пик встречаемости опухоли пришелся на возраст 60–80 лет (61%).

4. ПКР встречался приблизительно с одинаковой частотой у мужчин (5%) и женщин (49%); у большинства пациентов (82%) – в возрасте 70–90 лет.

5. МК чаще поражала женщин (70%), а возраст большинства пациентов (58%) составил 50–70 лет.

6. МК выявлялась в более молодом возрасте по сравнению с БКР и ПКР.

Список литературы.

1. Гагил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. М.: Медицина для всех, 2005. 872 с.
2. Шляхтунов Е.А., Гидранович А.В., Луд Н.Г. Рак кожи: современное состояние проблемы // Вестник ВГМУ. 2014. Т. 13, № 3. С. 20–26.

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ
ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИСТОХИМИЧЕСКИХ ВИДОВ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 ГОД**
Анфилова М.Г., Потапова М.Д., Востриков П.П., Колупаев Н.С.
**Курский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Литвинова Е.С.**

Актуальность исследования состоит в высокой летальности от онкологических заболеваний, которые в структуре причин общей смертности на 2017 год составляют 16% и занимают второе место. Особо злободневной проблемой предстает онкопатология у женщин, обусловленная снижением уровня жизни и молниеносностью отдельных форм онкозаболеваний, таких как рак молочной железы (РМЖ). Скрытое течение патологии и отсутствие жалоб на ранних этапах болезни служит причиной поздней диагностики и приводит к инвалидизации или смерти пациента [1].

В структуре смертности от злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает первое ранговое место. Результаты лечения больных РМЖ остаются неутешительными. Однако, прогноз лечения зависит не только от возраста женщины, но и от гистологии и гистохимии карциномы молочной железы, обуславливающих тяжесть течения [2, 3].

Целью исследования является анализ встречаемости рака молочной железы среди возрастных групп в зависимости от гистологии и гистохимии отдельных видов изучаемой патологии.

Материалы и методы: гистологическое исследование биопсийного и операционного материала и частотный анализ патологоанатомический заключений ОГУЗ города Курск «Областное патанатомическое бюро» за 2017 год. Полученные данные статистически обработаны в Microsoft Excel 2010.

Проанализированы 1514 заключения. Рак молочной железы диагностирован у 776 женщин (51,3% случаев).

Для удобства исследования все случаи рака молочной железы были разбиты по 7 возрастным группам: до 20 лет; от 20 до 29 лет; от 30 до 39 лет; от 40 до 49 лет; от 50 до 59 лет; от 60 до 60 лет; более 70 лет.

Результаты и обсуждения. Самый распространённый вид рака молочной железы согласно гистологической классификации – инвазивный неспецифический (613 случаев). Далее следуют инвазивный дольковый (51 случай), другие виды (41 случай) и неинвазивный рак на месте (25 случаев). Наиболее часто данные виды карциномы молочной железы встречались в возрасте 60-69 лет. Реже встречались инвазивные виды рака: муцинозный – 19 случаев, протоковый – 9 случаев, медулярный – 6 случаев, тубулярный – 5 случаев, апокриновый – 1 случай и рак Педжета – 6 случаев. Распределение этих гистологических видов рака молочной железы среди исследуемых возрастных групп представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение гистологических видов РМЖ по возрасту

Вид	До 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70	Итого
Неинвазивный in situ	0	0	3	2	5	11	4	25
Инвазивный неспецифический	0	4	32	2	124	237	34	613
Инвазивный протоковый	0	0	0	0	4	3	2	9
Инвазивный дольковый	0	0	1	6	11	21	2	51
Инвазивный муцинозный	0	0	0	2	5	4	8	19
Инвазивный медуллярный	0	0	1	0	0	5	0	6
Инвазивный тубулярный	0	0	0	1	1	1	2	5
Инвазивный апокриновый	0	0	0	0	0	1	0	1
Рак Педжета	0	0	0	0	3	3	0	6
Другие	0	0	3	6	11	13	8	41
Итого	0	4	40	99	164	299	70	776

Касаемо молекулярных подтипов, наиболее часто определялся люминальный тип А – 196 случаев, люминальный тип В HER- – 180 случаев и HER+ молекулярный подтип – 125 случаев. Менее распространены тройной негативный тип – 89 случаев и люминальный тип В HER+ – 48 случаев. Распределение рака молочной железы по молекулярным подтипам показано на диаграмме 1.

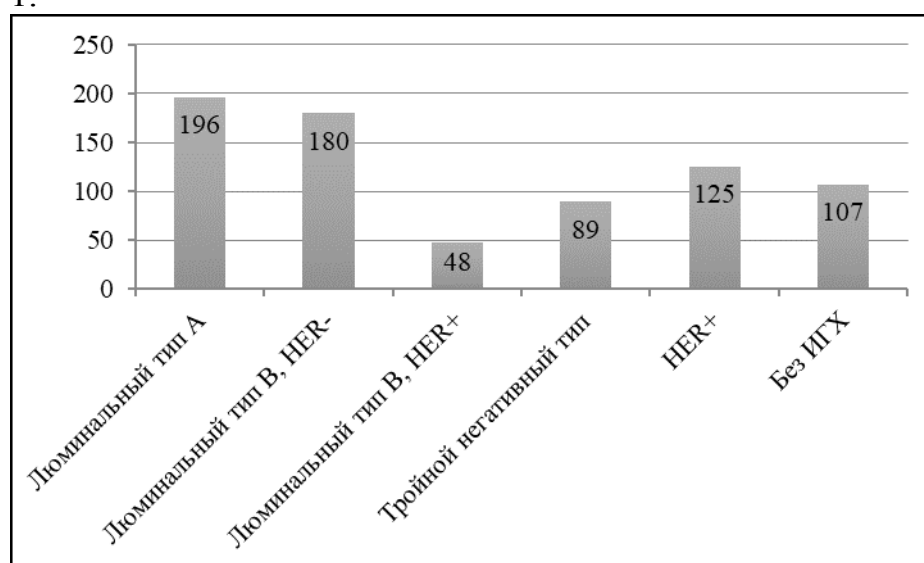


Диаграмма 1. Распределение рака молочной железы по молекулярным подтипам

Выводы. Согласно гистологической классификации самый распространённый вид рака молочной железы – инвазивный неспецифический (613 случаев). Наибольшее количество каждого вида карциномы молочной железы по гистологической классификации встречалось у женщин в возрасте 60-69 лет, а в возрастной группе до 20 лет РМЖ данных видов не обнаружен.

Превалирующий гистохимический тип рака молочной железы – люминальный тип А (196 случаев), значительно реже определялся люминальный тип В HER+ (48 случаев).

Таким образом, при условии ранней диагностики и своевременном выявлении не только степени рака молочной железы, но и его гистологических и молекулярных форм, от которых в значительной мере зависит течение заболевания, возможно ранее лечение и предупреждение развития исследованной патологии.

Список литературы.

1. Аксель, Е.М. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в России // Материалы 15-го Рос. онкол. конгр. 2014. Электрон. дан. Режим доступа: <http://www.rosoncowed.ru/events/2014/12/15/video/seliger/16/05/> (дата обращения: 11.03.2019)
2. Артамонова, Е.В. Роль иммунофенотипирования опухолевых клеток в диагностике и прогнозе рака молочной железы // Иммунология гемопоза. 2015. № 1. С. 3-51.
3. Давыдов, М.И. Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2016 году // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2016. т.22. № 3. С. 172.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ТРАВМЫ

Бабарыкин Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

Под железнодорожной травмой в судебной медицине понимают комплекс механических повреждений, возникновение которых находится в прямой зависимости от движения рельсового транспорта.

Группа рельсовой травмы включает железнодорожную и трамвайную травмы, которые находятся на втором месте по количеству погибших и пострадавших, после автомобильной травмы [3, 4].

Целью исследования является изучение рельсовой травмы, посредством анализа таких показателей как: возраст и половая принадлежность, время года,

локализация повреждений и их характер, наличие отчленений при травме и степень алкогольного опьянения потерпевших

Материал и методы: всего проанализировано 85 случаев.

При обработке статистических данных получены сведения, позволяющие выделить доминирующие или наиболее частые случаи травмирования части тела, а также часто встречающиеся характерные свойства, лидирующую возрастную и сезонную категорию травматизма и превосходящий контингент лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

Результаты и обсуждения. Наибольшее число пострадавших составляют мужчины – 77 человек (90,59%). Из них в возрасте 51-60 лет – 20 человек, что является наибольшим количеством (23,52% от общего числа пострадавших и 28,57% от числа пострадавших мужчин).

На втором месте по числу пострадавших находятся мужчины в возрасте 31-40 лет – 16 человек (18,8% от числа всех пострадавших и 20,77% от числа пострадавших мужчин).

Далее мужчины 21-30 лет – 14 человек (16,47% и 18,18 соответственно); в возрасте 41-50 лет – 10 чел. (11,76% и 12,98%); возрасте свыше 70 лет – 8 чел. (9,42% и 10,38%); возрасте 61-70 лет – 5 чел. (5,88% и 6,49%); возрасте 10-20 лет – 4 чел. (4,7% и 5,19%).

Из общего числа пострадавших – 8 женщин (9,41%). Наибольшее количество пострадавших женщин относятся к возрастной группе 51-60 лет – 3 человека (3,52% от общего числа пострадавших и 37,5% от числа пострадавших женщин). В возрастных группах 10-20 лет, 31-40 лет, 41-50 лет, 61-70 лет, свыше 70 лет по 1 пострадавшему, т.е. 1,17% от всего числа и 12,5% от числа пострадавших женщин. Случаев повреждений в возрастной группе 21-30 лет зафиксировано не было.

Наибольшее количество травм у мужчин приходится на весну и осень. Всего 44 случая (23 весной и 21 осенью), что составляет 51,76% от всех случаев и 57,14% от числа пострадавших мужчин. Наибольшее число травм зафиксировано в апреле – 11 случаев (12,94% и 14,28%). Зимой количество травм у мужчин составило 17 случаев, летом – 16 случаев. Распределение погибших по полу и возрасту представлено в диаграмме 1.

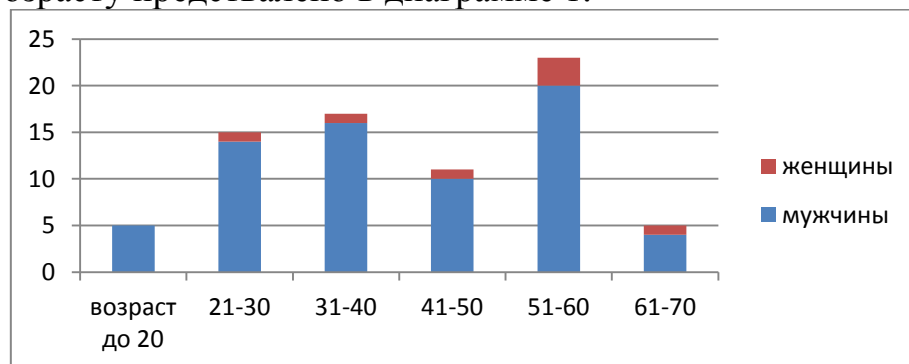


Диаграмма 1. Распределение погибших по полу и возрасту

У женщин самым травмоопасным периодом вышло лето: зафиксировано 3 случая, зимой и весной – по 2 случая. Наименьшее число

пришлось на осень – 1 случай. Наибольшее число инцидентов с женщинами зафиксировано в июне – 2.

При анализе локализации различных повреждений установлено, что чаще всего повреждается туловище – 72 раза, далее голова – 70 раз, верхние конечности – 48 раз, нижние конечности – 52 раза.

Повреждения следующего характера: переломы – 177, ссадины – 128, кровотечения – 103, раны – 89, разрывы внутренних органов – 68.

По локализации чаще всего травмы располагаются на голове – 190 различного вида травм. На туловище – 187; на конечностях верхних – 81; на нижних конечностях – 91; на шее – 15 травм.

Травмы часто сопряжены с отчленением частей тела. Из всех случаев отчленения (всего 55 случаев) наиболее часто отчленению подвержены нижние конечности – 21 случай (41,17%), затем верхние конечности – 13 случаев (23,63%), также происходит отчленение туловища – 12 случаев (21,81%), далее голова и шея – 9 случаев (16,36%).

Наиболее часто отчленение происходит пополам – 32 случая (58,18%), на 2 части 12 случаев (21,81%), на 3 части – 5 случаев (9,09%), на более чем 3 части – 6 случаев (10,9%). Количественная характеристика алкогольной интоксикации травмированных поездами представлена в диаграмме 2.



Диаграмма 2. Количественная характеристика алкогольной интоксикации травмированных поездами

Из 85 случаев получения повреждений пострадавшие находились в состоянии алкогольного опьянения – 47 человек (55,29%). Из них в состоянии легкого алкогольного опьянения – 7 человек (8,2% от всех пострадавших и 14,89% от числа пьяных), в состоянии опьянения средней тяжести – 15 человек (17,64% от всех и 31,9% от числа пьяных), в состоянии тяжелого алкогольного опьянения – 25 человек (29,4% и 53,19%).

Выводы. Таким образом, можно заключить, что наибольшее число пострадавших в результате ДТП на железной дороге и получивших рельсовые травмы являются и мужчины и женщины в возрасте 51-60 лет со значительным преобладанием в числе пострадавших мужчин. Влияние сезонности на приобретение травм четко не выражено, однако, с долей вероятности можно заключить, что летом количество случаев травматизма несколько ниже. Туловище и голова человека наиболее подвержены рельсовым травмам, что также подтверждается данными о количестве различного вида травм на частях

тела. В результате механических повреждений, возникающих у пешеходов, водителей и пассажиров от действия наружных или внутренних частей движущегося транспорта и при выпадении из него наиболее частыми травмами являются переломы, иногда сопряженные с отчленением частей тела. Наиболее подвержены отчленению нижние конечности. Общий показатель количества лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения от числа всех пострадавших указывает, на тот факт, что наличие алкогольного опьянения способствует совершению, а иногда и провоцирует совершение инцидентов и ДТП на железнодорожном транспорте, в том числе и со смертельным исходом. Полученные данные соответствуют результатам других исследователей [1,2].

Список литературы.

1. Анин Э.А. Аналитический обзор железнодорожного травматизма со смертельным исходом в Гродненском регионе // Вопросы криминологии, криминалистики и судебной экспертизы. 2015, № 1 (37), С. 205-206.
2. Пермякова Н.В. Смертельная рельсовая травма в городе Екатеринбург // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). 2015. № 3 (12). С.107-109.
3. Пиголкин Ю.И., Баринов Е.Х., Богомолов Д.В., Богомолова И.Н. Судебная медицина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 359 с.
4. Поркшеян О.Х. Судебно-медицинская экспертиза при железнодорожных происшествиях. М.: Медицина, 1965. – 111с.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Баллаева Ф.Х., Бициева Э.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н. Епхиев А.А.

Хронический эндометрит (ХЭ) является серьезной проблемой репродуктологии. Особенно это актуально при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), так как с каждой последующей попыткой ЭКО вероятность наступления и вынашивания беременности снижается, что делает необходимым разработку и внедрение комплекса исследований эндометрия для повышения эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [4].

Хронический эндометрит – клинико-морфологический синдром, при котором возникают морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую трансформацию и рецептивность слизистой оболочки [3].

Рецептивность – это комплекс, структурно-функциональных характеристик эндометрия с четкими пространственно-временными промежутками, определяющий способность эндометрия к имплантации.

Целью исследования является определение функционального состояния эндометрия у женщин с бесплодием при изучении пролиферативной активности, наличия хронических воспалительных процессов и экспрессии рецепторов эстрогенов (Er) и прогестерона (Pr).

Материалы и методы: в этом исследовании использовали соскобы функционального слоя эндометрия женщин с бесплодием, взятые в стадию пролиферации (7-10 день менструального цикла) для проведения гистологического и иммуногистохимического исследования.

Для гистологического исследования материал фиксировали в 10% растворе формалина. Образцы были обработаны по стандартной методике и заключены в парафин.

ИГХ реакцию проводили на депарафинированных срезах по стандартным протоколам. Определяли уровень экспрессии маркеров CD-138 и Ki-67. Помимо этого оценили состояние рецепторного аппарата эндометрия, по количеству и соотношению Pr и Er рецепторов.

Ki-67 – маркер пролиферации, который рассматривают для оценки пролиферативной активности клетки. Он отражает количество митотически активных клеток, так как экспрессируется во всех фазах клеточного цикла (G1, S, G2, M), кроме G0, т.е. интенсивность ядерного окрашивания может быть весьма вариабельной.

CD-138 – иммунологический маркер плазматических клеток, является «золотым стандартом» гистологической диагностики хронического эндометрита при морфологическом исследовании эндометрия.

Рецепторы к эстрогенам (ЭР) и прогестерону (ПР) относятся к внутриклеточным рецепторам стероидных гормонов [3]. Они присутствуют в различных тканях-мишенях, прежде всего в матке, где участвуют в механизмах гормональной регуляции жизнедеятельности и функциональной активности специализированных клеток.

Результаты и обсуждения: При анализе морфологической структуры эндометрия о пролиферативной активности судили по форме и величине желез, расположению эпителия и количеству митозов в нем. В случае ХЭ, как правило, выявляется отек и инфильтрация плазматическими клетками, лимфоцитами, склероз стромы [2, 5].

Но ИГХ окрашивание дает более полное представление о функциональном состоянии эндометрия. На фоне хронического воспаления отмечается усиление экспрессии маркера Ki-67 в клетках железистого и покровного эпителия, и в клетках стромы.

Маркер плазматических клеток CD-138 является абсолютным критерием в диагностике ХЭ. Его экспрессия отмечается во всех случаях хронического эндометрита. В некоторых случаях гистологически неверифицированного ХЭ отмечается наличие CD-138-положительных клеток, что свидетельствует о том, что плазматические клетки при обычном окрашивании не всегда визуализируются.

Экспрессия рецепторов Pr сохранена. В одних случаях экспрессия рецепторов Er в эпителии снижена – около 50%.

Соотношение уровней рецепторов Pr и Er в норме для стадии пролиферации равно примерно 1 [4].

Но если отмечается значительное снижение экспрессии Er и Pr и изменение их соотношения в клетках стромы и эпителия желез мы предполагаем, что наступление беременности маловероятно.

Выводы. На основании полученных данных, можно сделать вывод, что определение морфофункционального состояния эндометрия возможно только при использовании ИГХ исследования.

Своевременное определение морфофункционального состояния эндометрия у женщин с бесплодием позволит определить дальнейшую тактику лечения и возможно, на основании этих данных, с большей долей вероятности будет возможность предположить результаты ЭКО.

Список литературы

1. Пономаренко К.Ю. Рецептивность эндометрия у женщин с нарушениями в репродуктивной системе / Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т.66. – № 4. – С. 90-97

2. Рецепторы прогестерона и эстрогенов в эндометрии / База знаний по биологии человека. Режим доступа к журн. URL: <http://humbio.ru/humbio/01122001/progest/00009192.htm> (дата обращения: 15.03.2019).

3. Савельева Е.М., Перминова С.Г., Демура Т.А. Способ прогнозирования рецептивности эндометрия на основании оценки экспрессии gnrg и gnrgg в «окно имплантации» в эндометрии женщин бесплодием и неудачными попытками программы эко / FindPatent.ru: электрон.журнал 2012-2018. Режим доступа к журн. URL: <http://www.findpatent.ru/patent/261/2617515.html> - патентный поиск, 2012-2018 (дата обращения: 15.03.2019).

4. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит / М: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. – 64 с.

5. Топчиева О.И., Прянишников В.А., Жемкова З.П. Биопсии эндометрия / М: Медицина, 1978 г. – 232 с.

АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 3, 4 И 5 КУРСОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Бобылева Л.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – ассистент Харченко А.В.

В соответствии с концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации одними из приоритетных задач процесса образования являются: необходимость обеспечения нового уровня качества подготовки специалистов, а также формирование гибкой системы подготовки кадров. Это позволит удовлетворить потребности современного общества в специалистах различных направлений, способных быстро адаптироваться к изменению условий в процессе своей профессиональной деятельности [6].

Важным элементом повышения качества образования в ВУЗах является изменение содержания основных образовательных программ в соответствии с ФГОС третьего поколения, что, в свою очередь, требует обновления структуры построения учебных планов и нового подхода к учебно-методической работе [4].

Обеспечение высокого уровня качества образования, в условиях его модернизации, должно осуществляться с учетом сохранения фундаментальности и соответствия актуальным потребностям общества [3].

Так, например, на кафедре патологической анатомии организация процесса обучения предусматривает постоянное совершенствование методики преподавания с учетом специфики факультетов, что, несомненно, соответствует изменяющемуся направлению вектора образовательного процесса в высших учебных заведениях и в медицинских ВУЗах в частности [1].

Целью исследования является изучение удовлетворенности студентов педиатрического факультета качеством и организацией преподавания патологической анатомии на кафедре.

Задачи исследования: провести анкетирование студентов 3, 4 и 5 курсов педиатрического факультета по вопросам организации и реализации образовательного процесса на кафедре; проанализировать полученные результаты удовлетворенности студентов качеством преподавания патологической анатомии на педиатрическом факультете; дать комплексную оценку качеству образовательного процесса на педиатрическом факультете на основе обратной связи.

Материалы и методы: проведено анонимное анкетирование 220 студентов педиатрического факультета 2018-2019, 2017-2018 и 2016-2017 годов обучения на кафедре патологической анатомии (3, 4 и 5 курсов соответственно).

Участникам опроса предлагалось оценить по десятибалльной шкале удовлетворенность лекционным материалом, доступностью и понятностью изложения материала на практических занятиях, оснащенностью практических

занятий. Студенты также оценивали качество тестовых заданий, ситуационных задач, организацию индивидуальной работы с преподавателем, систему оценки знаний и соответствие своим ожиданиям знаний, полученных на практических занятиях. Кроме этого нас интересовала удовлетворенность обучающихся методами организации, системой оценки и контролем за выполнением самостоятельной работы, а также обеспеченностью учебно-методической литературы и электронными пособиями.

Результаты и обсуждения. Оценка респондентами каждого конкретного показателя анкеты осуществлялась по десятибалльной шкале, где: 0 – 4 балла – низкий уровень удовлетворенности; 5 – 7 баллов – средний, 8 – 10 баллов – высокий.

Актуальность лекционного материала, доступность и понятность изложения лекций, а также выразительность речи лектора студенты 3 и 4 курсов педиатрического факультета оценили выше среднего, тогда как студенты 5 курса дали оценку ближе к среднему уровню удовлетворенности (до 7 баллов).

Объем лекций и наглядность лекционного материала все три курса оценили одинаково выше среднего (7,1 балла), однако культура общения на 4 курсе была отмечена намного выше, чем на 3 и 5 курсах и составила 7,8 балла.

Студенты 5 курса в среднем удовлетворены проведением практических занятий, дав оценку выше среднего (7,2 балла), наиболее отметив возможность непосредственной беседы с преподавателем и соответствие полученных знаний своим ожиданиям. Однако студенты 4 курса оценили выше такие показатели как доступность и понятность изложения материала, качество ситуационных задач, организацию индивидуальной работы с преподавателем, культуру общения, систему оценки знаний и соответствие полученных знаний своим ожиданиям, дав наименьшую оценку оснащенности практических занятий техническими средствами. Наиболее удовлетворенными культурой общения с преподавателем и соответствием полученных знаний своим ожиданиям остались студенты 3 курса, оценив эти критерии на 8,07 и 8 баллов соответственно.

Студенты 3, 4 и 5 курсов удовлетворены самостоятельной работой выше среднего, однако студенты 4 курса дали оценку выше 7,5 балла по всем показателям.

Доступность учебной и учебно-методической литературой, а также наличие электронных пособий по патологической анатомии высоко оценили студенты 3 и 4 курсов, в отличие от студентов 5 курса, которые остались удовлетворены на 7 баллов. На кафедре продолжается работа по созданию учебных пособий с использованием ситуационных и проблемных заданий, а также пособий по тренировке навыков диагностики заболеваний и патологических процессов по макроскопическим и микроскопическим препаратам на основе ориентировочной основы действия.

Выводы. Проведенный анализ результатов анонимного анкетирования показал, что качеству и организации преподавания дисциплины

«патологическая анатомия» студенты 3 и 4 курсов педиатрического факультета удовлетворены выше среднего, т.к. средняя оценка удовлетворенности по всем показателям составила 7,63 и 7,5 баллов соответственно. При этом по данным опроса студентов 5 курса педиатрического факультета средняя оценка удовлетворенности оказалась ниже 7 (всего 6,9 баллов). Таким образом, постоянное развитие и совершенствование учебного материала и методов обучения на кафедре патологической анатомии повышает заинтересованность самого студента в усвоении предмета и создает условия для профессиональной самореализации.

Список литературы.

1. Арабидзе Г. Г., Киденцова С.И. Тенденции развития оценки и компетенций по профильным дисциплинам медицинских специальностей высшего профессионального образования // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2012. № 2. С. 57 – 64.
2. Большакова З. М., Тулькибаева Н. Н. Трансформация образования: основы, теория, технологии // Образовательные технологии. 2017. № 4. С. 38 – 44.
3. Гринкурт Л. С. Проблемы обновления образовательной системы вуза // Высшее образование в России. 2011. № 7. С. 20 – 26.
4. Котельников Г. П., Измалков С. Н., Федорина Т. А. Инновационные подходы к повышению качества образования в системе непрерывного профессионального развития медицинских работников // Медицинское образование и вузовская наука. 2012. № 1. С. 16 – 19.
5. Мельникова И. Ю., Романцов М. Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя вуза в образовательном процессе на современном этапе // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 11. С. 47 – 52.
6. Шаповалова М. С. Некоторые аспекты внедрения стандартов третьего поколения в вузе // Человек и современное общество: вопросы педагогики и психологии: материалы международной заочной научно-практической конференции (часть I). Новосибирск. 2012. С. 122 – 125.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Вавилов П.С., Черненко Н.В., Катаев А.С.

Ивановская Государственная медицинская академия

Кафедра анатомии, топографической анатомии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Катаев С.И.

Лимфатическое русло, являясь составной частью сосудистой системы человека, выполняет важную роль при заболеваниях разного генеза. [1, 2, 5, 7]. Но глубина изучения её роли при различных заболеваниях находится в большом диапазоне. Это относится и к патогенезу алкогольной интоксикации (АИ). И если этот вопрос в отношении кровеносного русла изучен относительно всесторонне, то роль лимфатического звена изучена недостаточно глубоко. Имеющиеся исследования о влиянии АИ на лимфатическое русло печени [3] касаются, как правило, взрослого организма, а аналогичных работ, в отношении молодого возраста практически отсутствуют. Учитывая это обстоятельство и тот факт, что АИ свойственна в немалой степени и молодым людям, всестороннее изучение лимфатического русла при алкоголизации организма продолжает быть актуальным.

Целью исследования является изучение морфологической перестройки лимфатических сосудистых структур печени у белых крыс предпубертатного, репродуктивного и взрослого периодов жизни животных.

Материалы и методы: было изучено лимфатическое русло печени 72 беспородных белых крыс обоего пола предпубертатного, репродуктивного и взрослого периодов жизни. Алкогольная интоксикация вызывалась по принятой методике [4], предусматривающей введение 38-40% этанола в дозе 4г/кг продолжительностью от 30 до 90 суток. Содержание и вывод животных из эксперимента проводился в соответствии с требованиями Европейской конвенции о защите позвоночных животных используемых в экспериментах и других научных целях ETS N 123. Выявление структур лимфатического русла печени осуществлялось инъекционными, гистологическими, импрегнационными и электронно-микроскопическими методами. Изучение трехмерной ориентации образований лимфатического русла и их эндотелиальной выстилки проводились на базе растровой электронной микроскопии (РЭМ). Полученные морфометрические показатели параметров лимфатических структур были подвергнуты статистической обработке в прикладной программе Microsoft Excel 7.0.

Результаты и обсуждения. При развитии АИ в организме экспериментальных животных всех групп происходило статистически достоверное изменение линейных параметров всех компонентов лимфатического русла, диапазон которых зависил от дозы получаемого алкоголя и возраста крыс. Наиболее характерными признаками для всех возрастных групп крыс был дилатационный эффект. Этот эффект проявлялся в увеличении просвета как капилляров так и сосудов как минимум в 1,5 раза в первые 2-3 недели опыта и в 3-5 раз при эксперименте в 90 суток. При 30-ти

суточной алкоголизации животных, наряду с типичной реакцией русла, выражающейся в его расширении на $12,18 \pm 1,13\%$, начинала происходить морфологическая перестройка его структур. В трети случаев наблюдалось неравномерное увеличение диаметра лимфангионов. В меньшей степени это явление было присуще капиллярам и посткапиллярам. В пределах лимфатических сетей появлялись единичные емкостные образования, характеризовавшиеся тем, что в месте соединения нескольких капилляров появлялась емкостная структура, площадь которой соответствовала площади 3-5 капиллярным петлям. Последующее увеличение дозы алкоголя (60 суточные животные) обуславливала более существенные морфологические преобразования структур русла, что особенно четко проявлялось в перибилиарных и перивазальных лимфатических сплетениях. Выраженная дилатация лимфангионов приводила нередко к исчезновению характерных для сосудов клапанных перехватов на том или ином их протяжении. В стенках капилляров и лимфангионов начинали проявляться единичные слепооканчивающиеся выросты пальцеобразной или сферической формы. Эти явления свидетельствовали о локальном стазе лимфы, что обусловлено, как можно предполагать, нарушением физиологического функционирования части клапанов лимфангионов. Переполнение лимфой фрагментов сосудов приводило к явлениям деформации их стенки. При продолжительности эксперимента в 90 суток все описанные морфологические преобразования начинали присутствовать в значительно большем объеме. В эту стадию опыта начинали четко проявляться деформационные изменения стенок структур, что существенно видоизменяла типичный вид сосудов, в результате сглаживания контуров клапанных створок. Уменьшилось на $14,71 \pm 3,12\%$ и число анастомозов между ними, а также количество лимфатических структур на единицу объема препарата. Характерными явлениями стало изменение площади и снижение градиента степени выраженности ядродержащих зон в эндотелиоцитах, что четко проявляется на сканограммах, выполненных с помощью РЭМ. Степень выраженности патологических преобразований всецело зависела от суммарной дозы полученного животными алкоголя. Пусковым моментом появления этих изменений следует считать нарушения механизмов тканевого гомеостаза в силу изменения физиологического функционирования лимфатического звена сосудистого русла печени. Можно предполагать, что АИ вызывает перестройку в качестве дренажа интерстиция, в пределах которого при патологических условиях накапливаются кислые мукополисахариды. Они способствуют пролиферации коллагеновых волокон, что усиливает процесс развития соединительной ткани. Неравномерность ее расположения вокруг структур лимфатического русла способствует деформационным явлениям их стенки, резкому перепаду диаметров сосудов. Косвенным подтверждением последнего является изменение степени аргирофилии эндотелиоцитов в структурах лимфатического русла. На $17,08 \pm 3,85\%$ увеличивалась площадь эндотелиоцитов, значительно возрастало количество аргирофильных включений в цитоплазме и, особенно в пределах межэндотелиальных щелей, по сравнению с контрольными животными, что

свидетельствовало об изменении процесса массопереноса. Касаясь сравнительного аспекта последствий действия алкоголя на животных разных возрастных групп, на морфологию лимфатического русла печени, то необходимо отметить следующее. Во всех изученных возрастных группах в зависимости от длительности АИ возникали как адаптационно-компенсаторные, так и патологические изменения в пределах всех структур лимфатического русла, но резистентность последнего в большей степени характерна была для взрослых животных. Чем меньше был возраст животного, тем быстрее наступали деструктивные изменения в его лимфатических образованиях при одной и той же продолжительности эксперимента. Если выявленные изменения лимфатического русла у экспериментальных крыс при АИ экстраполировать на человека, то становится очевидным, насколько опасно употребление алкоголя лицам не достигшим зрелого возраста. Следует отметить, что указанные выше изменения, происходящие под действием алкогольной интоксикации, развивались параллельно с преобразованием кровеносного русла и паренхимы органа. Со стороны гепатоцитов в последний период эксперимента отмечались с одной стороны явления активизации митохондрий, с другой, их перерождение как следствие развития гепатоза. В пределах геморусла отмечалось полнокровие, широкий контакт просвета синусоидов с вокруг синусоидальными пространствами.

Выводы. Алкогольная интоксикация вызывает определенные морфологические преобразования во всех структурах лимфатического русла печени крыс, степень и глубина которых зависит от продолжительности алкогольной интоксикации и возраста животных. Лимфатическое русло печени крыс более резистентно к воздействию алкоголя у зрелых животных, нежели у животных репродуктивного и особенно предпубертатного периода.

Список литературы.

1. Бородин Ю.И. Лимфология как интегративная медико-биологическая наука // Вестник лимфологии. 2009. № 4. С. 6-9.
2. Ефиненко Н.А. Руководство по клинической лимфологии // М.: Полимаг. 2001. С. 158.
3. Катаев С.И. Лимфатическое русло печени при алкогольной интоксикации // Лимфология. 2010. С. 21-26
4. Любимов Б.И. Хроническая алкогольная интоксикация у животных// Фармакология и токсикология. 1983. № 2. С. 92-102.
5. Сапин М.Р. Лимфатическая система как важнейшая часть иммунной системы // Морфология. 2000. С. 106-107.
6. Shilds J.W. High points in the history of limphology // Lymphology. 2001. № 2. P.51-68.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ
ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2018 ГОДАХ**

Глазунов Д.И., Урус А.А., Николаев С.А., Лукашов М.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Фетисова А.И.

Гонорея – это венерическое заболевание человека с преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов, иногда слизистых оболочек полости рта, глотки, вызываемая гонококком, передающаяся, как правило, половым путем [1].

При заражении гонококком в эпителии происходят дистрофические процессы вплоть до полного его разрушения на отдельных участках, что приводит к пролиферации и метаплазии цилиндрического эпителия в многослойный плоский. При этом слои изменённого эпителия расположены беспорядочно, разрыхлены; клетки местами резко вакуолизированы, ядра вытянуты, неравномерной величины и формы, пикнотичны. Просвет желёз заполняется отторгнувшимся эпителием и лейкоцитами, вследствие чего устья желез сдавливаются, это ведет к частичной или полной ее непроходимости. Гной, не имея выхода наружу, накапливается в просвете железы, в результате чего образуются небольшие псевдоабсцессы.

Патологоанатомическая картина гонококковой инфекции у мужчин, женщин и детей различна, что связано с анатомическими и физиологическими особенностями мочеполовых органов. У мужчин эпителий слизистой оболочки уретры на отдельных участках полностью разрушается и обнажаются более глубокие слои. Ограниченные инфильтраты образуются вокруг выводных протоков предстательной железы и глубоких сосудов задней уретры. Параллельно с образованием инфильтратов в уретре могут развиваться грануляционные изменения, так называемый грануляционный уретрит [2].

Актуальность исследования состоит в том, что среди инфекций передаваемых половым путем (ИППП) гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных. Ежегодно в мире регистрируется от 60 до 150 млн. случаев гонореи. В Российской Федерации сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с высоким уровнем заболеваемости ИППП, что обусловлено массивным распространением и неблагоприятным влиянием на репродуктивное здоровье населения. Возможно это связано с тем, что в России до декабря 2011 года не было программы регулярного мониторинга. В 2012 году ВОЗ выпустила публикацию «Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*». В ней гонококковая инфекция называется одной из самых опасных заболеваний, которое передается половым путем [3].

Целью исследования является изучение и оценка показателей заболеваемости выявленной гонорейной инфекции в Курске и Курской области

за 2014-2018 год на основании данных ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материалы и методы: был проведен анализ статистической информации о выявленных случаях гонококковой инфекции в различных социальных группах и возрастных категориях населения Курской области полученной в ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер». В данной статье систематизированы данные и сделаны выводы о динамике развития, лечения и профилактики гонококковой инфекции. Расчеты и графический анализ данных были проведены на базе пакетов программ Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты и обсуждения. Заболеваемость гонококковой инфекции показал стабильное снижение показателей в более чем в 5 раз (с 245 случаев в 2014 году до 47 в 2018 году), что представлено на диаграмме 1.. В целом такая динамика не отставала от общей динамики по стране.

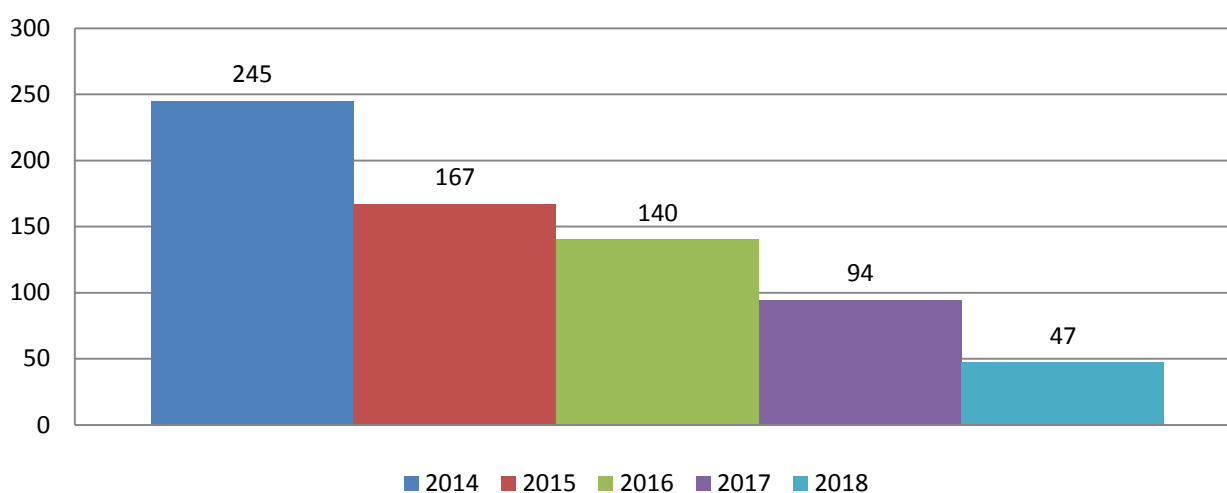


Диаграмма 1. Заболеваемость гонококковой инфекцией в Курской области за 2014-2018 год

При сравнительном анализе возрастной структуры заболеваемости за 2017-2018 год существенных отличий не было выявлено. Исключение составил 2018 год, в котором наблюдался возросший уровень заболеваемости среди группы 40 лет и старше, и значительное снижение заболеваемости среди всех остальных групп, представленное на диаграмме 2. Логического объяснения такому росту нам найти не удалось. Однако примерно такая же картина была и в 2014 году. Рассматривая данную ситуацию в целом, можно заметить, что заболеваемость в этой группе из года в год колеблется больше всего. При изучении половой структуры заболеваемости установлено, что большинство случаев приходится на мужчин (примерно 71% от всего количества), исключение составил 2016 год, в котором число заболевших женщин было немного больше количества мужчин, что представлено на диаграмме 3.

Изучение статистики гонококковой инфекции у разных социальных групп показало, что 46% всех больных это неработающие, что также объясняется их образом жизни. Примечательно, что 1/6 больных это студенты, возможно,

это связано с недостаточной профилактической работой с этой группой населения.

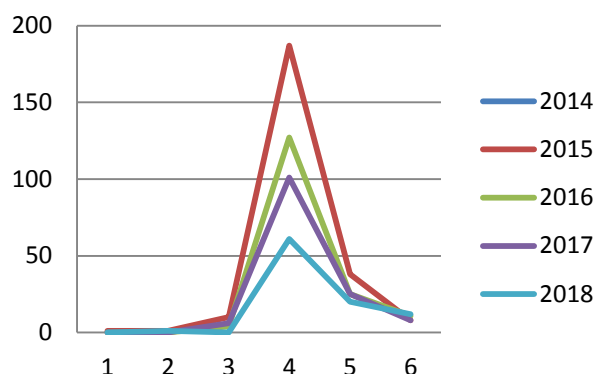


Диаграмма 2 Распределение больных гонококковой инфекцией в Курской области по возрастным группам 2014-2018 год.

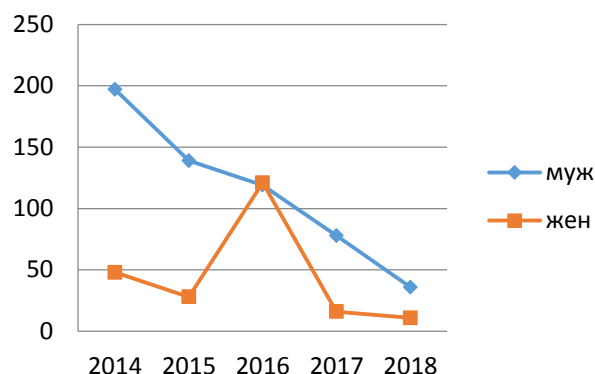


Диаграмма 3 Половое распределение больных гонококковой инфекцией в курской области за 2014-2018 год.

Выводы. В целом наблюдается снижение динамики заболеваемости по сравнению с предыдущими годами, но среди некоторых групп населения, а именно среди мужчин и студентов от 18 до 29 лет, заболеваемость по-прежнему остается наиболее высокой. Мы считаем, что необходимо разработать мероприятия по профилактике направленные именно на эти социальные группы населения.

Список литературы.

1. Бехало В.А., Костюкова Н.Н. Новый взгляд на развитие гонококкового инфекционного процесса // Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 6. С. 4-8.
2. Петровский Б. В. Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия. Т. 6. 1986. С. 953-987.
3. Фролова Л.И. Гонорея: симптомы, профилактика, лекарственные средства для лечения // Новая аптека. 2007. № 10. С. 108-110.
4. Keane F.E. An association between nongonococcal urethritis and bacterial vaginosis and the implications for patients and their sexual partners/ F.E. Keane, B.I. Thomas, L. Whitaker et al. // Genitourin. Med. 1997. V. 73, № 5. P. 373-377.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ

Демидова Е. А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

Существует классификация падений с высоты: с высоты собственного роста (центра тяжести = 0.7, 0.8 длины тела) и выше собственного роста (со строений). Особое место, которое не входит в эту классификацию занимают падения на лестничном марше, это своеобразное падение которое имеет свои признаки [2]. Падения с высоты, по данным экспертов, занимают 11,6%-40%. Следует отметить, что число травм от падения с высоты в сельской местности значительно ниже и составляет 6,5%. По данным Р. А. Балаяна [1], смерть от падения с высоты в структуре секционного материала крупных городов составляет 5,14%-8,4%, а в группе смерти от механической травмы достигает 15%-39,9%.

Материалы и методы: объектом наших наблюдений служит 100 наблюдений падений с различной высоты и различных объектов.

Результаты и обсуждение. Наибольшее число пострадавших мужчин в возрасте от 31 до 40, наименьшее от 61 до 70. Наибольшее число пострадавших женщин в возрасте от 81 и более, наименьшее от 31 до 30.

Сезонная характеристика вышеуказанной травмы выражается следующим показателем: январь – 5 падений, февраль – 7 падений, март – 9 падений, апрель – 7 падений, март – 8 падений, июнь – 10 падений, июль – 9 падений, август – 9 падений, сентябрь – 7 падений, октябрь – 10 падений, ноябрь – 11 падений, декабрь – 8 падений.

Наиболее часто имеют место падения в летне-осенний период, наименее часто в зимний период.

Объекты, с которых осуществлялось падение в 81 случае представляли собой здания, в 8 с приставных лестниц, в 2 случаях стога сена, в 5 случаях с крыши строений, в 2 случаях лестничные марши, в 2 случаях неизвестно. В некоторых наблюдениях, а их было 2, указывалось только непосредственно высота падения в метрах, и не отмечено откуда падали пострадавшие.

К сожалению, информации о том, на какую поверхность, в смысле особенностей рельефа и твердости, падали пострадавшие не всегда отражалось в объектах наших исследований. В частности, при падении на асфальт 45 случаев, на землю 51 случай и в 4 случаях неизвестно.

Исходя из особенностей обнаруженных повреждений в 43 случаях можно было однозначно установить область первичного соударения тела с покрытием [3]. В 14 случаях имело место “приземление” на голову, в 9 на правую сторону тела, в 7 на левую сторону тела, в 13 первичным объектом были нижние конечности, в 57 случаях неизвестно.

В наших наблюдениях случаев было 72 повреждения костей головы, 9 только шейного отдела позвоночника, 58 грудной клетки включая

позвоночный столб, грудину, ребра и лопатки, 42 кости таза, 18 кости верхних конечностей, 24 кости нижних конечностей. Следует отметить что, моноповреждения костей были редкостью, чаще повреждались 7 костей, реже 5, реже 6, реже 4 кости одновременно.

Следует отметить что, во всех случаях имели место повреждения внутренних органов, в том числе и весьма значительные. Изучение ЧМТ имевшей место в 72%, наблюдений были повреждения костей свода черепа 17, основания 32, их сочетание 13. В 18 наблюдениях имели место повреждения костей лица. В 53 случаях имели место подбололочные кровоизлияния, которые делятся на субдуральные 14, субарахноидальные 32, внутримозговые 11, и эпидуральные 5 от 1.5 на 2 см² до 10.5 на 5.5 см². Ушибы мозга 30, одиночные 13 множественные 17, внутрижелудочковые кровоизлияния 19.

Обращали на себя внимание наличие повреждений шейного отдела позвоночника 9, часть имела компрессионный характер 4, то есть возникли за счет вектора травмирующей силы действующего по оси позвоночника, что чаще наблюдалось при падении на ноги или на голову, часть крайним сгибанием или разгибанием. Переломы верхних конечностей были переломы плечевой 12, лучевой 6, локтевой. Повреждения костей кисти не встретились. Число ребер было повреждено от 1 до 12. Многие из них носили односторонний характер только справа 11, только слева 12. Обращало на себя внимание, что имело место наличие переломов ребер по нескольким линиям (3 и более). Наиболее травмируемыми (травмоуязвимыми) оказались ребра 4, 5, Характер уменьшения их травмоуязвимости представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение частоты переломов ребер при падении с высоты

1 место	6 ребро
2 место	4, 5 ребра
3 место	3 ребро

Переломы лопатки имели место в 21 случаях. Правой 6, левой 10, обеих 5. Повреждения грудины имели место в 16 наблюдений, из них одинарный 10, двойной переломы 6. Анализ повреждений костей таза позволил установить следующее, наиболее часто повреждалась лонная кость 23, реже подвздошная 12, седалищная реже всего 5. В 7 случаях имели место повреждения 2 костей и более. Тазобедренный сустав. Тело бедренной кости 18, коленный сустав 5, голеностопный сустав 7, кости стопы 6.

Повреждений сердца 8, одно 5, несколько 3, повреждения магистральных сосудов 6, разрывы легких в 26 случаях, чаще травмировалось левое 57%, чем правое 43%. Повреждение легких, сердца сопровождалось явлениями гемоперикарда в объеме от 100 до 450 мл, гемоторакса в объеме от 150 мл до 2 л. Повреждения печени 40. Повреждения селезенки 18. Повреждения почек. Повреждения мочевого пузыря 6.

На месте происшествия умерли 55 пострадавших. Выжили после падения и госпитализированы 45 пострадавших. Из них у 14 была произведена лапаротомия, у 10 резекционная трепанация черепа. По своему значению

лапаротомии были неравнозначны: в одних случаях они носили сугубо диагностический характер, в других это было необходимое для жизни человека вмешательство.

Зоной первичного контакта тела с покрытием в порядке убывания были: “приземление” на голову, на ноги, на правую сторону тела.

В наших наблюдениях наибольшее диагностическое значение имели те повреждения, которые позволяли дифференцировать данную травму от других: избирательная локальность эпицентра повреждения в зависимости от особенности приземления, несоответствие между внешними и внутренними повреждениями, признаки сотрясения тела.

Факторы, влияющие на характер возникающих повреждений при падении можно разделить на две группы: зависящие от собственно тела и внешние факторы. Факторы, зависящие от собственно тела – особенность приземления. Внешние факторы – наличие ускорения при падении, особенности рельефа и жесткость поверхности.

Список литературы.

1. Балаян Р. А. Обстоятельства смертельной травмы в связи с падением с высоты // СМЭ в следст. практике, № 1. Оренбург, 1973.
2. Дербоглав В. В. Судебно-медицинская оценка повреждений костей черепа в зависимости от условий падения на плоскости и характера поверхности соударения: автореф. дис. канд. Мед. Наук. М., 1975.
3. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 740 с.

ВОПРОСЫ В СУДЕБНОЙ ТОКСИКОЛОГИИ И РАБОТЕ СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА

Дубовцева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

При судебном исследовании трупов определенная часть наблюдений касается диагностики отравлений. Отравления в судебно-медицинской практике встречаются часто, уступая лишь механическим повреждениям и асфиксии. Речь идет об отравлениях умерших различными ядами, как свидетельствует статистика, наиболее частыми отправлениями являются различными спиртами (60%) и жидкостями, изготовленными на его основе. Второе место по частоте встречаемости, особенно в сельской местности, встречается отравления окисью углерода (СО), что связано с особенностью отопления жилищных помещений (15- 20%).

В литературном обзоре приведены различные классификации токсичных веществ. Дать точное понятие яда практически невозможно, так как одно и то

же вещество в разных ситуациях и при разной дозировке может быть ядом, лечебным средством, или просто его проникновение в организм пройдет незамеченным.

Целью исследования является выявление ядовитых веществ, которые наиболее часто встречаются, и выявление гендерной частоты отравлений.

Материалы и методы: был проведен анализ 38 судебно-медицинских актов, с периода с 1980 до 1990 года.

Гендерное распределение отравлений представлено на диаграмме 1: женщины – 8 (21,1%), мужчины – 78,9% (30 наблюдений).

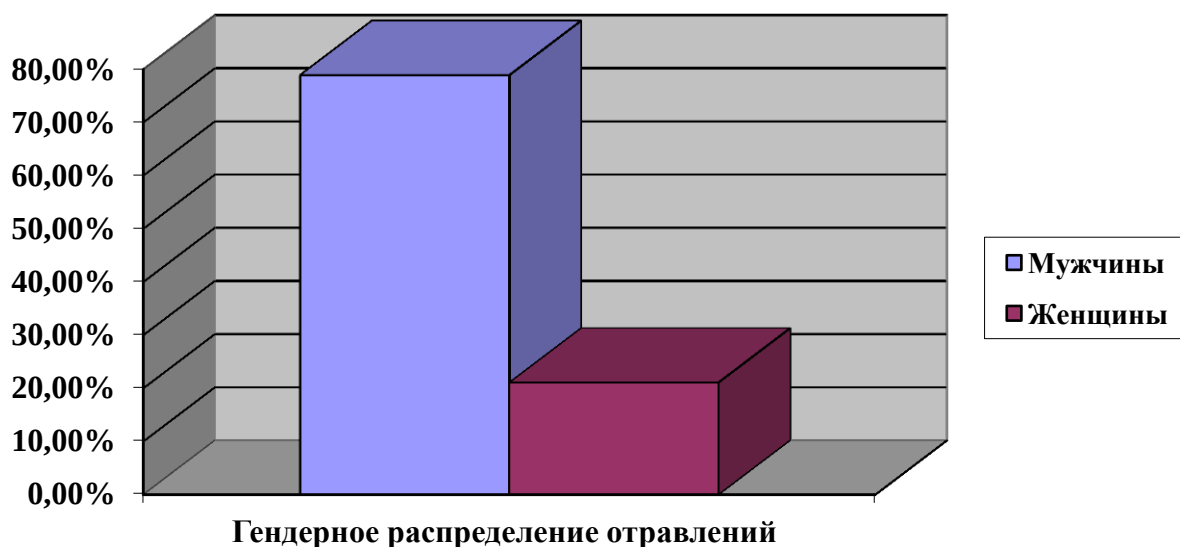


Диаграмма 1. Распределение умерших по полу

В соответствии с поставленными задачами, при анализе ядовитых веществ, их можно условно разделить на 3 группы: 1) лекарственные ядовитые вещества; 2) употребляемые в пищу ядовитые вещества; 3) иные ядовитые вещества.

По данным изученных судебно-медицинских актов, было выявлено, что к 1 группе лекарственных ядовитых веществ можно отнести нашатырный спирт (2%); 2 группа, которая включает в себя употребляемые в пищу ядовитые вещества, туда были определены отравления вследствие уксусной кислоты и уксусной эссенции (21%), а так же грибами (2%). К 3 группе, иные ядовитые вещества, были отнесены: фосфорорганические яды (34,2%); отравление HCl (18,4%); этиленгликолем (7,8%); амитриптилином (2%); метилсалицилатом (2%); отравление технической жидкостью (содержащей 4- хлористый углерод) (2%); отравление керосином (2%).

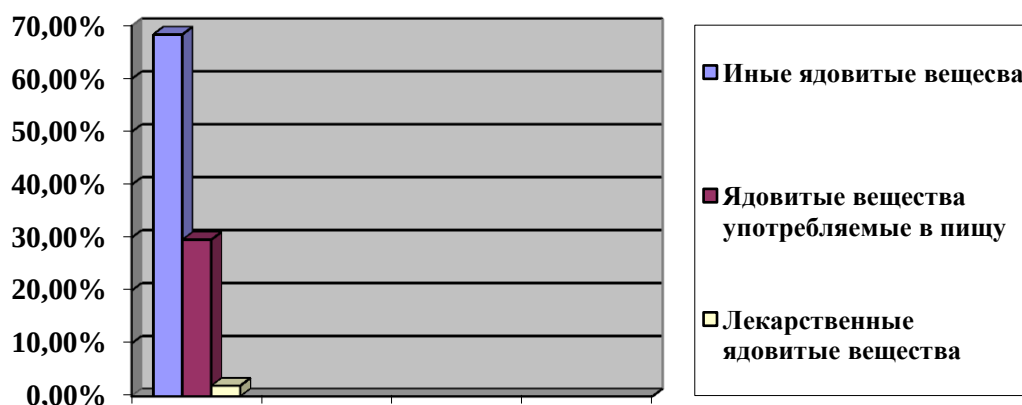


Диаграмма 2. Частота встречаемости различных групп отравлений

Выводы. Исходя из приведенных выше данных, можно сделать вывод, что в период с 1980 по 1980 год чаще всего происходило отправление иными ядовитыми веществами, которые относятся к 3 группе (68, 4%), преобладающая гендерная группа – мужчины (78,9%). А меньше всего отравлений произошло за счёт лекарственных веществ, которые относятся к 1 группе (2%).

Список литературы.

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. Москва. Государственное издательство юридической литературы. 1959. 712 с.
2. Богомолов Д.В. О судебно-медицинской экспертизе ядов. М., 2012. 200 с.
3. Калмыков К. Н. Повреждения и смерть от действия химических факторов (отравления) / Судебная медицина (Руководство для врачей) // Под ред. А. Р. Деньковского и А. А. Матышева. Л.: Медицина, 1976. С. 218-249.
4. Лужников Е.А., Классификация отравлений в судебно экспертной деятельности // Материалы 15-го Всеросс. съезда судеб. медиков. Саратов, 1992. Ч. 1. С. 124-126.
5. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина: Руководство. Смоленск, 1998. 800с.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОРОДЕ КУРСКЕ ЗА 2016-2018 ГОДА

Комарицкая В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

Наблюдения последних лет показывают значительное преобладание ненасильственной смерти над насильственной не только в Курской области, но и по всей России. Анализ структуры ненасильственной смерти взрослого населения за последние три года привел к тому, что первое место по частоте занимают болезни сердечно-сосудистой системы (69,18% от всех случаев смерти в 2016 году, 72,4% в 2017 году, 60,7% в 2018 году), что послужило причиной более подробного разбора данной категории.

Целью исследования является анализ случаев скоропостижной смерти вследствие сердечно-сосудистых заболеваний за 2016-2018 года по данным судебно-медицинских исследований трупов ОБУЗ «Бюро СМЭ» города Курск.

Материалы и методы. В основу первого этапа работы был положен ретроспективный анализ 5739 актов СМЭ трупов (1747 актов за 2016 год, 1881 акт за 2017 год, 2111 актов за 2018 год). В среднем показатель ненасильственной смерти – 67,43% от общего количества исследований трупов за вышеуказанные года. Касательно полово-возрастной структуры исследованных трупов можно сказать следующее: за три года исследований наблюдалось преобладание смертности мужской части населения (55,31%, 57,62%, 57,94% соответственно) над женской (44,69%, 42,38%, 42,06% соответственно). Были выделены следующие возрастные группы: моложе 20 лет, 21-30 лет, 31-40 лет, 41-50 лет, 51-60 лет, 61-70 лет, 71-80 лет, 81-90 лет, старше 90 лет. В процессе исследования использовались следующие методы: классификация, математико-статистический, сравнительный анализ.

Под скоропостижной смертью традиционно понимают непредвиденную, неожиданную, быстро наступившую смерть от острого, скрыто протекавшего заболевания. Специалисты выделяют несколько основных заболеваний системы кровообращения, приводящих к смерти: ишемическая болезнь сердца (ИБС), аритмии, пороки сердца, заболевания миокарда, кардиомиопатии, перикардиты, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ревматизм, легочное сердце, недостаточность кровообращения и др. В каждом отдельном случае отмечается определенная симптоматика заболевания, клиническая картина, назначается конкретное лечение, учитывающее характер заболевания [1].

Результаты и обсуждения. Проведен анализ структуры сердечно-сосудистых заболеваний, послуживших причиной смерти, по данным танатологического отдела ОБУЗ «Бюро СМЭ» города Курск.

За 2016 год от болезней системы кровообращения умерло 1747 человек, причиной смерти которых послужили: 1) атеросклеротическая болезнь сердца в 1209 случаях (69,2%); 2) хроническая ишемическая болезнь сердца –

68 случаев (3,9%); 3) кардиомиопатии – 201 случай (11,5%); 4) разрыв аневризмы аорты – 51 случай (2,88%); 5) клапанная патология – 39 случаев (2%); 6) гипертоническая болезнь – 35 случаев (2%); 7) внезапная сердечная смерть – 42 случая (2,4%); 8) инфаркт миокарда – 81 случай (4,8%); 9) тромбоэмболия легочной артерии – 11 случаев (1%); 10) перикардиты – 13 случаев (1%); 11) постинфарктный кардиосклероз – 9 случаев (0,3%); 12) другие причины (ревматический миокардит) – 3 случая (0,12%).

В 2017 году болезни сердечно-сосудистой системы послужили причиной смерти 1881 человека, среди которых 1) 1344 (71,6%) умерли от атеросклеротической болезни сердца; 2) 69 (3,7%) – от хронической ишемической болезни сердца; 3) 180 (10%) – от кардиомиопатий; 4) 54 (3%) – от разрыва аневризмы аорты; 5) 45 (2,39%) – от клапанной патологии; 6) 39 (2%) – от гипертонической болезни; 7) 33 (2%) постигла внезапная сердечная смерть; 8) 78 (4%) – от инфаркта миокарда; 9) 9 случаев (0,45%) тромбоэмболий легочной артерии; 10) 12 случаев (0,75%) – от перикардита; 11) 9 случаев (0,45%) постинфарктного кардиосклероза; 12) других причин (кифосколиотическая болезнь сердца, ревматический миокардит) – 5 случаев (0,3%).

В 2018 году от болезней системы кровообращения умерло 2111 человек вследствие: 1) атеросклеротической болезни сердца в 1358 случаях (64,3%); 2) хронической ишемической болезни сердца в 85 случаях (4,09%); 3) кардиомиопатии – 237 случай (11,22%); 4) разрыва аневризмы аорты в 117 случаях (5,54%); 5) клапанной патологии – 61 случай (2,89%); 6) гипертонической болезни в 57 случаях (2,7%); 7) внезапной сердечной смерти – 45 случаев (2,13%); 8) инфаркта миокарда – 124 случая (5,87%); 9) тромбоэмболии легочной артерии – 8 случаев (0,37%); 10) перикардита – 17 случаев (0,8%); 11) другие причины (ревматический миокардит) – 2 случая (0,09%).

В настоящее время значительное количество людей, преимущественно зрелого и пожилого возраста, страдает болезнями сердечно-сосудистой системы, однако, в последнее время наблюдается процесс «омоложения» данного вида патологии. В равной степени отмечается рост скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения не только в зрелом и пожилом возрасте, но и в более молодых возрастных группах. Согласно градации ВОЗ, молодым возрастом считается возраст от 22 до 35 лет, средний возраст 36-60 лет, пожилой 61-75 лет [2]. Касательно преобладания сердечно-сосудистой патологии в каждой категории возрастов: младше 20 лет наиболее частой причиной смерти является врожденная патология, в 21-30 – внезапная сердечная смерть, в 31-40 – внезапная сердечная смерть и кардиомиопатии, в 41-50 – кардиомиопатии, инфаркт миокарда, разрыв аневризмы аорты, в 51-60 – атеросклеротическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, разрыв аневризмы аорты, в 61-70 и старшие возрастные группы – атеросклеротическая болезнь сердца, хроническая ишемическая болезнь сердца.

Выводы. Исходя из вышеизложенного, и оценивая в динамике трех лет, можно сделать вывод о том, что количество умерших вследствие сердечно-

сосудистых заболеваний с каждым годом возрастает, в то же время структура смертности не претерпевает значительных перемен, первые позиции занимают атеросклеротическая болезнь сердца, кардиомиопатии различного генеза и ишемическая болезнь сердца.

Список литературы.

1. Витер В.И., Пермяков А.В. Судебно-медицинские аспекты скоропостижной смерти. Ижевск: Экспертиза, 2000. с. 152.
2. Зиганшин И.А., Крушкова Ю.А., Лавренов Д.Е. Некоторые аспекты скоропостижной смерти в Петропавловске-Камчатском // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа, М., 2008.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН В ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 ГОД ПО ДАННЫМ ОБУЗ «ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО» ГОРОДА КУРСК *Контева Л.А.*

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель – ассистент Разумова М.С.**

В настоящее время заболевания мочевыделительной системы встречаются у 3,5–4% населения планеты. По прогнозам ВОЗ, количество лиц, страдающих этой патологией, каждые 7–10 лет увеличивается в 2 раза [1, 2].

Опухоли мочевого пузыря составляют 70% новообразований мочевыделительной системы и около 4% онкологической патологии. В Российской Федерации злокачественные новообразования мочевого пузыря составляют 4,5% [1, 3].

Клинические признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы, подтвержденные морфологически, наблюдаются у 20% мужчин к 40 годам и достигают 90% к 80 годам. Рак предстательной железы – одна из ведущих причин смерти мужчин пожилого возраста от злокачественных опухолей в мире. Он составляет 9% всех смертей мужчин от рака. В России злокачественное новообразование предстательной железы составляет 5,6%, занимает 4-ое место после рака легкого, желудка и кожи [2, 4].

Целью исследования является анализ встречаемости опухолей предстательной железы и мочевого пузыря у мужчин в период с 2014 по 2018 год.

Материалы и методы. Методологическая основа исследования состояла в применении метода статистического анализа данных ОБУЗ «Патологоанатомическое бюро» города Курск за период с 2014 по 2018 ОРОД(программа Microsoft Office Excel). Для оценки было отобрано 109

протоколов смерти мужчин с заболеваниями предстательной железы и мочевого пузыря.

Таблицы в Microsoft Excel были составлены на основании частоты встречаемости заболеваний предстательной железы и мочевого пузыря и по отдельности каждой из них, вида заболеваний этих органов (аденома и рак предстательной железы или рак мочевого пузыря), возрастного показателя смертности, вида заболевания (основной, фоновый, сопутствующий).

При статистической обработке результатов рассчитывались средние арифметические величины (M) рассматриваемых характеристик с их ошибками (m). Достоверность различий средних арифметических (критерий достоверности разности) вычислялась по методу квадратов (по методу Пирсона) и оценивалась по таблице критериев Стьюдента для заданного порога вероятности безошибочных прогнозов (0,95; 0,99; 0,999). Для оценки взаимосвязи показателей рассчитывались коэффициенты прямолинейной корреляции рассматриваемых показателей.

В результате исследования было выявлено 109 случаев смерти при опухолях мочевого пузыря и предстательной железы за выделенный период, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Смертность от опухолей мочевого пузыря и предстательной железы за 2014-2018 год.

Год	2014	2015	2016	2017	2018	общее
Количество случаев	16	12	19	29	33	109

Для подтверждения предположения о том, что с каждым годом встречаемость заболеваний предстательной железы и мочевого пузыря у мужчин увеличивается, был вычислен коэффициент корреляции по методу квадратов (методу Пирсона). Со степенью безошибочного прогноза $p \geq 99,9\%$ ($p < 0,01$) подтверждена выдвинутая гипотеза. Такая тенденция достоверно ожидается и в 2019-2020 годах.

В результате исследования были выявлены только злокачественные новообразования мочевого пузыря (рак). Среди заболеваний предстательной железы обнаружена доброкачественная гиперплазия (аденома) и злокачественное новообразование (рак).

Средний возраст наступления смерти при опухолях мочевого пузыря и предстательной железы входил в группу 65-75 лет. Процент смертности при опухолях предстательной железы (89%) значительно превалирует над смертностью при заболеваниях мочевого пузыря (11%) (Диаграмма 1). В большем проценте случаев (66%) болезни предстательной железы и мочевого пузыря были сопутствующим заболеванием, но также и основным или фоновым (30% и 4% соответственно), что представлено в диаграмме 1 и 2.

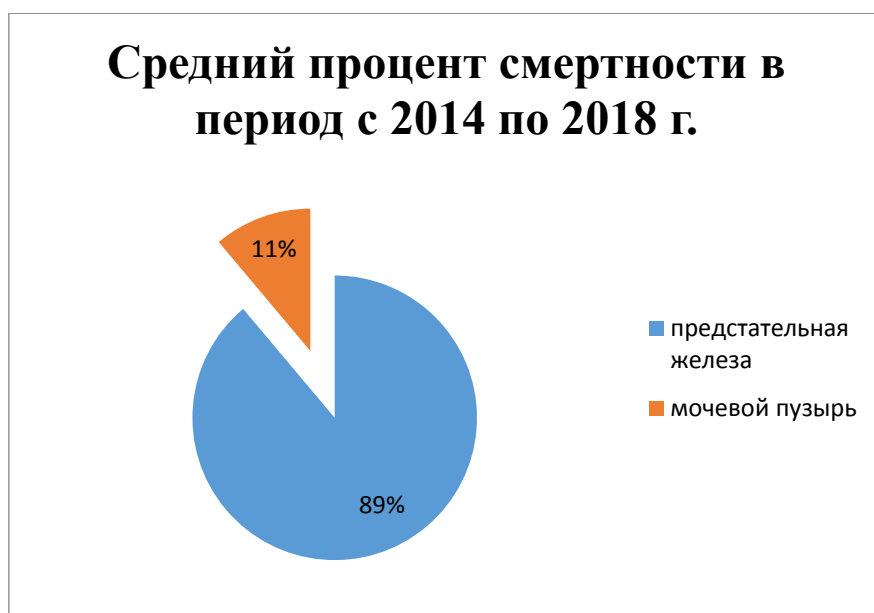


Диаграмма 1. Средний процент смертности в период с 2014 по 2018 год



Диаграмма 2. Средний процент заболеваний в период с 2014 по 2018 год

При рассмотрении видов опухолей предстательной железы наибольший процент был у доброкачественной гиперплазии (77,9%), заболеваемость раком составила 22,1%. Также выявлено, что в среднем у 8,2% мужчин предстательная железа была удалена.

В среднем за исследуемый период смертность при раке мочевого пузыря составила 80%, причем за 2015 год не было выявлено случаев смерти при злокачественном новообразовании этого органа.

Выводы. За исследуемый период взаимосвязи между ростом или снижением встречаемости различных видов заболеваний предстательной железы не выявлено, аналогично и для заболеваний мочевого пузыря. Количество удаленных предстательных желез увеличилось, что может

свидетельствовать об улучшении диагностики и хирургического вмешательства при этом виде заболеваний.

Список литературы.

1. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Д.А. Бешлиев и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2010. № 1. С. 4-11.
2. Здравоохранение в России 2017: Стат. Сб. Росстат. М., 2017, 170 с.
3. Онкология: учебник / под редакцией В.И.Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 560 с.
4. Урология: учебник / Н.А. Лопаткин, А.Г.Пугачев, О.И. Аполихин и др.; под ред. Н.А. Лопаткина. 7-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 520 с.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ БЮРО» ЗА 2017 ГОД

Королева Н.С., Лепшеева А.Ю., Волобуев Д.К.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Дудка В.Т.

Патология органов женской половой сферы в настоящее время по-прежнему является одной из актуальных проблем современной медицины. Рак тела матки занимает второе место в мире среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин и уступает лишь раку молочной железы [1]. В течение последних трех десятилетий во всех экономически развитых странах отмечен неуклонный рост заболеваемости раком эндометрия [3].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевают онкологическими заболеваниями матки свыше 500 тыс. женщин, а умирает 200 тыс. женщин. При этом в последнее десятилетие отмечена такая негативная тенденция, как увеличение количества больных с раком матки на IV стадии [2].

Целью исследования является клинико-морфологический анализ заболеваний тела матки по данным ОБУЗ «Областное патологоанатомическое бюро» за 2017 год.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили биопсийный и операционный материал, полученный от пациенток, обратившихся за медицинской помощью в лечебные учреждения города Курска и Курской области. Группа больных состояла из 7322 человек с различными видами патологии матки.

По способу взятия материала выделены следующие группы: операционный – 1106 человек, кюретаж – 5855 человек, другие – 361 человек.

Материалом анализа послужили результаты патоморфологических исследований и клинические данные случаев патологии тела матки.

Результаты и обсуждения. Установлено, что злокачественные новообразования тела матки были обнаружены у 509 человек, доброкачественные новообразования у 966 человек, эндометриоз матки у 102 женщин, полип шейки матки у 1989 человек, кровотечения у 3642 человек, менопаузные и климактерические состояния у женщин у 59 человек, постменопаузный атрофический вагинит у 111 человек. Клинико-морфологическому анализу были подвергнуты случаи патологии, представленные опухолевыми заболеваниями тела матки, эндометриозом матки и полипами шейки матки.

Злокачественные новообразования были морфологически верифицированы в 509 случаях, причем возраст пациенток составлял 30 и более лет: 30-39 лет – 11 человек, 40-49 лет – 30 человек, 50-59 лет – 173 человека, самое большое количество пришлось на возраст 60-69 лет – 188 человек, возраст старше 70 лет – 107 человек. По гистологическому строению злокачественных опухолей наблюдалось следующее количественное распределение: высокодифференцированная аденокарцинома – 309 человек, умеренно дифференцированная аденокарцинома – 105 человек, низкодифференцированная аденокарцинома – 37 человек, железисто-плоскоклеточный рак – 36 человек, плоскоклеточный неороговевающий рак – 8 человек, мелкоклеточная стромальная опухоль с неясным генезом – 7 человек, лейомиосаркома тела матки – 6 человек.

Доброкачественные новообразования диагностированы у 966 пациенток и распределились по возрастным группам следующим образом: в возрасте до 20 лет – 1 человек, 20-29 лет – 11 человек, 30-39 лет – 136 человек, 40-49 лет – 391 человек, 50-59 лет – 309 человек, 60-69 лет – 95 человек, старше 70 лет – 23 человека.

В зависимости от морфологического строения новообразований в количественном отношении имело место следующее распределение: 605 случаев приходится на лейомиому, 272 – на фибромиому, 9 – на железисто-фиброзный полип, 2 – на нейрофибром, 4 – на серозную аденофибром, 17 – на ангиолейомиому.

При анализе гистологических форм доброкачественных новообразований по частоте встречаемости в зависимости от возраста пациенток установлено, что в подавляющем большинстве случаев лейомиома развивалась у женщин в возрасте 40-49 лет, фибромиома – в возрасте 50-59 лет, железисто-фиброзный полип – в возрасте 50-59 лет, нейрофиброма – в возрасте 50-59 лет, серозная аденофиброма – в возрасте 40-49 лет, ангиолейомиома – в возрасте 30-39 лет, субсерозная фиброма- в возрасте 40-49 лет.

Эндометриоз тела матки развивался у женщин в возрасте 30 лет и старше: 30-39 лет- 9 человека, 40-49 лет- 34 человек, 50-59 лет- 49 человека, 60-69 лет - 6 человек, старше 70 лет- 4 человека.

Полипы шейки матки диагностировались у женщин в разных возрастных группах и по частоте встречаемости распределились следующим образом: в

возрасте 20-29 лет – 99 случаев, 30-39 лет – 336 случаев, 40-49 лет – 557 случаев, 50-59 лет – 552 случаев, 60-69 лет – 348 случаев, старше 70 лет – 97 случаев.

Выводы. Злокачественные новообразования тела матки в 91,9% случаев развивались у женщин в возрасте 50 лет и старше. По морфологической картине в 88,6% случаях верифицировалась аденокарцинома разной степени дифференцировки.

Доброкачественные новообразования тела матки в 40,5% случаев развивались у женщин в возрасте 40-49 лет. Чаще всего, а именно в 62,6% случаев, пациентки были подвержены лейомиоме.

Наболее высокая частота развития полипов шейки матки (55,8% случаев) имеет место быть в возрасте от 40 до 59 лет.

Эндометриоз поразил 102 женщины из 7322, чаще всего (48,0% случаев) в возрасте 50-59 лет.

Список литературы.

1. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). М: Династия, 2012. 208 с.
2. Моисеенко Т.И., Непомнящая Е.М., Шишкина О.Г., Вовкочина М.А. Морфологические особенности рака эндометрия у больных разного возраста. Научные ведомости Белгородского государственного университета // Серия: медицина, фармация. 2012. № 18 С. 36–39.
3. Табакман Ю.Ю. Рак эндометрия: Руководство для врачей. М.: Практическая медицина, 2014.

ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ПОЛОВЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Кривохатько А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

Принято считать, что одним из признаков бывшего полового сношения являются выявленные повреждения девственной плевы [6]. Хотя общеизвестно, что девственная плева может подвергаться травматизации, как не только половым членам при действиях сексуальной направленности, так и при ситуациях, не связанных с отношением полов [1, 5].

Описание девственной плевы: её анатомические особенности и характеристика имеющихся повреждений, осуществляется крайне скудно. К примеру, количественные данные метрических характеристик плевы заменяются фразами «плева умеренно эластичная и слегка растяжимая». Не даётся описание естественным выемкам (причём констатация факта о наличие

выемки фигурирует уже в исследовательской части, а не только в выводах). Что касается повреждений, то, в подавляющем большинстве случаев, описывается только регионарная их характеристика, а порой встречаются подобные фразы: «разрыв, не доходящий до основания плевы», что сам по себе не логично, т.к. повреждение, не доходящее до основания плевы, есть не разрыв, а надрыв. Микроповреждения практически никогда не рассматриваются. Довольно часто эксперты пытаются определить т.н. «кольцо сокращения», что само по себе нецелесообразно, ввиду имеющихся данных о микроскопической структуре гимена [3, 4, 7]. При ответе на вопросы о давности имеющихся на плеве повреждений, эксперты опираются на их скудное морфологическое описание («разрыв красноватый и болезненный на ощупь»). В связи с этим, был предложен пример написания выводов, связанных с давностью повреждений девственной плевы, в котором, посредством метода нестрогой аналогии, используются данные об анатомических особенностях плевы и сроках дефлорации, полученные А.Н. Самойличенко [6]. В большинстве экспертиз не проводятся никакие инструментальные методы исследования, что значительно снижает доказательность полученных выводов [2].

Незнание всех аспектов судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях может привести к трагическим последствиям, исправление которых уже не возможно.

Актуальность настоящего исследования состоит в выявлении ошибок, совершаемых судебно-медицинскими экспертами при описании девственной плевы.

Целью исследования является количественный учёт всех недостатков описания рассматриваемого анатомического образования и выявление соответствующей неверности выводов, которые были построены на основании ошибочной оценки.

Материалы и методы: в качестве материалов исследования служили судебно-медицинские экспертизы пострадавших от сексуального насилия детей женского пола. Общее число наблюдений: 323. Агрессором являлся один совершеннолетний человек мужского пола. Информация о нападавшем получена судебно-следственными органами.

Результаты и обсуждения. В настоящей работе особенности складки слизистой оболочки между преддверием и полостью влагалища, т. е. девственной плевы (ДП), у пострадавших оценивались по наличию признаков, изложенных в морфофункциональной классификации указанного анатомического образования, предложенной А.Н. Самойличенко, что представлено в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика частоты случаев, в которых не оценивались те или иные квалификационные параметры ДП

Параметр	Количество наблюдений (n=323)	
	Абс. чис.	%*
Анатомический вид	28	9
Характеристика высоты	96	30
Характеристика толщины	242	75

Степень эластичности	283	88
Степень растяжимости	268	83
Конфигурация свободного края	217	67
Величина отверстия	176	54

* - суммарное значение относительных показателей (%) не равнялось 100 в связи с тем, что в ряде наблюдений не оценены были более одного параметра.

Согласно информации из представленной выше таблицы, очевидно, что по данным настоящей выборки, а именно, при исследовании ДП, описание всех параметров указанного анатомического образования имело место только в 10 случаях из 323 (или в 3,9%). Во всех остальных 313 наблюдениях от одного до нескольких параметров ДП, предусмотренных классификацией А.Н. Самойличенко, экспертами не оценивались. Кроме того, лишь в двух наблюдениях повреждения осматривались также и с применением ультрафиолетового излучения.

Выводы: 1. Девственная плева является одним из наиболее частых объектов внешнего физического воздействия при сексуальном насилии.

2. Описание указанного анатомического образования проводится с многочисленными ошибками (96,9%), что позволяет сделать вывод о том, что большинство экспертных выводов сформулировано на основе неправильно проведенного исследования.

3. Чаще всего не оцениваются такие квалификационные параметры, как толщина (75%), эластичность (88%) и растяжимость (83%).

Список литературы.

1. Дмитриева, О.А. О возможности повреждения девственной плевы внутривлагалищными тампонами: медико-социальный аспект. // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. 1999. № 2. С. 47 – 49.

2. Дмитриева, О.А. О недостатках и новых методических подходах судебно-медицинской экспертизы половых состояний. // Судебно-медицинская экспертиза. 2005. Том 48. № 4. С. 28 – 32.

3. Самойличенко, А.Н. О дефектах и ошибках судебно-медицинской экспертизы по делам об изнасиловании. // Первый съезд судебных медиков Казахстана. Тезисы докладов. Чимкент, 1989. С. 47 – 48.

4. Самойличенко, А.Н. О недостатках судебно-медицинской экспертизы по делам об изнасиловании и совершении развратных действий. // Судебно-медицинская экспертиза. 1985. № 4. С. 22 – 25.

5. Самойличенко, А.Н. Судебно-медицинская гинекология. Сургут: Дефис, 2001. 186 с.

6. Теньков, А.А. Ошибки судебно-медицинских экспертов и пути их предотвращения: практическое руководство. // Том 3. Курск: КГМУ, 2014. 548 с.

7. Шалаев, Н.Г. Некоторые замечания к правилам амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования. // Тезисы докладов к одиннадцатой расширенной конференции Ленинградского

отделения научного общества судебных медиков и криминалистов и научной сессии Института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР. Л., 1961. С. 317 – 319.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В ПОЗДНЕМ ПОСТМОРТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ ТРУПНОЙ ЗЕЛЕНИ

Кукушкин А.Г.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., профессор Теньков А.А.

Трупная зелень является «манифестным» признаком гниения трупа. Иными словами, это следствие процесса разложения тканей человеческого организма, видимое невооружённым взглядом. Изменение окраски кожных покровов человеческого тела после прекращения жизнедеятельности уже несколько веков интересует учёных, как один из возможных признаков, по оценке которого можно высказаться о давности наступления смерти [3].

Окрашивание кожных покровов в грязно-зеленоватый цвет обусловлено образованием сернистого железа за счёт соединения сероводорода с железом гемоглобина [2]. Несмотря на проведённое исследование, до сих пор встречается информация о том, что такая хроматизация кожных покровов связана с образованием сульфгемоглобина и сульфмиоглобина [6].

Иногда окрашивание кожных покровов в грязно-зелёный цвет может быть обнаружено даже в тех частях тела, в которых оно должно развиваться, при классическом варианте, в последнюю очередь: при расчленении трупа, на отделённых от туловища конечностях также обнаруживается зелень [4].

Для определения давности наступления смерти больше значение имеет не механизм развития трупной зелени, а временные рамки, в пределах которых она зарождается и достигает максимума своего развития.

Проводились, в частности, исследования, в которых изучалась динамика формирования окрашивания кожных покровов с учётом таких факторов, как условия пребывания трупа (на открытом воздухе или в воде; температура окружающей среды) и локализация изучаемых изменений (на одной части тела или на нескольких) [5].

В целом, все учёные придерживаются мнения о том, что оценка выявляемой трупной зелени важна для определения давности наступления смерти.

Актуальность настоящего исследования состоит в том, что была предпринята попытка определить степень информативности такого признака, как «трупная зелень» с позиции доказательной медицины.

Целью исследования является подсчёт ряда статистических критериев, результат которого позволит судить о том, насколько целесообразным является

определение давности наступления смерти по динамике формирования трупной зелени.

Материалы и методы: в качестве материалов исследования служили судебно-медицинские экспертизы трупов лиц, скончавшихся в условиях очевидности. Достоверно известно, что смерть наступила не в воде, а на открытом воздухе, причём температура окружающей среды варьировалась в пределах +16-20°C. В первую группу вошло 100 наблюдений, в которых давность наступления смерти варьировала в пределах от 2 до 20 дней, а во вторую – аналогичная сумма, но в неё вошли те случаи, в которых лица скончались свыше 20 дней до момента экспертизы. Во всех наблюдениях оценивалось наличие или отсутствие трупной зелени.

Для определения степени информативности данного признака рассчитывались следующие статистические критерии: чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов, индекс точности и отношение правдоподобия положительного результата [1]. В рамках настоящего исследования данные статистические критерии подсчитывались без учёта априорных вероятностей.

Результаты и обсуждения. Распределение наблюдений в зависимости от наличия в них такого признака, как «трупная зелень» представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение наблюдений в зависимости от наличия в них такого признака, как «трупная зелень».

Трупная зелень	Давность наступления смерти		Всего
	2-20 сут.	более 20 сут.	
Присутствует	88	13	101
Отсутствует	12	87	99
Всего	100	100	200

На основании указанных в таблице 1 данных были рассчитаны необходимые статистические критерии, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Результат оценки информативности трупной зелени, как критерия определения давности наступления смерти.

Наименование статистического критерия	Показатель статистического критерия
Чувствительность	88
Специфичность	87
Прогностическая ценность положительного результата	87
Прогностическая ценность отрицательного результата	88
Индекс точности	88
Отношение правдоподобия положительного результата	6,8

Все показатели рассчитанных статистических критериев высоки. В частности, первые пять практически достигли уровня 90%, что говорит о

низкой вероятности ошибки в определении давности наступления смерти по трупной зелени.

Выводы.

1. Трупная зелень – манифестный признак гниения, который необходим для определения давности наступления смерти человека.

2. Наличие трупной зелени, при определённых внешних условиях, свидетельствует о том, что человек скончался в промежутке от 2 до 20 суток.

3. Вероятность ошибочного определения момента смерти по рассматриваемому признаку составляет около 10%.

Список литературы.

1. Недугов Г.В., Недугова В.В. Вероятностные аналитические технологии в судебной медицине: базовые математические модели и практические приложения. Самара: Офорт, 2009. с. 241.

2. Смольянинов В.М. К вопросу о трупной зелени. // Судебная медицина и пограничные области. М. Л., 1934. № 1. С. 5-11.

3. Теньков А.А. Ошибки судебно-медицинских экспертов и пути их предотвращения: практическое руководство. Том 1. Курск: КГМУ, 2012. 536 с.

4. Теньков А.А. Судебно-медицинская оценка поздних трупных изменений при экспертизе расчлененных трупов // Судебно-медицинская экспертиза. 2005. № 4. С. 3 – 5.

5. Теньков А.А., Плаксин В.О. Судебно-медицинская экспертиза трупа в поздние сроки постмортального периода (гниение, жировоск, мумификация, оценка повреждений): монография. Курск: КГМУ, 2005. 535 с.

6. Туманов Э.В., Кильдюшов Е.М., Соколова З.Ю. Судебно-медицинская танатология. М.: ЮрИнфоЗдрав, 2012. 172 с.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОБУЗ «ОКОД» В ПЕРИОД С 2013 ПО 2018ГГ

Лейфер Е.В., Иванов Е.Р.

Институт Медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – ассистент Шорстова О.В.

Актуальность исследования: злокачественные новообразования являются одной из ведущих причин смертности населения нашей планеты и Российской Федерации в частности. При этом ярко прослеживается увеличение числа умерших от злокачественных новообразований в течение последних лет. Так, по данным ВОЗ на 2012 год было зафиксировано 8,2 миллиона случаев смерти от рака, а к 2018 год это число увеличилось до 9,6 миллиона случаев [1, 3]. Основными проблемами и по сей день остаются ранняя диагностика, а также

уровень онкологической грамотности населения и в особенности врачей первичного звена. Однако, чтобы максимально повысить эффективность мероприятий, направленных на улучшение диагностики, следует располагать данными о видах новообразований, являющихся ведущими причинами смерти населения [2].

Целью исследования является анализ смертности от онкологических заболеваний за последние пять лет на территории Новгородской области и выявление наиболее распространенных форм данной патологии.

Материалы и методы: для изучения данного вопроса были проведены статистический анализ, обработка и систематизация архивных данных на базе патологоанатомического отделения ГОБУЗ ОКОД в период с 2013 по 2018 год включительно.

Результаты и обсуждение. При анализе общего числа аутопсий было выявлено, что общее их число изменялось без какого-либо правила. Пик отмечался в 2013 год, когда количество вскрытий составило 71, в последующие года наблюдается резкое снижение показателя, вплоть до 40 в 2018 год. Среди общего числа аутопсий ведущие позиции по локализации среди новообразований заняли следующие: рак желудка, рак прямой кишки, рак лёгкого, рак молочной железы, представленные на диаграмме 1.

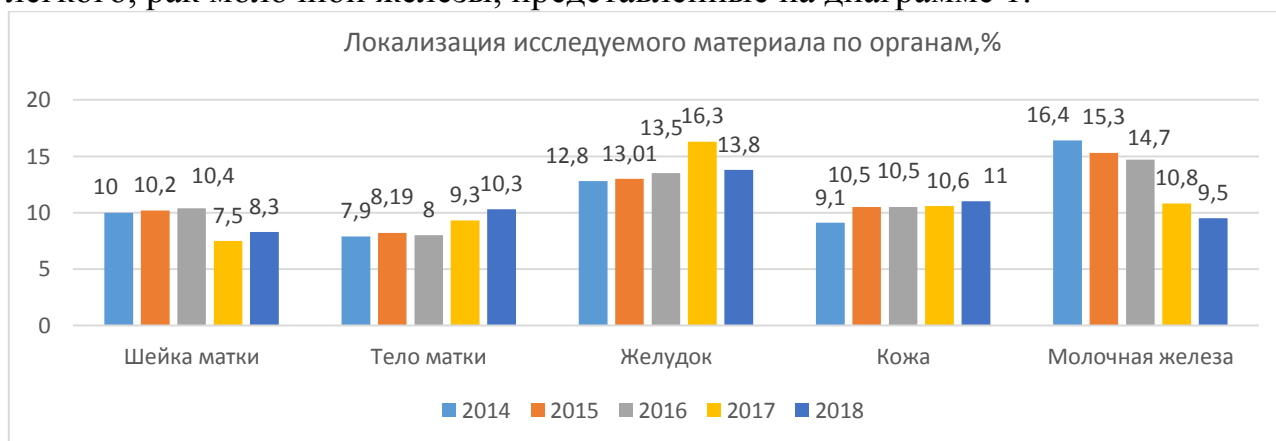


Диаграмма 1. Удельный вес ЗН по локализации за 2014-2018 год

По полученным данным видна тенденция к снижению удельного веса рака молочной железы. Это связано с увеличением многообразия локализации опухолей, а также с повышением продуктивности диагностики данного ЗН. Прочие варианты остаются приблизительно на том же уровне, что говорит о необходимости работы в направлении ранней диагностики.

Исследование структуры операционного и биопсийного материала по органам показало следующее: практически в каждом году по локализации исследуемого материала преобладают молочная железа и желудок, что представлено на диаграмме 2.

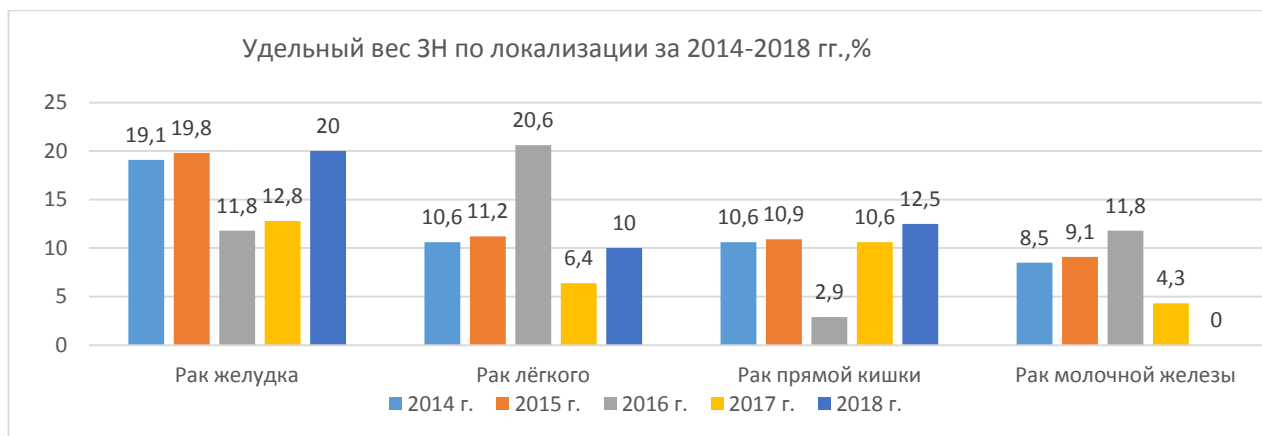


Диаграмма 2. Локализация исследуемого операционного и биопсийного материала по органам

На полученной диаграмме видно, что случаи исследования молочной железы с каждым годом уменьшаются. В то же время число исследований биопсийного материала желудка на протяжении всего времени остаётся на достаточно высоком уровне. Все прочие показатели остаются практически на исходном уровне. При оценке возраста умерших было выявлено, что во все года большую часть составляли пациенты возрастной группы 61-70 лет. При этом следует отметить, что увеличивается число пациентов возрастной группы 51-60 лет. При анализе абсолютного числа умерших от злокачественных новообразований выявляются незначительные колебания значений, что отражено на диаграмме 3.

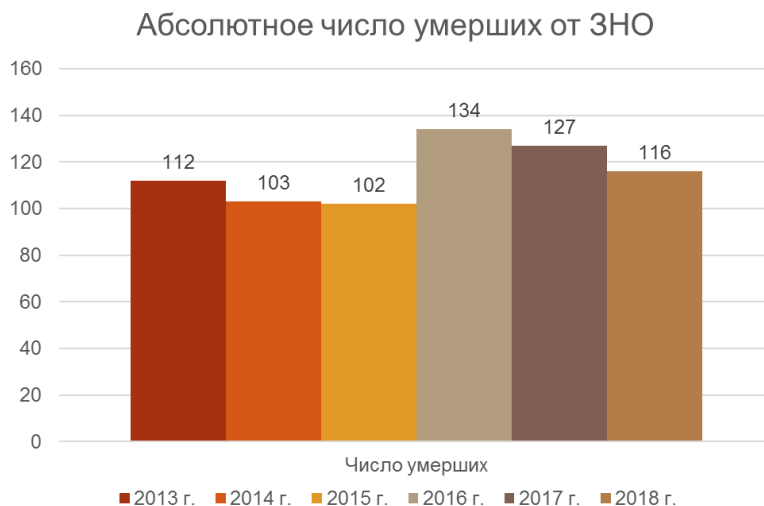


Диаграмма 4. Абсолютное число умерших от ЗНО за 2013-2018 гг

Выводы. Изучены и проанализированы статистические данные онкологической заболеваемости в Новгородской области, благодаря чему мы выявили виды новообразований, наиболее часто становившихся причиной смерти пациентов. Среди них оказались рак желудка, рак молочной железы, рак прямой кишки, рак лёгкого, а также рак тела и шейки матки. И если в случае с раком молочной железы видны определённые статистические улучшения, то с остальными видами новообразований ситуация остаётся на прежнем уровне и

требует особого внимания. В первую очередь следует направить силы на повышение грамотности населения в вопросах онкологии. Это позволит повысить число обращений в Онкологический диспансер, что в свою очередь может помочь ранней диагностике заболеваний. Помимо этого, стоит уделить внимание санитарно-профилактической работе с населением. Однако, наиболее важным мероприятием является увеличение онкологической грамотности врачей первичного звена путём введения дополнительных курсов повышения квалификации, либо увеличения количества часов по данной дисциплине во время обучения в университетах.

Список литературы

1. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Бояркина А.П. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения, проживающего в зоне влияния Сибирского химического комбината // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 6. С. 28-36.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология. 3-е издание. М.: Специальное Издательство Медицинских Книг, 2010 г. 434 с.
3. Neutra M.R. and Padykula H.A. «Modern concepts of Gastrointestinal Histology». Elsevier, New York, Amsterdam and Oxford. 1984 p. 9-14

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Лукашов М.М., Семашко Ю.О., Глазунов Д.И., Николаев С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Фетисова А.И.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) остается одной из ключевых проблем общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 35 миллионов человеческих жизней. Проблема смертности больных ВИЧ-инфекцией увеличивает свою актуальность с каждым годом. Смертность от Синдрома приобретённого иммунного дефицита (СПИДа) является ключевым индикатором эффективности противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Из всех заболевших ВИЧ-инфекцией за все годы около 45% уже умерли от её прогрессирования [1].

Возраст смерти от ВИЧ/СПИДа в России составляет 35–40 лет, в то время как средний возраст смерти от онкологических заболеваний – 60–70 лет, от сердечно-сосудистых заболеваний – 70–80 лет. В России каждый день умирают около 80 ВИЧ-инфицированных.

Целью исследования является анализ смертности больных ВИЧ-инфекцией в Курской области за 2016-2018 годы с оценкой динамики по годам.

Материалы и методы : проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт формы 025/у. Анализ заключений о причине смерти и диагнозе

заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия проводился по учётной форме «Медицинское свидетельство о смерти» формы 106/у-08. Также проведён подробный анализ Информационных бюллетеней, составляемых «Центром по борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями» Курской области за 2016-2018 годы.

Результаты и обсуждение. Курская область по распространённости ВИЧ-инфекции среди населения относится к регионам со средним уровнем поражённости (показатель поражённости в 2018 году – 151,5 на 100 тыс. населения, что почти в 5 раз ниже, чем в РФ – 664,8 на 100 тыс. населения (2017 год) и почти в 3 раза ниже, чем в ЦФО – 436,9 (2017 год) Динамика количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Курской области в 2016-2018 год имеет тенденцию к ежегодному росту новых случаев выявления заболевания и увеличения смертности от разных причин, что представлено на диаграмме 1. В 2018 году зарегистрировано снижение темпов прироста случаев ВИЧ-инфекции на 2,8% по сравнению с 2017 годом (309 и 318 случаев соответственно), следовательно и заболеваемость на 100 тыс. населения уменьшилась с 31,4 до 27,7.

В 2018 году в Курской области зарегистрировано 309 новых случаев ВИЧ-инфекции. 67,8% получают по клиническим показаниям антиретровирусную терапию. По данным анамнеза болезни проанализированных амбулаторных карт: раннее начало терапии снижает вероятность смерти.

Всего умерло в 2018 году из числа местных жителей 67 человек, в том числе от причин, связанных с ВИЧ – 16, из них в стадии СПИД – 7, это представлено в таблице 1.

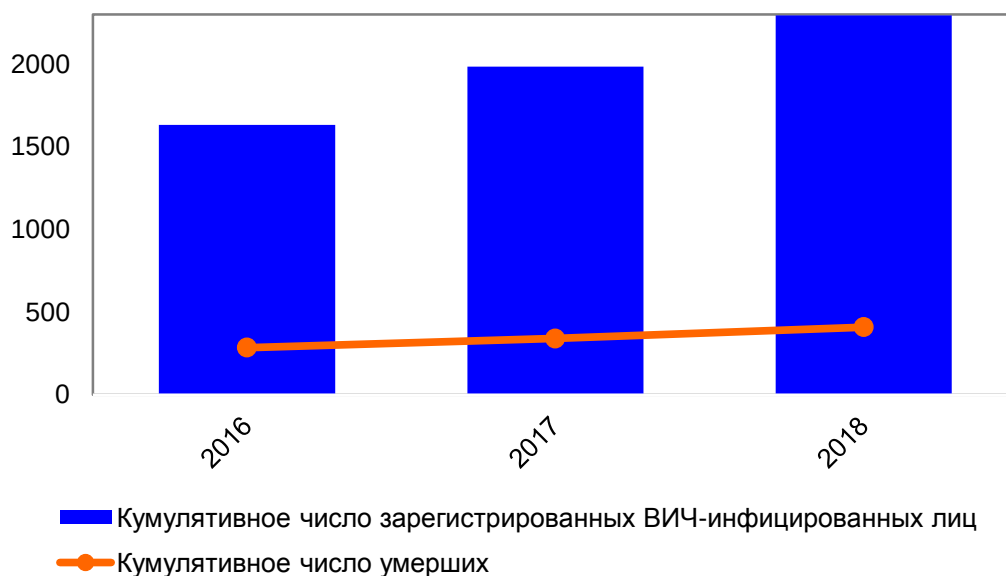


Диаграмма 1. Динамика количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Курской области в 2016-2018 год

Таблица 1. Смертность населения за 2016-2018 год, в т.ч. от ВИЧ-инфекции и СПИДа

	2016		2017		2018	
	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%
Всего, в т.ч.	53		63		67	
От причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, в том числе от туберкулеза	20	7,7	21	33,3	16	23,9
	12		8		3	
От причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией	32	0,4	41	65,1	50	74,6
Нет сведений о причине смерти	1	,9	1	1,6	1	1,5

Распределение по полу умерших ВИЧ-инфицированных в Курской области и возрастной состав ВИЧ-инфицированных на момент смерти (2017–2018гг) отражены на рис 2. Среди умерших во все года преобладают мужчины (70% в 2018 году). Преобладающей возрастной группой является социально активный возраст 30-39 лет (47% в 2017–2018 год).

Преимущественными причинами смерти является туберкулёз лёгких, токсоплазмоз, пневмоцистная пневмония (рис.3). 80% случаев смерти связано с поздней диагностикой ВИЧ-инфекции и отсутствием антиретровирусной терапии.

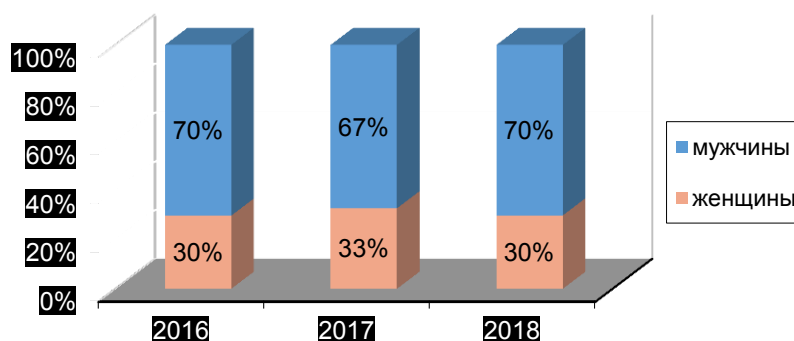


Диаграмма 2. Распределение по полу умерших ВИЧ-инфицированных в Курской области



Диаграмма 3. Основные причины смерти больных ВИЧ-инфекцией с диагнозом СПИД (2017-2018гг)

Выводы. Ранняя выявляемость ВИЧ-инфекции способствует адекватному назначению терапии и снижает смертность пациентов. Необходима профилактика и лечение вторичных заболеваний, особенно противотуберкулёзные мероприятия, с целью снижения смертности ВИЧ-инфицированных больных. Целесообразна активная работа по анализу причин смерти ВИЧ-инфицированных для разработки программ профилактики ранней смертности.

Список литературы.

1. Воронцов Д.В. Формирование, оценка и контроль приверженности диспансеризации и лечению у пациентов с ВИЧ-инфекцией: практическое пособие. М.: КРЕДО, 2016. – 44 с.
2. Мазус А. А., Ольшанский А. Я. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции в России. Лабораторная диагностика. Журнал Российского отделения Глобальной вирусологической сети. Издательство Гранат. Том 1, № 1, 2013. С.38
3. Розенберг В.Я., Плотникова Ю.К., Воронин Е.Е. Анализ смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией на примере региона с высокой распространённостью инфекции // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2018, № 1. С. 40-47.

РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мазалова А.С., Сычев П.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Кафедра онкологии

Научные руководители – к.м.н., доцент Дудка В.Т.

к.м.н., доцент Хвостовой В.В.

Актуальность исследования состоит в том, что проблема онкологической заболеваемости в настоящее время стоит остро: её показатели имеют тенденцию к росту с каждым годом. Согласно статистическим данным, до 90% вновь диагностированных онкологических заболеваний, относятся к эпителиальным формам злокачественных новообразований, среди которых одна из самых распространенных – рак молочной железы [1].

На прогноз заболевания и качество оказания квалифицированной помощи влияют многие факторы. Всем известно, что чем раньше рак выявить, тем больше шансов на благоприятный исход – на этот пункт мы можем повлиять посредством скрининга здорового населения. Однако, на тактику лечения уже выявленного злокачественного новообразования будет влиять его молекулярный подтип, в зависимости от которого опухоль будет по-разному чувствительна к различным методам терапии. Такую информацию можно получить при иммуногистохимическом исследовании операционно-биопсийного материала.

Целью исследования является выявление целевых возрастных групп пациентов, необходимых в повышенном контроле, а также отражения картины общей распространенности новообразований молочной железы, в том числе рака молочной железы с установленным молекулярным подтипом, среди женского населения Курской области.

Нами был проведен ретроспективный клинико-морфологический анализ случаев патологии молочной железы в Курской области по данным Курского областного клинического онкодиспансера за 2015-2018 гг, для выявления целевых возрастных групп пациентов, необходимых в повышенном контроле, а также отражения картины общей распространенности новообразований молочной железы, в том числе рака молочной железы с установленным молекулярным подтипом, среди женского населения Курской области.

Материалы и методы: анализ с использованием клинических, инструментальных и статистических методов.

Результат и обсуждения. Всего проанализировали 71 историю болезни. У 55 пациенток онкопатология была верифицирована морфологически: доброкачественные новообразования 12,7% (9 случаев), злокачественные новообразования 64,8% (46 случаев, из них: первичные опухоли – 42, метастазы – 4). Гистологические исследования у 16 (22,5%) оставшихся пациенток не проводились по следующим причинам: отказ от биопсии и/или операции, обращение за медицинской помощью в специализированные лечебные

учреждения других областей. Установлено, что доброкачественные опухоли молочных желез в 66,7% случаев развивались у женщин в возрасте 31–50 лет, а первичные злокачественные новообразования в 71% случаев в возрасте 41–60 лет, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение новообразований в зависимости от возраста пациентов.

Возрастные группы (лет)	Доброкачественные опухоли (n)	Злокачественные опухоли	
		Первичные (n)	Вторичные (mts) (n)
21-30	1	2	-
31-40	4	6	1
41-50	2	16	1
51-60	1	14	1
61-70	-	2	-
70 и старше	1	2	1

Проведение иммуногистохимии (ИГХ) – важное исследование, которое основано на определении в тканевых образцах злокачественных опухолей специфичных белков и маркеров. Результаты данного исследования крайне важны для определения дальнейшей тактики лечения и прогноза заболевания. По результатам исследования, согласно клиническим рекомендациям, выделяют несколько подтипов.

Люминальный тип А – положительные анализы на рецепторы к эстрогену (РЭ) и прогестерону (РП), Ki67<20% (Ki67 – индекс пролиферации, низкий процент данного показателя говорит о медленном опухолевом росте), HER2 отрицательный (рецептор HER2/neu отвечает за выработку одноименного трансмембранного белка, что приводит к ускоренному клеточному делению [3]). Статистически, данный тип встречается наиболее часто [3], характеризуется низкой агрессивностью опухоли, ее чувствительностью к гормональной терапии и нечувствительностью к таргетной (из-за отрицательного HER2).

Люминальный тип В может быть представлен в двух вариантах: с положительным или отрицательным HER2.

HER2 положительный – положительные РЭ и HER2, при этом РП и Ki67 могут иметь любые значения [2].

HER2 отрицательный – включает в себя положительный анализ на РЭ, отрицательный HER2 и наличие хотя бы одного из следующих факторов: РП низкие или отрицательные, Ki67 $\geq 20\%$ [3].

С гиперэкспрессией HER2 (нелюминальный) – отрицательные РЭ и РП, гиперэкспрессия HER2 [3]. Данный тип опухолей нечувствителен к гормонам и, за счет положительного HER2 статуса и среднем Ki67 характеризуется агрессивностью и быстрым ростом с высокой вероятностью к метастазированию. [4]

Тройной негативный или базальноподобный – отрицательные РЭ, РП и HER2 [2]. Нечувствителен к гормонам и таргетной терапии.

По молекулярным подтипам первичные злокачественные новообразования молочных желез распределились согласно данным таблицы 2.

Таблица 2. Распределение первичных злокачественных новообразований молочных желёз по молекулярным подтипам.

Подтип	Всего (n)	Возрастные группы (лет)					
		21- 30(n)	31- 40(n)	41- 50(n)	51- 60(n)	61- 70(n)	70и сташе(n)
Люминальный тип А	20	2	4	8	4	2	-
Люминальный тип В Her2 +	5	-	-	3	1	-	1
Люминальный тип В Her2 –	7	-	-	-	6	-	1
С гиперэкспрессией HER-2neu	5	-	1	3	1	-	-
Базальноподобный	5	-	1	2	2	-	

Выводы. Исходя из проведенного исследования, установлено, что патологией молочной железы страдают женщины разных возрастных групп, при этом первичные злокачественные новообразования в большинстве случаев развивались у лиц трудоспособного возраста (41-60 лет), в связи с чем, крайне важно добиться не только выживаемости, но и сохранения трудоспособности. При иммуногистохимическом исследовании у пациентов с первичными злокачественными опухолями выявлялись все виды молекулярных подтипов, что свидетельствует о необходимости в абсолютно разных подходах к лечению: от инновационной таргетной терапии, в совокупности с гормональными препаратами до классической химио- и лучевой терапии. Таким образом, несмотря на высокие экономические затраты, выполнение иммуногистохимического исследования при злокачественных новообразованиях является обязательным, что позволит выстроить оптимальную схему противоопухолевой терапии, т.е. персонализировать лечение рака молочной железы и сделать его максимально успешным.

Список литературы.

1. Нелюбина Л.А., Рак молочной железы: стратегии оценки и снижения риска заболевания // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки, 2014. Т. 19, № 6. С 1919–1925.
2. Общероссийский союз общественных объединений Ассоциация онкологов России // Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком молочной железы, 2014. Режим доступа URL: <http://worldofoncology.com/materialy/vidy-raka/vidy-raka-ot-a-do-ya/rak-molochnoy-zhelezy/molekulyarnye-podtypy-raka-molochnoy-zhelezy/> (дата обращения: 16.03.2019)
3. Прожерина Ю.И., Ширкова И.А., Рак молочной железы: взгляд экспертов // Ремедиум, 2016. № 16 С 53–58.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ КУРСК ЗА ПЕРИОД ЗА 2014-2018 ГОДЫ

Николаев С.А., Босенко А.Н., Глазунов Д.И., Лукашов М.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Фетисова А.И.

Сифилис – хроническое системное венерическое заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, органов, костей и нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое микроорганизмами относящимся к виду *Treponema pallidum*, роду *Treponema*, порядка *Spirochaetales* [1]. Первичный сифилис проявляется возникновением затвердевания в месте внедрения *Treponema pallidum*, которое позже переходит в безболезненную язву, через 2 – 3 месяца происходит рубцевание язвы.

Вторичный период характеризуется гиперергией и генерализацией патологического процесса, наступает примерно спустя 6 – 10 недель спустя внедрение трепонемы в организм и характеризуется возникновением сифилидов (множественные воспалительные очаги на коже и слизистых) [3]. Характерные симптомы сифилидов являются очаговые отеки, разрыхление эпителия, гиперемия, воспалительная инфильтрация, некроз, на данной стадии больной наиболее заразен.

Третичный период возникает спустя 3-4 года после заражения, проявляется в виде хронического интерстициального воспаления и образования гумм, тканевые изменения протекают по принципу реакции гиперчувствительности замедленного типа, наблюдаются клеточные инфильтраты, в пораженных органах развиваются сифилитический цирроз.

Актуальность данного исследования состоит в том, что в современном мире существует много различных проблем в дерматовенерологии, но одной из наиболее злободневных проблем человечества является сифилис. За последние десятилетия XX века отмечается чрезвычайно высокий рост заболеваемости этой инфекцией. Сложность диагностики сифилиса в том, что болезнь имеет скрытый и коварный характер проявления [2]. Как правило, появление твердого шанкра на первой стадии заболевания или кожной сыпи уже на второй стадии не вызывают настороженности и беспокойства у больных. Тем временем болезнь переходит в латентную фазу, которая может продолжаться в течение нескольких лет и даже десятилетий (в этот период больной является наиболее заразным). В дальнейшем переход заболевания в третичную стадию приводит к очень тяжелым, подчас смертельным поражениям центральной нервной и кардиоваскулярной системам. Другие органы и системы поражаются гораздо реже. Непредусмотренная, необычная локализация повреждений в третичном периоде приводит к усложнению клинических синдромов [4].

Целью исследования является изучение и анализ показателей распространенности сифилиса по городу Курску и Курской области за 2014–2018 год на основании данных полученных из ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материалы и методы: проведен анализ статистических данных о зарегистрированных заболеваниях сифилисом в различных социальных, возрастных, а так же гендерных категориях населения города Курска и Курской области полученной в ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Данные систематизированы и сделаны выводы о динамике развития, лечения, а так же профилактики сифилиса. Все расчеты и графический анализ информации были проведены на базе пакетов программ Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты и обсуждения. При проведении сравнительного анализа заболеваемости по возрастным группам за 2014–2018 год наблюдается ежегодное снижение показателей заболеваемости средних возрастных групп (18-29 лет, а так же 30-39 лет), что может быть связано с улучшением методов профилактики и лечения данного заболевания, в целом существенных отличий не выявлено. Исключение составил 2016 год, в котором наблюдается максимальное падение числа зараженных в возрастной группе 30-39 лет по сравнению с остальными годами (диаграмма 1), полноценного логического объяснения такому падению числа больных нам обнаружить не удалось.

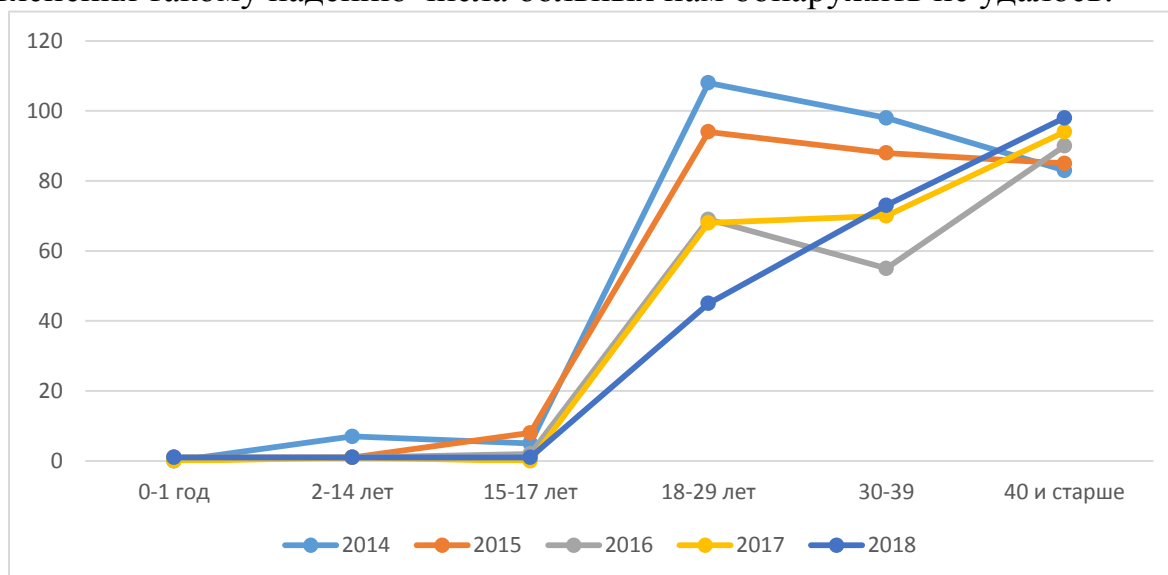


Диаграмма 1. Распределение больных сифилисом в Курской области по возрастным группам 2014–2018 год

При изучении гендерной структуры заболеваемости установили, что наибольшее число случаев приходится на представителей женского пола (составляет 51% от общего количества болеющих). В 2014 и 2018 год количество больных женщин заметно преобладает над представителями противоположного пола (рис 2). Изучение заболеваемости сифилисом в различных социальных группах, показало, что 54% всех больных это неработающие (рис 3), что может объясняться их образом жизни.

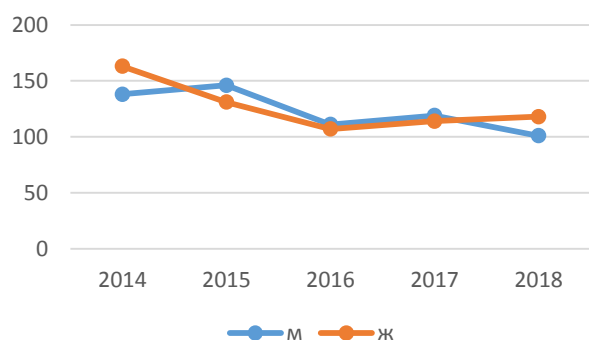


Диаграмма 2. Половое распределение больных сифилисом в Курской области

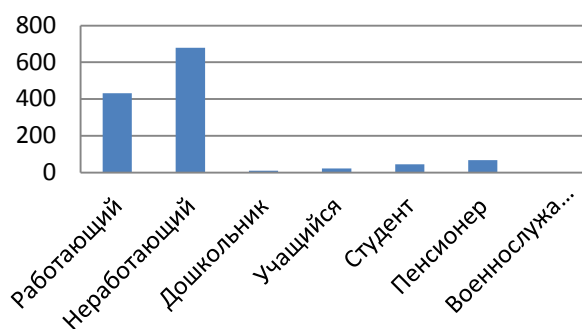


Диаграмма 3. Распределение больных сифилисом в Курской области по социальным группам 2014-2018 год.

Общая картина заболеваемости сифилисом стабильно снижается в сравнении с прошлыми годами (с 301 случая в 2014 до 219 в 2018) (диаграмма 4). В целом данная динамика не отставала от общей динамики по стране.

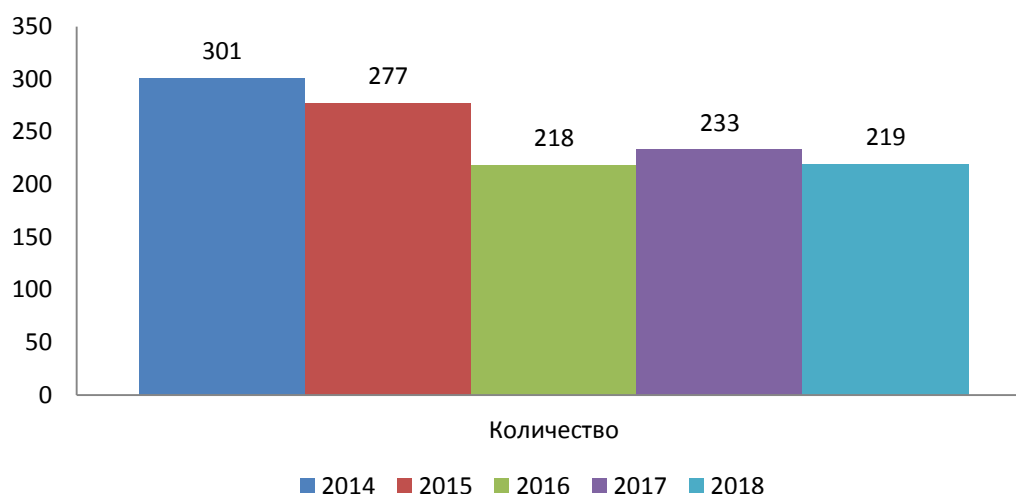


Диаграмма 4. Заболеваемость сифилисом в Курской области за 2014-2018 год.

Общая картина заболеваемости сифилисом стабильно снижается в сравнении с прошлыми годами (с 301 случая в 2014 до 219 в 2018) (рис. 4). В целом данная динамика не отставала от общей динамики по стране.

Выводы. Наблюдается снижение динамики заболеваемости в сравнении с предыдущими годами, однако число болеющих сифилисом в определенных социальных слоях населения по-прежнему высок. Мы считаем, что необходимо разработать мероприятия по профилактике направленные именно на эти социальные группы населения.

Список литературы.

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И., Соколовский Е.В. Инфекции, передаваемые половым путем. М. : 2007 г. 183-329 с.
2. Панкратов В.Г., Панкратов О.В., Евсеенко И.А. Лабораторная Диагностика Сифилиса: учебно-методическое пособие. Мн. : 2007 г. 26с.
3. Справочник Харрисона по внутренним болезням / Мартин Дж., Иссельбахер К., Браунвальд Е. и др.; 1-е изд. СПб. : 2001 г. 554-556 с.
4. Эглстоун С.И., Тернер А. Дж.Л. Инфекции, передаваемые половым путем. Екб. : 2001 г. 4-9 с.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Оробинский С.Б.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – ассистент Глинский С.В.

В наше время все чаще и чаще гражданское население подвергается воздействию огнестрельного оружия, только в 2017 году было зафиксировано 30136 умышленных и неумышленных смертей от огнестрельных ранений.

Актуальность исследования состоит в систематизации накопленного теоретического и практического материала судебно-медицинской экспертизы огнестрельных повреждений, для корректного ответа на основные вопросы установленные при начале экспертизы.

Целью исследования является изучение теоретической базы и судебно-медицинских актов с учетом видов огнестрельных ранений, типов повреждения и тяжести поражения органов.

Материалы и методы: в рамках исследования было проанализировано 87 Актов (Заключений) судебно-медицинского исследования трупов. Были рассмотрены: структура смертности, ее причины, гендерные и возрастные особенности, а также зависимость от дистанции выстрела.

Результаты и обсуждения. Анализ литературы позволил выявить четыре основных фактора, играющих ведущую роль в формировании огнестрельного ранения: воздействие ударной волны (1); воздействие ранящего снаряда (2); воздействие энергии бокового удар (3), который, по данным ряда авторов является основным и специфическим для огнестрельной раны [1, 2], а также – воздействие вихревого следа (4) (потока вихреобразнодвигающегося воздуха и частиц тканей), возникающего позади ранящего снаряда. Они влияют как на особенности формирования самой раны, так и раневого канала с повреждением внутренних органов.

Анализ же случаев смертей от огнестрельных повреждений позволил выявить следующее. Среди жертв преобладают мужчины – 89% (таблица 1).

Таблица 1. Структура смертности
по категориям смерти при огнестрельных повреждениях

Категория смерти	Мужчины	Женщины
Убийство	34	3
Самоубийство	11	3
Несчастный случай	8	0
Покушение на убийство	24	4
Итого	77	10

По возрасту случаи распределились следующим образом: чаще всего огнестрельные повреждения отмечены в возрастных группах 11-20 лет (29%), 31-40 лет (25%) и 21-30 лет (22%). Примерно одинаковое количество случаев приходится на возрастные группы 41-50 лет и 51-60 лет – 10% и 9% соответственно.

Различия в зависимости от ранящего снаряда выявлены только у мужчин, у которых преобладают повреждения пулей (61%), подробнее в таблице 2.

Таблица 2. Гендерные особенности в зависимости от ранящего снаряда

Снаряд	Мужчины	Женщины
Пуля	47	5
Дробь	30	5
Итого	77	10

Следует отметить, что в половине случаев дистанция выстрела не была определена. В тех же случаях, где она была установлена, у мужчин преобладает близкая (60%) над неблизкой (40%) дистанцией. У жертв-женщин близкая и неблизкая дистанция определена в равных количествах (по 50%).

Наиболее частой причиной смерти как у мужчин, так и у женщин явилась обильная кровопотеря (4% и 40% соответственно) и разрушение вещества головного мозга (39% и 40% соответственно). Следует отметить, что у женщин в проанализированных случаях травматический шок, как причина смерти не был отмечен, эти данные отражены в таблице 3.

Таблица 3. Структура смертности
по причинам смерти при огнестрельных повреждениях

Причина смерти	Мужчины	Женщины
Разрушение вещества головного мозга	30	4
Кровопотеря (малокровие внутренних органов)	38	4
Травматический шок	2	0
Тампонада сердца	4	1
Другое	3	1
Итого	77	10

Выводы. Гендерная структура смертности от огнестрельных повреждений показывает что преобладают мужчины: соотношение мужчин и женщин

составляет 9:1. Наиболее часто погибают лица трудоспособного возраста: в нашем исследовании на их долю пришлось 88%. Анализ ранящих снарядов показывает примерно одинаковое использование гладкоствольного и нарезного оружия при совершении преступлений. Наиболее частые причины смерти при огнестрельных повреждениях – обильная кровопотеря и разрушение вещества головного мозга.

Список литературы.

1. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина. Учебник. М.: Медицина, 2003. 496 с.
2. Щадрин С.Ф., Гирько С.И., Николаев В.Н. и др. Судебная медицина. Общая и особенная части: Учебник для вузов. М.: Эксмо, 2005. 656 с.

АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЙ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА, ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КАК КАРДИОМИОПАТИЯ

Съедин М.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., доцент Лунёва З.М.

Актуальность данной работы обуславливается критически высокой распространённостью в России алкогольной болезни и заболеваний сердца, что становится предметом широкого обсуждения представителей разных медицинских специальностей. Во-первых, это связано с тем, что у 10% больных молодого возраста с алкогольным поражением сердца смерть наступает внезапно или скоропостижно, из них 40% внезапно умерших людей не старше 40 лет. А во-вторых, от 27 до 50% лиц с диагнозом ДКМП злоупотребляет алкоголем [1]. Несмотря на то, что АКМП выделена в отдельную нозологическую форму, существуют определённые трудности в практической постановке диагноза.

Целью исследования являлся изучение 100 летальных случаев кардиомиопатий с целью проверки обоснованности диагнозов по их морфологическим и иным критериям.

Материалы и методы: был проведён анализ 100 судебно-медицинских актов и заключений экспертиз случаев смерти лиц, которым был выставлен диагноз «кардиомиопатия». Частота встречаемости первичных КМП составила 17%, вторичных КМП – 83%, из которых 3% – АКМП. Распределение случаев смерти в зависимости от пола составило: 71% – лица мужского пола, 29% – женского пола. Наиболее часто диагноз встречался у умерших в зрелом (36-55 лет) (50%) и пожилом возрасте (56-74 лет) (28%). Полученные данные были обработаны с помощью программы MS Excel 2013.

Результаты и обсуждения. Кардиомиопатии – группа заболеваний миокарда неизвестной этиологии. В настоящее время выделяют дилатационную, как наиболее часто встречающуюся (60%), гипертрофическую, рестриктивную, АДПЖ, неклассифицируемые, а также вторичные, включая токсические КМП [2]. АКМП – приводящая к систолической дисфункции дилатация полостей сердца, развившаяся в связи с избыточным приёмом алкоголя [3]. Проведя анализ 100 «Актów судебно-медицинского исследования трупов» и «Заключений экспертиз», частота встречаемости ДКМП и ГКМП составила 9% и 8%, вторичных КМП – 83%, из которых 80% – это КМП неустановленной этиологии и 3% – АКМП. Такой низкий процент встречаемости АКМП как самостоятельной нозологической формы объясняется тем, что морфологически целесообразнее рассматривать её как разновидность токсической дилатационной КМП и что данные о факте злоупотребления алкоголем зачастую могут нести ложный характер. Косвенно об употреблении алкоголем можно судить по сопутствующим заболеваниям, таким как жировая дистрофия печени (жировой гепатоз) (58%). Несмотря на отсутствие данных гистологического исследования, были изучены макроскопические признаки, свидетельствующие о КМП.

Результаты частоты встречаемости макроскопических признаков поражений сердца в случаях смерти от КМП представлены в таблице 1.

Таблица 1. Макроскопические признаки поражений сердца, верифицированные как КМП

Признаки	Частота встречаемости (%)
Масса сердца	
до 400 г	51
>400 г	49
Верхушка сердца	
закруглена	7
не закруглена	45
н/у	48
Субэпикардальное скопление жировой клетчатки	
умеренное	80
массивное	20
Полости сердца	
расширены	35
не расширены	65
Увеличение отделов сердца	
ЛЖ (>1см)	85
ПЖ (>0,3см)	73
МЖП (>1,2 см)	75
Консистенция, вид, цвет	
дряблый	63
тусклый	93
желтоватый	38

Коронарные артерии	
интактные	53
умеренное атеросклеротическое поражение	34

Выводы. Часто встречающимся видом КМП является КМП неустановленной этиологии (80%). Большинство умерших лиц – мужчины (71%) зрелого возраста (50%). Признаки поражений сердца, верифицированные как КМП в данных наблюдениях встретились с различной частотой: массивное субэпикардальное скопление ЖК (20%), дилатация полостей сердца (35%), интактные коронарные артерии (53%).

Список литературы.

1. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть (клиническая морфология). М: «Медицина для всех». 2016. 127 с.
2. Моисеев В.С., Киякбаев Г.К. Кардиомиопатии и миокардиты. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 352 с.
3. Ivashkin V.T. et al. Specific Characteristics of the Clinical Course of Alcoholic Cardiomyopathy Differentiated from Idiopathic Dilated Cardiomyopathy // Russian American Medical association Journal, 2015.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Харитон В. А

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Брагина З.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что туберкулез имеет ряд особенностей: убиквитарность инфекции в эпидемиологическом, клиническом и морфологическом отношении; двуликость туберкулеза; полиморфизм клинико-морфологических проявлений; хроническое волнообразное течение – чередование вспышек и ремиссий заболевания [1]. Одной из задач государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы (подпрограмма 4 «Туберкулез») является: предотвращение смертности от туберкулеза; обеспечение качественным лечением пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза; уменьшение смертности населения от туберкулеза до 4,41 случая на 100 тысяч человек. Это достижимо только при точной диагностике, особенно большой вклад в которую вносит морфологическая верификация диагноза.

Целью исследования является изучение частоты клинико-анатомических форм туберкулеза на операционном материале.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 257 историй болезни пациентов по данным ГУ «Республиканского научно-практического

центра пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 году (01.01.2018–31.12.2018). В исследование были включены пациенты, которым выполнялась видеоассистированная торакоскопия с забором материала (ткань легких, плевры) для последующего морфологического, бактериологического и генетического исследования (GeneXpert). Данные обработаны и проанализированы в Microsoft Excel. Снимки гистологических препаратов проводились на микроскопе с цифровой камерой.

Результаты и обсуждения. Всего изучено 257 биопсийных карт, из них туберкулез подтвержден морфологически в 95 (37%) случаях, в остальных 162 (63%) случаях диагноз туберкулеза был исключен. В 119 (46,3%) наблюдениях окончательным диагнозом являлся саркоидоз, в 27 (10,5%) – рак легкого, в 16 (6,2%) – микобактериоз. Женщин было 34 (35,8%), мужчин 61 (64,2%), соотношение женщин к мужчинам составило 1:1,8. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет, средний составил 38,7 лет. Локализация туберкулезных очагов была следующей: в правом легком – 46 (55,4%), в левом легком – 35 (42,1%), в 2 случаях (2,5%) затронуты оба легких; верхняя доля – 72 (86,7%) случая, средняя и нижняя доли – 9; плевра – 13 случаев. В 53 (55,8%) наблюдениях возраст пациентов был в диапазоне 25 – 44 лет (диаграмма 1).

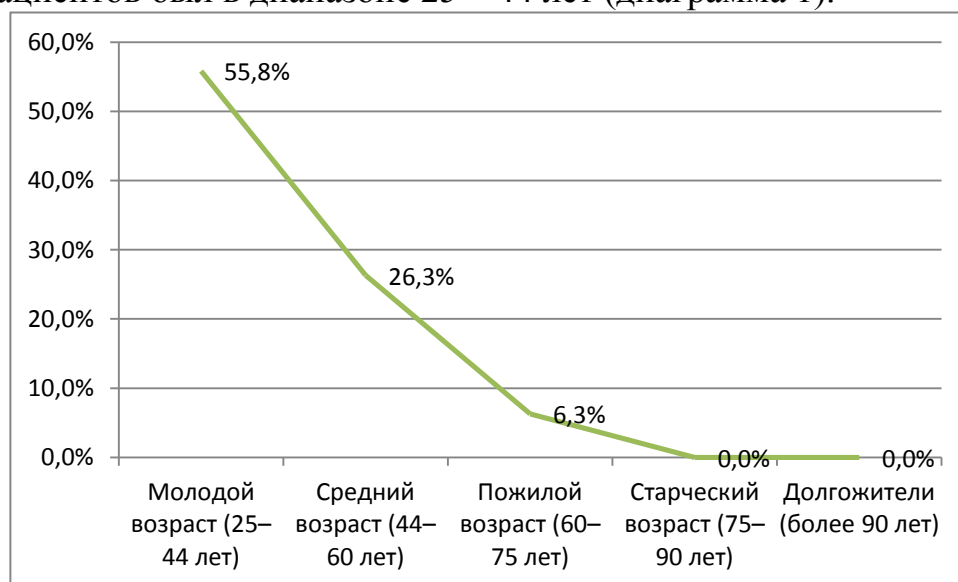


Диаграмма 1. Распределение пациентов по возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения

При морфологическом исследовании диагностированы следующие формы туберкулеза: инфильтративный туберкулез легких (рис. 1) – 42 (44,2%), из них 2 в фазе распада и обсеменения, 2 в фазе реактивации; туберкулема – 28 (29,5%): активная фаза – 22, фаза реактивации – 1, стабильная фаза (рис.2) – 1, конгломератная туберкулема – 2, конгломератная с распадом – 1, множественная – 1; туберкулез плевры – 13 (13,5%), из них 2 эмпиемы плевры; фиброзно-кавернозный туберкулез – 6 (6,3%): с перифокальной диссеминацией – 1, фаза умеренного прогрессирования – 4, активная фаза – 1;

диссеминированный туберкулез легкого (рис. 3) – 3 (3,2%); спондилит – 2 (2,2%); силикотуберкулез – 1 (1,1%).

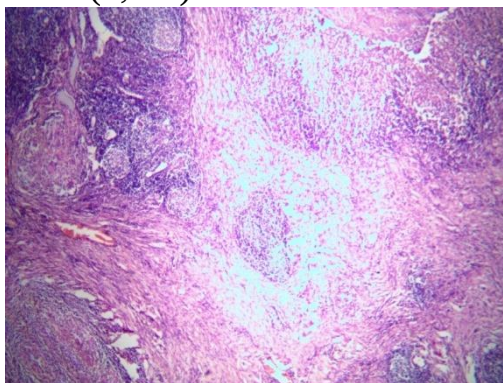


Рисунок 1. Инфильтративный туберкулез легких

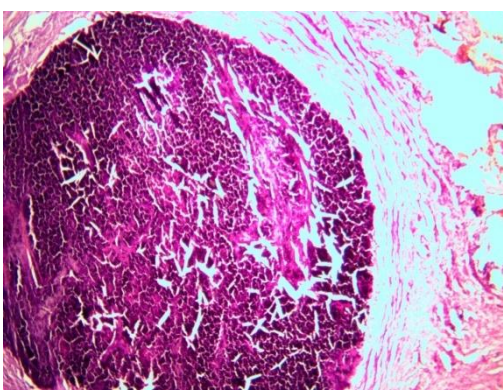


Рисунок 2. Стабильная туберкулема

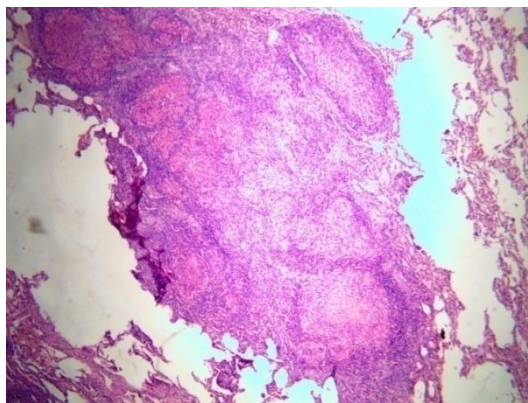


Рисунок 3. Диссеминированный туберкулез легких

Выводы. После проведенного морфологического исследования диагноз туберкулез был выставлен 95 (37%) пациентам. Наиболее уязвимым оказался возраст больных 38,7 лет. Преобладали мужчины. Соотношение женщин к мужчинам – 1:1,8. Наиболее вероятная локализация патологического процесса – правое легкое (55,4%), сегменты верхней доли (86,7%). В исследуемом материале преобладающим большинством оказались формы: инфильтративный туберкулез легких (44,2%) и туберкулема легких (29,5%). Под маской

туберкулеза были следующие заболевания: саркоидоз (46,3%), рак легкого (10,5%) и микобактериоз (6,2%).

Список литературы.

1. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. Москва: Медицина, 1995. 688 с.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ
ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ СОБСТВЕННОГО РОСТА**

Хозилов А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н. профессор Теньков А.А.

Актуальность исследования состоит в том, что, по данным различных источников, падения с высоты собственного роста составляют около 20% от всех несчастных случаев [1,3].

Целью исследования является изучение особенностей повреждений при падении с высоты собственного роста.

Задачи исследования.

1. Изучение особенностей процесса падения человека на поверхность покрытия.

2. Анализ повреждений, возникших при падении с высоты собственного роста.

3. Изучение дифференциально-диагностических признаков для диагностики указанного вида травмы.

4. Установление ряда факторов, находящихся в связи с процессом травматизации пострадавших.

Объектами настоящего исследования являются 69 наблюдений, касающихся получения пострадавшими повреждений при падении с высоты собственного роста. Фактически речь идет о падении с высоты центра тяжести, то есть 0,7 длины тела [2].

Среди пострадавших 60 мужчин, 9 женщин. Половозрастная характеристика потерпевших представлена в таблице 1.

Таблица 1. Половозрастная характеристика потерпевших

Пол/возраст	Юношеский	I зрелый	II зрелый	Пожилой	Старческий	н/д
Мужчины	17-21	22-35	36-60	61-74	>75	1
	1	7	35	15	1	
Женщины	16-20	21-35	36-55	56-74	>75	
	0	2	3	1	3	

По месяцам пострадавшие распределились согласно данным, представленным в таблице 2.

Таблица 2. Распределение погибших по месяцам

	янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	сен	окт	ноя	дек
М	1	1	7	7	10	9	2	5	4	7	5	2
Ж	2	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2

Поверхность, на которую падали пострадавшие, отличалась разнообразием: земля – 5, асфальт – 5, бетон – 4, лед – 3, металл – 1, не установлено – 51.

Из общего числа пострадавших 27 на момент получения травмы находились в состоянии алкогольного опьянения, 8 были трезвы, 34 – факт наличия/отсутствия алкогольного опьянения не установлен.

Из общего числа пострадавших 3 скончались на месте происшествия, 66 – в больнице. Из тех, кто скончался в больнице, 43 были прооперированы. Пострадавшим проводились следующие операции: трепанация черепа (37 операций), ПХО раны (2 операции), ушивание кишечника (2 операции), удаление почки (1 операция), ламинэктомия (1 операция).

Объектами травматизации были следующие области тела: голова (64 раза), верхние конечности (10 раз), туловище (20 раз), нижние конечности (10 раз).

Среди повреждений головы отмечены следующие: ссадины (17 наблюдений), кровоподтеки (18 наблюдений), раны (12 наблюдений), кровоизлияния в мягкие ткани головы (40 наблюдений), переломы костей свода и основания черепа (35 наблюдений). Из черепно-мозговых компонентов отмечены: эпидуральная гематома (9 наблюдений), субдуральная гематома (34 наблюдения), субарахноидальное кровоизлияние (46 наблюдений), внутрижелудочковые кровоизлияния (19 наблюдений), кровоизлияния в вещество головного мозга (10 наблюдений), кровоизлияния в ствол головного мозга (2 наблюдения), кровоизлияния в мозжечок (2 наблюдения), ушиб головного мозга (37 наблюдений), размозжение вещества головного мозга (21 наблюдение), ушиб ствола головного мозга (1 наблюдение), размозжение мозжечка (5 наблюдений), разрыв барабанной перепонки (2 наблюдения).

Отмечены повреждения позвоночника: перелом тела позвонка (2 наблюдения), полный разрыв спинного мозга, вывих позвонка, перелом остистого отростка позвонка (по 1 наблюдению).

Повреждения верхних конечностей представлены ссадинами (6 наблюдений) и кровоподтеками (5 наблюдений).

Среди повреждений туловища отмечены: ссадины (4 наблюдения), кровоподтеки (5 наблюдений), кровоизлияния в мягкие ткани (1 наблюдение), множественные переломы ребер (6 наблюдений), перелом грудины (2 наблюдения), разрыв легкого (2 наблюдения), гемоторакс (2 наблюдения), разрыв стенки кишечника (2 наблюдения), ушиб легкого (1 наблюдение), ателектаз легкого (1 наблюдение), разрыв почки (1 наблюдение).

Повреждения нижних конечностей представлены ссадинами (6 наблюдений), кровоподтеками (4 наблюдения) и кровоизлияниями в мягкие ткани (1 наблюдение).

Причины смерти пострадавших: черепно-мозговая травма (58 наблюдений), тупая травма грудной клетки (5 наблюдений), тупая травма живота (3 наблюдения); дыхательная недостаточность, пневмония, менингит (по 1 наблюдению).

Выводы. Объектами соударения тела были следующие характеристики покрытия: земля – 5, асфальт – 5, бетон – 4, лед – 3, металл – 1, не установлено – 51. Характерным для падения пострадавших с высоты собственного роста является односторонность повреждений. Для вышеуказанной травмы не характерны следующие признаки: выраженное несоответствие между наружными и внутренними повреждениями, наличие признаков сотрясения, обширность и многочисленность повреждений в зоне первичного контакта с телом. В хронологическом порядке по месяцам указанная травма характеризовалась следующими показателями: наибольшее количество несчастных случаев отмечается в мае (11), июне (9), марте (8). Из случаев, когда вопрос об алкогольной интоксикации изучался, установлено, что 27 пострадавших находились в состоянии алкогольного опьянения, 8 – алкогольная интоксикация не имела места. В остальных случаях факт алкогольного опьянения не изучался.

Список литературы.

1. Пиголкин Ю.И., Попов В.Л. Судебная медицина: учебник. Ростов н/Д: Феникс, 2015. 551 с.
2. Ромодановский П.О., Баринов Е.Х. Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие. М.: Проспект, 2018. 576 с.
3. Тагаев Н.Н. Судебная медицина: учебник. Харьков: Факт, 2003. 1253 с.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТАНАТОГЕНЕЗ УТОПЛЕНИЯ

Яковлева А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доцент Лунева З.М.

Утопление на сегодняшний день остается серьезной социальной проблемой, так как от утопления ежегодно гибнет значительное количество людей, преимущественно молодого возраста. Пато- и танатогенез утопления процесс достаточно сложный и включает множество аспектов, одним из которых является употребление алкоголя. Роль этанола в наступлении смерти от утопления изучена недостаточно полно, однако, с уверенностью можно

сказать, что этиловый спирт играет определенную, достаточно весомую роль в развитии этого сложного процесса [5].

Целью исследования является изучение влияния алкогольной интоксикации на танатогенез утопления, а также состояние вопроса об оценке степени алкогольного опьянения при разных типах утопления.

Материалы и методы исследования: акты судебно-медицинского исследования трупов за период 2013-2017 год по городу Курск и Курской области, согласно которым, за 5 лет было выявлено 183 случая утопления.

Случаи смерти от утопления в воде были проанализированы по содержанию этилового спирта в крови, с учетом критериев, предложенными В.И. Прозоровским, И.С. Карандаевым и А.Ф. Рубцовым (1967), а затем распределены по степени алкогольного опьянения (применительно к живым лицам). Следует указать, что основным методом исследования крови и мочи на количественное содержание этанола является газохроматографический метод.

Обращает на себя внимание тот факт, что значительное количество лиц, умерших от утопления, находилось в состоянии алкогольного опьянения (56,3%). При этом большинство пострадавших находились в состоянии тяжелого алкогольного опьянения (35%), средняя степень была обнаружена в 18%, легкая – 6%, сильное опьянение – 6%, не обнаружено этилового спирта в 27%, в 4% отсутствие влияния алкоголя, в 4% в актах не было сведений об исследовании крови на этанол, что представлено на диаграмме 1.

При этом лишь в 2 случаях экспертом было указано, что нельзя делать однозначный вывод о степени алкогольной интоксикации, в виду того, что в воде происходит разведение крови средой утопления и вследствие этого – снижение концентрации этилового спирта в крови, так называемая дельюция [3].

В 38% у лиц, погибших от утопления, были обнаружены сопутствующие патологические состояния, многие из которых не находятся в причинно-следственной связи с наступлением смерти, (жировая дистрофия печени, дистрофия почек, очаговый туберкулез легких), а также телесные повреждения (ссадины, раны, кровоподтеки), которые у живых лиц, квалифицируются как не причинившие вред здоровью. Однако, учитывая тот факт, что алкогольное опьянение (в любой фазе) усиливает спастические сокращения всей гладкой, поперечно-полосатой мускулатуры, сердечной мышцы, усиливает проницаемость стенок сосудов, способствует нарушению агрегатного состояния крови, дилатации всех звеньев микрососудистого русла, не стоит игнорировать группу сердечно-сосудистых заболеваний (у 37% выявлены коронаросклероз, атеросклероз аорты и сосудов головного мозга), которые оказывают влияние на наступление смерти от утопления.



Диаграмма 1. Степени алкогольного опьянения

Необходимо помнить о том, что при аспирационном и смешанном типах утопления цифровые значения концентрации этанола в артериальной и венозной крови не соответствуют истинному уровню его содержания за счет развития явлений делюции, что важно учитывать при постановке судебно-медицинского диагноза и ответе на вопрос о степени алкогольного опьянения. И при написании выводов не высказываться в категоричной форме об уровне этанола в крови, и, соответственно, степени алкогольного опьянения, а указать, что за счет разбавления крови водой истинная концентрация (до утопления) отличается от диагностируемой на 30-80% в сторону увеличения [1,2,4].

Выводы. Значительное количество лиц, умерших от утопления, находилось в состоянии алкогольного опьянения (56,3%). У большинства из них наблюдалось тяжелое алкогольное опьянение (35%), средняя степень была обнаружена в 18%. Но только в 2 случаях экспертом было указано, что нельзя делать однозначный вывод о степени алкогольной интоксикации, в виду того, что при аспирационном типе утопления происходит разведение крови средой утопления и вследствие этого – снижение концентрации этилового спирта в крови.

Список литературы.

1. Галицкий Ф.А., Исаев Ю.С., Кокорин П.А. Возможности судебно-медицинской оценки алкогольной интоксикации при утоплении в воде // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Ижевск, 1995. № 6. С. 194-197.
2. Исаев Ю.С., Кокорин П.А., Галицкий Ф.А. К вопросу об оценке алкогольной интоксикации у лиц, погибших от утопления // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск, 1995. № 1. С. 26-28.

3. Касаткин Б.С., Масенко В.П., Магазаник Д.И. К вопросу о проникновении аспирированной воды в кровь при утоплении // Вопросы теории и практики судебной медицины. Пермь, 1966. С. 5-12.

4. Кокорин П.А. К вопросу об оценке степени алкогольной интоксикации при смерти от утопления в воде // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Ижевск, 1995. № 6. С.192-194.

5. Пермяков А.В., Витер В.И. Ковалева М.С. Роль алкоголя в пато- и танатогенезе утопления. Кафедра судебной медицины Ижевской государственной медицинской академии, 2002.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО СЕКЦИОННЫМИ ДАННЫМ ОБУЗ ОКИБ ЗА 2018-2019 ГОДА

Япринцева А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – ассистент Харченко А.В.

В Российской Федерации заболеваемость ВИЧ и смертность от СПИДа по-прежнему остаются на высоком уровне [1]. Согласно статистике Всемирной ассоциации здравоохранения, в Курской области зарегистрировано более 3000 случаев заболевания, из них более 150 – за 2018 год. Актуальным является анализ структуры и особенности течения ВИЧ-инфекции на терминальных стадиях, а также вероятность присоединения различных оппортунистических инфекций [2].

Целью исследования является изучение причины смерти ВИЧ-инфицированных больных и структуры оппортунистических инфекций.

Материалы и методы: протоколы патологоанатомического вскрытия пациентов, проходивших лечение на базе Областной клинической инфекционной больницы им. Н.А. Семашко с диагнозом «ВИЧ-инфекция».

Результаты и обсуждения. В процессе исследования было проанализировано 30 протоколов вскрытия пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция от 27 до 61 года: среди них было 15 мужчин и 15 женщин.

У всех пациентов была установлена 4 стадия ВИЧ-инфекции, однако в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний они были разделены на 3 группы:

1 группа: пациенты, у которых имелись заболевания легких.

2 группа: пациенты, у которых выявлены заболевания центральной нервной системы.

3 группа: пациенты, у которых обнаруживались как заболевания легких, так и центральной нервной системы.

Распределение испытуемых по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Первая группа (n=10)	Вторая группа (n=10)	Третья группа

					(n=10)	
	мужской	женский	мужской	женский	мужской	женский
27-37	1 (10%)	2 (20%)	3 (30%)	1 (10%)	3 (30%)	3 (30%)
37-47	3 (30%)	0	2 (20%)	3 (30%)	0	3 (30%)
47-57	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)	0	1 (10%)	0
57-61	0	1 (10%)	0	0	0	0
Всего	5 (50%)	5 (50%)	6 (60%)	4 (40%)	4 (40%)	6 (60%)

В первой группе преобладают мужчины в возрасте от 37 до 47 лет. Среди пациентов 2-ой группы, у которых выявлены заболевания центральной нервной системы, преобладают мужчины в возрасте от 27 до 37 лет и женщины в возрасте от 37 до 47 лет. Пациентами, у которых наблюдаются осложнения со стороны как дыхательной, так и центральной нервной системы, чаще всего являются женщины в возрасте от 27 до 47 лет.

Среди пациентов, имеющих осложнения дыхательной системы, наблюдается наибольший процент больных, принимавших антиретровирусную терапию (30% от общего числа испытуемых первой группы). Средний возраст пациентов составил 43 года. Наиболее частыми оппортунистическими инфекциями в первой группе являются: пневмоцистная пневмония (50% от общего числа испытуемых) и туберкулез легких (40% от общего числа испытуемых).

Все пациенты, включенные во вторую группу, изначально отказались от антиретровирусной терапии или же были не привержены к ней. Средний возраст испытуемых составил 40 лет. Наибольшее число летальных исходов было вызвано токсоплазменным энцефалитом (60% испытуемых). На втором месте по числу летальных исходов – конвекситальный серозный лептоменингит (30% испытуемых).

Пациенты, у которых наблюдались осложнения со стороны дыхательной и центральной нервной системы, отказались от приема антиретровирусной терапии в 100% случаев. Средний возраст больных составил 36 лет. Данные об основных заболеваниях пациентов третьей группы представлены в таблице 2.

Таблица 2. Основные заболевания пациентов третьей группы

Основное заболевание	Пол	
	мужской	женский
Пневмоцистная пневмония	0	4 (40%)
Туберкулез легких	2 (20%)	1 (10%)
Бронхопневмония	2 (20%)	1 (10%)
Лептоменингит	0	3 (30%)
Вирусный энцефалит	2 (20%)	1 (10%)
Токсоплазменный энцефалит	2 (20%)	1 (10%)
Нейросифилис	0	1 (10%)

Таким образом, женщины третьей группы гораздо больше мужчин подвержены таким оппортунистическим инфекциям, как пневмоцистная

пневмония (40% от общего числа испытуемых) и лептоменингит (30% от общего числа испытуемых). Среди мужчин данных инфекций выявлено не было.

Выводы. В результате произведенного исследования выявлено, что пациенты первой группы имеют наибольшую продолжительность жизни, так как среди них обнаружено наибольшее число пациентов, регулярно принимавших антиретровирусную терапию. Исходя из этого, можно сделать заключение, что АРВТ терапия помогает значительно снизить риск присоединения оппортунистических инфекций.

В свою очередь, пациенты третьей группы, отказавшиеся от антиретровирусной терапии, имеют наименьшую продолжительность жизни (средний возраст составил 36 лет). Таким образом, поражение двух жизненно важных систем органов значительно повышает летальность.

Пациенты, у которых были выявлены заболевания центральной нервной системы, чаще пренебрегали приемом антиретровирусной терапии, из чего можно сделать вывод, что такие оппортунистические инфекции, как токсоплазменный энцефалит и лептоменингит хорошо поддаются профилактике с помощью современных препаратов.

Существенных различий в процентном соотношении мужчин и женщин как в общем, так и внутри отдельных групп, выявлено не было. Это говорит о том, что ВИЧ инфекции и многообразие оппортунистических инфекций в равной степени подвержены представители как мужского, так и женского пола.

Список литературы.

1. Комбинированная антиретровирусная терапия больных ВИЧ-инфекцией с использованием усиленных ингибиторов протеазы ВИЧ / Богославская Е.В., Иванова Л.А., Кравченко А.В., Покровский В.В. и др. // Инфекционные болезни. 2003. № 1. С. 14-19.

2. Пронин А.Ю. Клинико-иммунологическая характеристика когорты ВИЧ-инфицированных и групп риска зараженных ВИЧ. // Автореферат. 2009.

РАЗДЕЛ 17.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ

БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Азаренкова Т.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической технологии, кафедра фармацевтической,
токсикологической и аналитической химии
Научные руководители – к.ф.н., доцент Огнещикова Н.Д.,
к.ф.н., ст. преподаватель Курилова О.О.**

С кислотой ацетилсалициловой, больше известной под торговым наименованием аспирин, человечество живет уже более ста лет. На протяжении столь длительного времени появилось множество аналогов данного препарата, но, несмотря на это, за аспирином до сих пор сохраняется пальма первенства. На сегодняшний день его используют как жаропонижающее, анальгезирующее, противовоспалительное, а также антиагрегантное средство. Помимо оригинального препарата выпускается много дженериков, которые могут отличаться по составу вспомогательных веществ, что в свою очередь может оказывать определенное влияние на биофармацевтическую доступность, и как следствие на эффективность препаратов.

Целью исследования является проведение биофармацевтических исследований таблеток кислоты ацетилсалициловой отечественных производителей.

Материалы и методы: в качестве объектов исследования были выбраны таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. № 10, приобретенные в розничной аптечной сети города Курска, следующих производителей: АО «Медисорб», город Пермь. Серия: 21052018, ОАО «Татхимфармпрепараты», город Казань. Серия: 1250617, ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ», город Хабаровск. Серия: 370618.

Анализ проводили в соответствии с требованиями фармакопейных статей предприятий (ФСП) [2,3,4].

Методы исследования: методы химического и физико-химического анализа лекарственных средств, методы математической статистики, сравнительный анализ, логический анализ.

Для сравнения таблеток кислоты ацетилсалициловой по критериям качества и фармацевтической доступности мы выбрали следующие показатели: «Истираемость таблеток», «Распадаемость таблеток и капсул», «Растворение».

Испытание на истираемость проводили следующим образом: 10 таблеток, обеспыленных и взвешенных с точностью до 0,001 г, помещали в барабан, привинчивали крышку и включали устройство на 5 мин, что соответствует 100 оборотам барабана. По истечении установленного времени таблетки извлекали из барабана, обеспыливали и снова взвешивали с точностью до 0,001 г [1]. При испытании образцов было выявлено, что потеря в массе для таблеток АО «Медисорб» составила 0,99%; ОАО «Татхимфармпрепараты» – 0,53%; ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» - 0,31%, что соответствует требованиям ОФС 1.4.2.0004.15 (потеря в массе не должна превышать 3%).

Определение распадаемости исследуемых образцов таблеток проводили согласно ОФС 1.4.2.0013.15 «Распадаемость таблеток и капсул» на лабораторном идентификаторе процесса распадаемости. При анализе выявлено, что таблетки всех указанных производителей соответствуют требованиям нормативной документации (НД) и время их распадаемости не превышает 15 минут. При этом установлено, что все исследованные образцы имеют довольно узкий временной интервал механического разрушения. Наименьшее время распада имеют таблетки ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» - 28,5 секунд; таблетки ОАО «Татхимфармпрепараты» распадаются за 36,5 секунд; наибольшее время распада оказалось у таблеток АО «Медисорб» - 50 секунд.

Оценку биоэквивалентности таблеток проводили с учетом рекомендаций ОФС.1.4.2.0014.15 с использованием теста «Растворение» с последующим спектрофотометрическим определением концентрации действующего вещества. Испытание проводилось на «Приборе для испытания таблеток и капсул на растворение». В качестве среды растворения использовался ацетатный буферный раствор pH 4,5, объем среды растворения составил 500 мл, скорость вращения корзинки – 100 об/ мин, температура среды растворения – $37,0 \pm 0,5$ °C, время растворения – 45 мин, количество образцов каждой серии выбранных производителей – 6.

Как следует из полученных данных, все взятые таблетки трех производителей соответствуют требованиям НД, поскольку за 45 мин в среду растворения высвободилось не менее 70% кислоты ацетилсалициловой [2,3,4]. Причем, при статистической обработке результатов данных, полученных в процессе эксперимента, наибольшая полнота высвобождения была зафиксирована для таблеток кислоты ацетилсалициловой ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» – 94,24%, на втором месте оказались таблетки ОАО «Татхимфармпрепараты» - количество действующего вещества, перешедшего в раствор, составило 86,59% и концентрация кислоты ацетилсалициловой для таблеток АО «Медисорб» составила 75,82%.

Препараты, выбранные для исследования, имеют не абсолютно идентичный качественный и количественный набор вспомогательных веществ. В состав таблеток кислоты ацетилсалициловой производства ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» не входит повидон К-17 (поливинилпирролидон низкомолекулярный), который присутствует в таблетках других производителей, а также в них содержится больше крахмала и кальция стеарата. Для повидона характерно образование комплексных соединений, что может привести к увеличению времени распадаемости таблеток и уменьшению полноты высвобождения действующего вещества. Кроме того, крахмал относится к разрыхлителям – веществам, способствующим лучшему разрушению твердых лекарственных форм. Также, по данным литературы, кальция стеарат ускоряет процесс высвобождения активного вещества. Сочетанием вышеуказанных факторов можно объяснить результаты, полученные для препарата производства ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ». Данное предположение может являться отправной точкой для дальнейших исследований.

Выводы. Таким образом, все исследуемые образцы отвечают требованиям нормативной документации и являются высококачественной продукцией. Исходя из результатов, можно подтвердить теорию о возможном влиянии на биоэквивалентность вспомогательных веществ, входящих в состав препаратов.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. XIII изд. электрон. ресурс. Режим доступа: <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online> (дата обращения 15.03.2019).
2. ФСП Р N002019/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. АО «Медисорб»
3. ФСП Р N001190/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «Татхимфармпрепараты»
4. ФСП Р N001715/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ»

МЕТАМОРФНАЯ МОДЕЛЬ ЗАЛЬТМАНА И ЕЕ АДАПТАЦИЯ К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ПРОВИЗОРОВ

Азаренкова Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Олейникова Т.А.

Метаморфная модель Зальтмана, известная больше в мире как техника извлечения метафор Зальтмана (ZMET), является запатентованным инструментом исследования рынка. Основная суть ZMET – извлечение из бессознательного метафорических образов, которые оказывают влияние на осмысление входящей информации. Методология была разработана доктором Джеральдом Зальтманом в Гарвардской бизнес-школе в начале 90-х годов. Метод нашел свое признание в работах по исследованию рынка и потребителей учеными разных университетов для изучения различных вопросов, связанных с маркетингом и социологией [1].

Учеными давно доказано, что 95% мыслительной деятельности проходит в бессознательном и не подвергается контролю разума, при этом, оказывая значительное влияние на мотивацию и поступки индивида [2]. Таким образом, извлечение подсознательных образов и метафор помогает предсказать поведение или отношение человека или группы лиц к тому или иному объекту.

Нами была использована метаморфная модель Зальтмана (ZMET) для изучения эмоционального отношения студентов фармацевтического факультета КГМУ к получаемой ими специальности, и как следствие, качества её освоения.

Оригинальная методика Зальтмана включала в себя структурированное интервью с каждым из респондентов на основе выбранных заранее и принесенных исследователями изображений. Такие изображения должны были

отражать основные качества объекта, но не изображать сам объект, на который направленно исследование [1]. Плюсом данной методики является наиболее высокий коэффициент объективизма при выявлении стержневой метафоры объекта, а также самостоятельная работа респондентов по поиску информации. Среди минусов данного подхода можно выделить давление, оказываемое авторитетом исследователя на опрашиваемого, невозможность в короткие сроки охватить максимально возможную выборку, а также сложность в устройении организационных моментов.

Впервые о применении данной методики в изучении образовательного процесса упоминается в статье Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого. Учёными вуза был проведен анализ подсознательного отношения обучающихся к университету, кафедре и специальности. Для этого была проведена первичная адаптация техники ZMET. Модификация заключалась в отсутствии подробного интервьюирования каждого респондента в отдельности. Взамен этому студентам предлагалось принести необходимые изображения (как и в оригинальной версии) с уже придуманным названием картинки и добавленным комментарием к ней, отражающим чувства и видение опрашиваемого по отношению к объекту исследования. Такая процедура позволяет получить меньше информации от отдельного респондента, чем классический метод. Однако данный подход способствует охватить большую выборку в кратчайший срок [1].

Целью исследования является проведение вторичной адаптации модели Зальтмана для изучения качества подготовки провизоров.

Материалы и методы исследования: контент-анализ, логический анализ, сравнительный анализ.

Результаты и обсуждения. Для достижения поставленной цели были использованы современные мультимедийные онлайн-технологии. При создании сайта для проведения онлайн-тестирования респондентов применялись языки программирования PHP, HTML и CSS. В качестве веб-сервера использовался Apache. Разработанный онлайн-тест включает два блока заданий:

1 блок – «Визуализация». При ответе на вопросы данного блока студентам фармацевтического факультета необходимо подобрать и загрузить несколько изображений, которые в наибольшей степени соответствовали бы личным ощущениям, ассоциативному восприятию и пониманию выражения «Моя специальность». При этом в изображениях не должно присутствовать прямого указания на специальность, то есть изображения должны отображать качества, присущие специальности, но не саму специальность. При ответе на тест предполагается самостоятельная работа каждого над поиском соответствующих визуальных образов.

2 блок – «Интерпретация». При работе над данным блоком онлайн-теста респондентам необходимо дать название выбранному изображению, прокомментировать его и описать эмоцию, которая ассоциируется с данным изображением. Для описания эмоции в анкете предлагается перечень выражений-антонимов, описывающих восприятие изучаемого объекта, например, «радость», «разочарование», «восхищение», «безразличие» и т.д.

В соответствии с адаптированной методикой и благодаря интернет-ресурсам респондентам предоставлены широкие возможности для поиска и выбора необходимой информации. Также следует отметить, что в нашей адаптации вследствие абсолютной анонимности полностью отсутствует давление и контроль, за задействованными в опросе респондентами, которые неизбежно возникают в классическом ZMET исследовании и его первичной адаптации, что может вызвать искажение ответов и впоследствии ошибочную интерпретацию полученной информации. Кроме того, с использованием онлайн-технологий стало возможным провести опрос сколь угодно большой выборки респондентов в заданное время.

Выводы. Таким образом, предложенная вторичная адаптация метаморфной модели Зальтмана позволит изучить эмоциональное отношение студентов к специальности «фармация» и определить подсознательные установки к качеству образовательного процесса и технологиям обучения. С учетом выявленных проблем и тенденций это позволит разработать новые методы и концепции повышения качества фармацевтического образования.

Список литературы.

1. Абабкова М.Ю., Леонтьева В.Л. Применение метаморфной модели Дж. Зальтмана (ZMET) для изучения отношения студентов к университету, кафедре и специальности // Маркетинг в России и за рубежом. 2017. № 4. С. 18 – 27.
2. Пси-фактор – интересные материалы по научной и практической психологии, смежным областям. Электрон. журнал Режим доступа к журн.: <https://psyfactor.org/lib/zmet.htm> (дата обращения 16.03.2019).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Азаренкова Т.А.

Курский государственный медицинский университет

**Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии,
кафедра фармацевтической технологии**

**Научные руководители – к.ф.н., доцент Огнещикова Н.Д.,
к.ф.н., ст. преподаватель Курилова О.О.**

Впервые кислота ацетилсалициловая, больше известная под торговым наименованием аспирин, стала применяться много лет назад. До сих пор препараты ацетилсалициловой кислоты занимают значительное место в медикаментозной практике. Они широко применяются в качестве противовоспалительного, жаропонижающего, анальгезирующего средства для купирования осложнений при развитии инфаркта миокарда. Кроме того, ацетилсалициловая кислота является препаратом первой помощи при

стенокардии и входит в список важнейших средств ВОЗ, а также в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств РФ. Однако в последнее время довольно часто встречается информация о выявлении фактов продажи недоброкачественной или фальсифицированной лекарственной продукции. Подтверждения этому факту имеются и для аспирина.

В связи с этим целью исследования является проведение сравнительного анализа качества таблеток кислоты ацетилсалициловой отечественных производителей.

Материалы и методы: в качестве объектов исследования были выбраны таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. № 10, приобретенные в розничной аптечной сети города Курска, следующих производителей:

1. АО «Медисорб», город Пермь. Серия: 21052018
2. ОАО «Татхимфармпрепараты», город Казань. Серия: 1250617
3. ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ», город Хабаровск. Серия: 370618

Анализ проводили в соответствии с требованиями фармакопейных статей предприятий (ФСП) [2,3,4].

Результаты и обсуждения. Предварительно для сравнения таблеток кислоты ацетилсалициловой мы провели анализ нормативной документации и для анализа выбрали следующие показатели качества: «Описание», «Подлинность», «Однородность массы дозированных лекарственных форм», «Распадаемость таблеток и капсул», «Родственные примеси», «Количественное определение», «Упаковка», «Маркировка». Оценку внешнего вида таблеток осуществляли при осмотре невооруженным глазом 20 таблеток. Все образцы представляли собой круглые плоскоцилиндрические таблетки белого цвета, с фаской и риской, без запаха, что соответствует требованиям ОФС 1.4.1.0015.15, на которую ссылаются ФСП трех образцов [1].

Испытание на подлинность проводили с помощью качественной реакции с 3% раствором железа (III) хлоридом для всех трех образцов и снятия ультрафиолетовых спектров поглощения испытуемого раствора и стандартного раствора кислоты ацетилсалициловой для таблеток производства ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ». Все исследуемые образцы по данному показателю соответствуют требованиям ФСП.

Однородность массы дозированных лекарственных форм для каждого производителя определяли взвешиванием 20 таблеток с точностью до 0,001г. Затем массу отдельных таблеток определяли взвешиванием порознь 20 таблеток с точностью до 0,001г [1]. Рассчитывали отклонение в массе каждой таблетки от средней массы и полученные результаты выражали в процентах. Отклонение в массе отдельных таблеток кислоты ацетилсалициловой трех образцов составляет не более $\pm 5\%$ от средней массы.

Определение распадаемости исследуемых образцов проводили согласно ОФС 1.4.2.0013.15 «Распадаемость таблеток и капсул» на лабораторном идентификаторе процесса распадаемости. При анализе выявлено, что образцы соответствуют требованиям НД и время их распадаемости не превышает 15 минут. При этом установлено, что все исследуемые образцы имеют довольно узкий временной интервал механического разрушения. Наименьшее время

распада имеют таблетки ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» – 28,5 секунд; таблетки ОАО «Татхимфармпрепараты» распадаются за 36,5 секунд; наибольшее время распада оказалось у таблеток АО «Медисорб» – 50 секунд.

Обнаружение примеси кислоты салициловой свободной в исследуемых образцах проводили спектрофотометрическим методом в видимой области спектра. В основе метода легла реакция взаимодействия кислоты ацетилсалициловой с железа (III) аммония сульфатом. Оптическая плотность испытуемого раствора образца таблеток АО «Медисорб» не превышала 0,0751, ОАО «Татхимфармпрепараты» - 0,1217, ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ» - 0,1428, что соответствует требованиям НД, так как оптическая плотность испытуемых растворов не более 0,200, что соответствует содержанию салициловой кислоты не более 0,25% от количественного содержания ацетилсалициловой кислоты в препаратах.

Для количественного определения содержания кислоты ацетилсалициловой в таблетках был использован метод алкалометрии, который регламентирует нормативная документация исследуемых производителей. В качестве растворителя был использован этиловый спирт, нейтрализованный по фенолфталеину, титрантом данного метода являлся 0,1 М натрия гидроксид, индикатор – 1% раствор фенолфталеина, количество опытов для каждой серии выбранных производителей составило шесть. Содержание действующего вещества в таблетке рассчитывали по формуле прямого титрования с учетом взятой навески и средней массы одной таблетки. При статистической обработке результатов данных, полученных в процессе эксперимента, было, выявлено, что относительная величина систематической ошибки составляет 0,79% для таблеток производителя ЗАО «Медисорб», 0,12% – ОАО «Татхимфармпрепараты» и 0,2% для таблеток производителя ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ». Отклонение в содержании лекарственных веществ в исследуемых таблетках составляет не более $\pm 5\%$, как и регламентирует ФСП.

По показателям «Упаковка», «Маркировка» все три исследуемых образца выдерживают испытания, регламентируемые требованиями ФСП.

Выводы. Таким образом, таблетки исследуемых производителей отвечают требованиям нормативной документации и являются высококачественной продукцией. Существенных отличий в качестве таблеток кислоты ацетилсалициловой в результате проведенного анализа не выявлено.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. XIII изд. электрон. ресурс. Режим доступа: <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online> (дата обращения 15.03.2019).
2. ФСП Р N002019/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. АО «Медисорб»
3. ФСП Р N001190/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «Татхимфармпрепараты»
4. ФСП Р N001715/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ»

**МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДИКИ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ»
ДЛЯ ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ
ПРОИЗВОДСТВА АО «МЕДИСОРБ»**

Азаренкова Т.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Кафедра фармацевтической технологии
Научные руководители – к.ф.н., доцент Огнещикова Н. Д.,
к.ф.н., ст. преподаватель Курилова О.О.**

Актуальность исследования состоит в том, что ацетилсалициловая кислота – это одно из самых известных и широко применяемых лекарственных средств в мире. Аспирин человечество принимает уже более века. Данный препарат, созданный в лаборатории в 1869 году, используется как жаропонижающее, обезболивающее, противовоспалительное и антиагрегантное средство. В настоящее время на фармацевтическом рынке появляется большое количество дженерических препаратов кислоты ацетилсалициловой, биодоступность которых может отличаться. На каждый из этих препаратов утверждается своя нормативная документация, в которой порой встречаются методики, не позволяющие объективно оценивать биофармацевтическую доступность препаратов. При сравнительном анализе таблеток ацетилсалициловой кислоты отечественных производителей, выбранных в ранее проведенных исследованиях, были выявлены различия в некоторых методиках для определения биодоступности действующего вещества.

Целью исследования является модификация и адаптация теста «Растворение», предусмотренного для определения биофармацевтической доступности для таблеток кислоты ацетилсалициловой производства АО «Медисорб».

В нашей работе мы использовали методы химического и физико-химического анализа лекарственных средств, методы математической статистики, сравнительный анализ.

В качестве объекта исследования были выбраны таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. № 10 производства АО «Медисорб», приобретенные в розничной аптечной сети города Курска.

Тест «Растворение», регламентированный фармакопейной статьей предприятия (ФСП), проводили в соответствии с требованиями ОФС 1.4.2.0014.15 «Растворение для твердых дозированных лекарственных форм» [1,2]. При этом средой растворения являлась вода, объем среды растворения – 500 мл, температура соответствовала 37 °С, скорость вращения корзинки – 100 оборотов в минуту, время растворения – 45 минут, количество исследуемых образцов – 6. Концентрацию действующего вещества, перешедшего в раствор, определяли методом алкалометрического титрования, в качестве рабочего раствора использовали 0,1 М натрия гидроксид, точку эквивалентности устанавливали добавлением 1% фенолфталеина. В результате проведенного нами испытания по рекомендуемой методике, у всех исследуемых образцов

концентрация кислоты ацетилсалициловой составила не более 50%, что не соответствует требованиям нормативной документации (не менее 70% ацетилсалициловой кислоты через 45 минут).

Данное несоответствие по нашему предположению связано с тем, что в вышеописанной методике средой растворения была выбрана вода. Вместе с тем из данных литературы известно, что действующее вещество таблеток мало растворимо в воде, что вероятно повлияло на результат испытания.

Нами был проведен анализ нормативной документации таблеток кислоты ацетилсалициловой других производителей и с учетом рекомендаций ОФС.1.4.2.0014.15 действующая методика была унифицирована и адаптирована [3,4]. В качестве среды растворения использовали ацетатный буферный раствор pH 4,5, объем среды растворения составил 500 мл, скорость вращения корзинки – 100 оборотов в минуту, температура среды растворения – $37,0 \pm 0,5$ °C, время растворения – 45 мин, количество исследуемых образцов – 6. Таблетку помещали непосредственно в сосуд со средой растворения до начала вращения мешалки и проводили растворение в течение указанного времени, отбирали пробу и фильтровали через мембранный фильтр, отбрасывая первые 15 мл фильтрата. 10 мл полученного фильтрата, помещали в мерную колбу вместимостью 100 мл, доводили объем раствора ацетатным буферным раствором pH 4,5 до метки и перемешивали. Концентрацию действующего вещества, перешедшего в раствор, определяли спектрофотометрическим методом, измеряя оптическую плотность испытуемого раствора и стандартного раствора кислоты ацетилсалициловой на фоне раствора сравнения – ацетатного буферного раствора pH 4,5 при длине волны 265 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. Статистическую обработку результатов теста «растворение» кислоты ацетилсалициловой проводили в соответствии с требованиями ОФС 1.1.0013.15. При статистической обработке результатов данных, полученных в процессе эксперимента концентрация кислоты ацетилсалициловой для таблеток АО «Медисорб» составила $75,82\% \pm 2,27\%$

Таким образом, можно сделать вывод о том, что модифицированная и адаптированная методика теста «Растворение» дает возможность точно, объективно и достоверно оценить биофармацевтическую доступность исследуемого препарата.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации [Электронный ресурс] / МЗ РФ. – XIII изд. – Режим доступа: <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online>
2. ФСП Р N002019/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. АО «Медисорб»
3. ФСП Р N001190/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «Татхимфармпрепараты»
4. ФСП Р N001715/01 на таблетки кислоты ацетилсалициловой 0,5 г. ОАО «ДАЛЬХИМФАРМ»

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИОКИСЛИТЕЛЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ АУТООКИСЛЕНИЯ АДРЕНИЛИНА

Барчуков А.В., Олиевская В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей и биоорганической химии

Научные руководители – д.ф.н., профессор Будко Е.В.,

к.х.н., доцент Ямпольский Л.М.

Стабильность препарата – это способность биологически активного вещества сохранять физико-химические свойства и фармакологическую активность в течение определенного срока хранения, предусмотренного нормативно-технической документацией. Основным принцип стабилизации препаратов предусматривает максимальное устранение факторов, способствующих изменению лекарственных веществ.

В фармацевтической практике используют антиоксиданты разных групп. Одна из групп представлена соединениями серы низкой валентности: натрия сульфит, натрия метабисульфит, тиомочевина, унитиол. Это прямые антиоксиданты, сильные восстановители. Применяют в качестве антиоксидантов и другие органические вещества, содержащие альдегидные, спиртовые, фенольные группы, например, парааминофенол, кислоту аскорбиновую и др. [1].

Стабильность лекарственных препаратов имеет особое значение, так как она во многом определяет экономику и рентабельность заводского и аптечного производства. Кроме того, стабильность при хранении является важнейшим условием успеха лечения и главнейшей характеристикой качества лекарственных препаратов. Однако процесс их стабилизации изучен недостаточно. Поэтому в настоящее время проблема стабильности лекарственных форм для инъекций в условиях расширения их ассортимента и увеличения выпуска является крайне актуальной [2].

Целью исследования является изучение возможности применения спектрофотометрической методики аутоокисления адреналина при исследовании влияния антиоксидантов.

Материалы и методы: нами исследован адреналин 0,1% раствор в ампулах компаний «Московский эндокринный завод» и «Солофарм». Использовали метод аутоокисления адреналина в 0,2 М бикарбонатном буфере (рН=10,5) [3]. Для этого в кювету добавляли 2 мл бикарбонатного буфера, 100 мкл адреналина, в качестве контроля служит 2 мл бикарбонатного буфера, перемешивали 20 секунд со скоростью 1000 об/мин (Vibrofix VF1 electronic). Измеряли оптическую плотность растворов на приборе спектрофотометр СФ-2000 (ОКБ Спектр, версия ПО 4.06). Работу проводили в режимах сканирование и кинетика (на длине волны 347 нм). Графические построения проведены в редакторе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Адреналин компании «Московский эндокринный завод» содержит в своём составе антиоксидант натрия метабисульфит, тогда как у компании «Солофарм» его не содержится.

Получили спектры поглощения адреналина без антиокислителя исходный и через 20 минут после помещения в бикарбонатный буфер (рисунок 1).

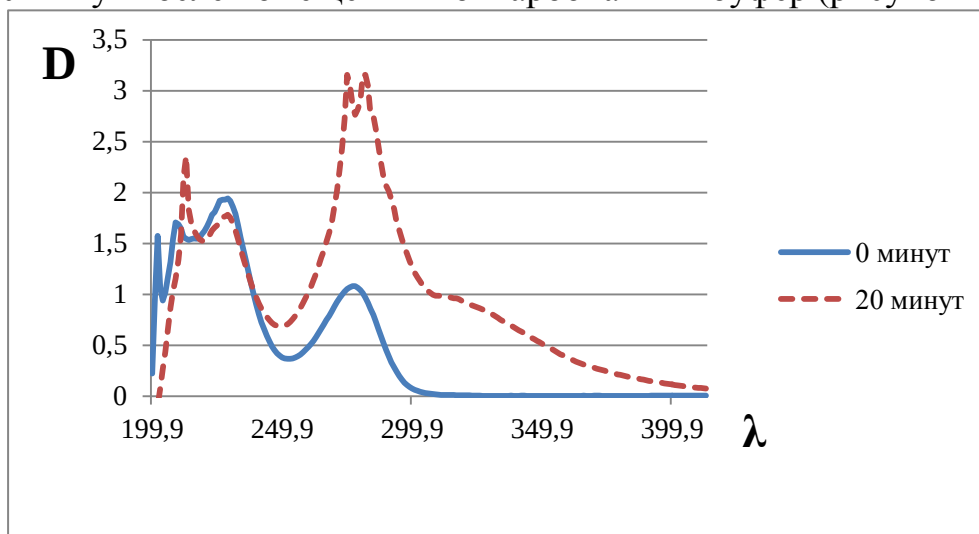


Рисунок 1. Спектры поглощения адреналина с антиокислителем исходный и через 20 минут после помещения в 0,2 М бикарбонатный буфер (pH=10,5)

Поглощающая структура адреналина значительно поменялась, полоса на 275 нм изменила интенсивность от 1,0534 до 3,0685 D. Прирост поглощения на длинах волн от 300 нм до 400 нм показывает образование хиноидной структуры [3].

Спектр адреналина с антиокислителем исходный и через 20 минут после помещения в бикарбонатный буфер представлен на рисунке 2.

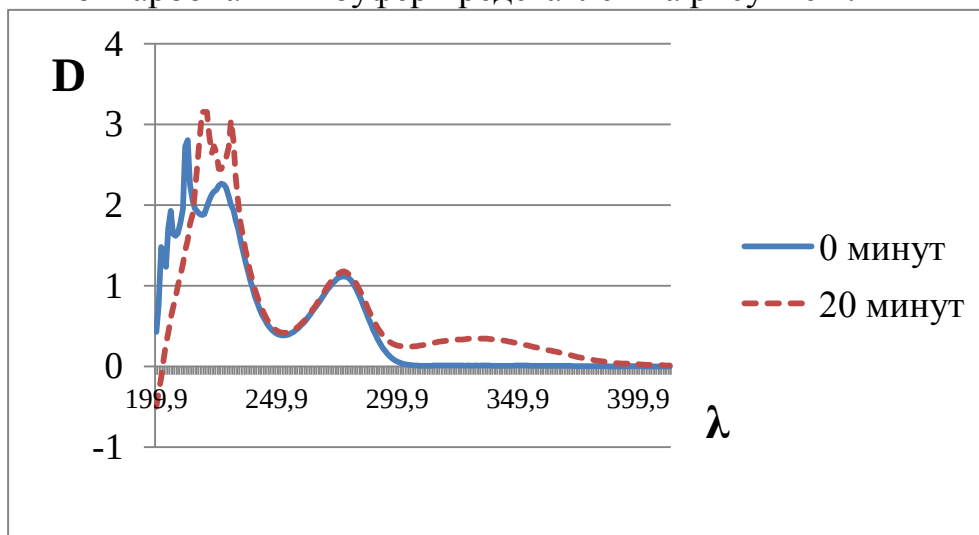


Рисунок 2. Спектры поглощения адреналина с антиокислителем исходный и через 20 минут после помещения в 0,2 М бикарбонатный буфер (pH=10,5)

Структура адреналина практически не поменялась. Начался процесс образования хиноидной структуры (300 нм до 400 нм). Пик на длине волны 275 нм практически не изменился.

Для изучения кинетики процесса методом [3] сканирование растворов проводится на длине волны 347 нм. Построили кинетические кривые окисления адреналина разных компаний. Наличие натрия метабисульфит замедлило процесс окисления адреналина (рисунок 3).

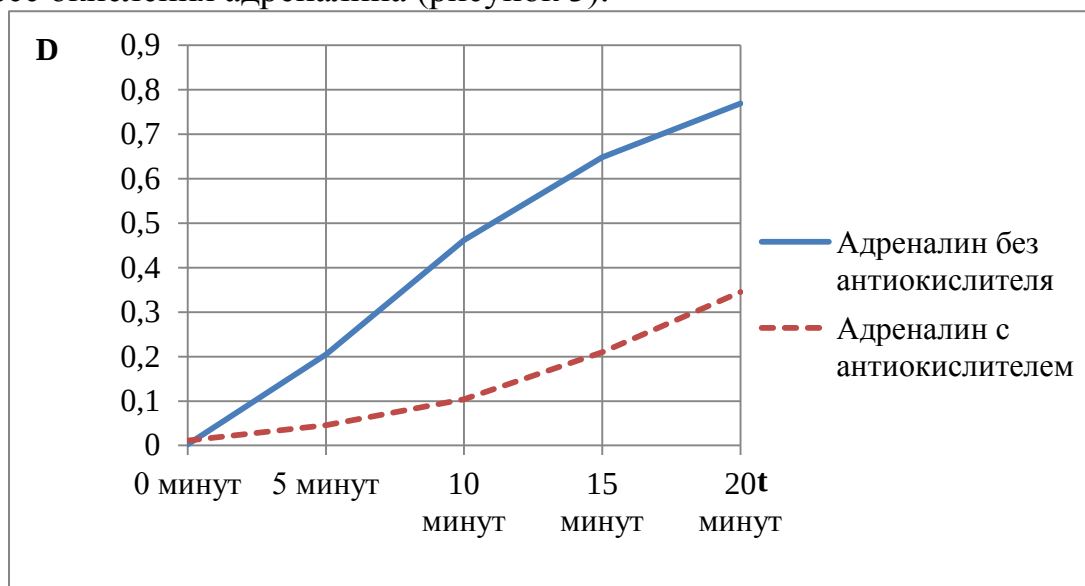


Рис. 3. Кинетика процесса аутоокисления адреналина в 0,2 М бикарбонатном буфере (pH=10,5) при длине волны 347 нм

В течение первых 5 минут адреналин без антиокислителя окисляется быстрее в 4,5 раза. К 20 минуте разница в количестве продуктов окисления снижается до 2,2 раза.

Выводы. Таким образом, натрия метабисульфит в условиях бикарбонатного буфера (pH=10,5) наиболее эффективно работает в первые 10 минут процесса окисления. Затем интенсивность окисления повышается и на 15-20 минутах кривые динамики окисления практически параллельны.

Так как методика основана на интенсивности аутоокисления адреналина, исследование можно проводить с применением других веществ, обладающих антиоксидантной активностью.

Список литературы.

1. Методические рекомендации по освоению дисциплины «Технология получения лекарств»: метод. рекомендации / сост. Д.В. Компанцев, О.В. Мичник, З.Д.Хаджиева и др. // Под ред. Д.В. Компанцев. Пятигорск, 2015. 80 с.
2. Орловецкая Н.Ф. Стабилизация растворов для инъекций: Лекция для студентов. Харьков, 2012. 25 с.
3. Способ определения антиоксидантной активности супероксиддисмутаза и химических соединений / Т.В. Сирота № 2144674 / 20.01.2000 г.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ВЕЩЕСТВ

Барчуков А.В., Ступицкая А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей и биоорганической химии

Научные руководители – д.ф.н., профессор Будко Е.В.,

к.х.н., доцент Ямпольский Л.М.

Антиоксидантами (АО) называют вещества, способные снижать концентрацию окисляющих агентов, например свободных радикалов, сильных окислителей. Для экспрессной оценки антиоксидантной активности (АОА), отражающей содержание восстановителей, наиболее популярными являются методы, основанные на окислительно-восстановительных (ОВ) реакциях свободных радикалов, ионов металлов переменной валентности и др. Для цифровой фиксации эффекта ОВ процесса наиболее часто применяются физико-химические методы – фотометрия, электрохимия. Однако не теряет свой эффективности и химический метод, основанный на ОВ процессах перманганата калия. Далее приведен краткий обзор ОВ процессов и методов оценки АОА.

Химические методы. Окислительно-восстановительно титрование.

Раствор перманганата калия в растворе серной кислоты титруют при комнатной температуре раствором анализируемого антиоксиданта до обесцвечивания. Расчет концентрации антиоксиданта проводят в пересчете на стандарт, например кверцетин [3].

Фотометрические методы.

Колориметрическое определение общей антиокислительной активности основано на определении интенсивности поглощения железотиацанатных комплексов. Исследуемое вещество смешивают с метанолом, раствором линолевой кислоты в 80%-ном этаноле и доводят объем фосфатным буфером. Смесь инкубируют при 40°C и через определенные интервалы времени добавляют раствор FeCl_2 и 30% NH_4CNS и измеряют оптическую плотность при 500 нм [4].

ABTS (2,2'-азино-бис(3-этилбензтиазолин-6-сульфоновая кислота) смешивается с пероксидазой хрена и добавляется к фосфатному буферу. Загружается в ячейки 96-луночной планшеты. Туда же добавляется исследуемое вещество с раствором H_2O_2 в фосфатном буфере. Начинается отсчёт времени до зеленой окраски радикала ABTS^+ . При инкубировании ABTS с пероксидазой и H_2O_2 образуется относительно стабильный катион-радикал ABTS^+ , его максимум поглощения при длине волны 414 нм в спектре электромагнитного излучения. В присутствии антиоксидантов наблюдается период индукции перед появлением окраски. Низкомолекулярные антиоксиданты задерживают образование окраски пропорционально своему количеству [4].

При спектрофотометрическом определении железа восстанавливающей способности антиоксидантов используют органический реагент-индикатор и

Fe^{3+} . Окрашивание раствора происходит благодаря образованию комплекса с восстановленной формой Fe^{2+} [3].

В методике CRAC (Ceric ion Reducting Antioxidant Capacity) может быть использовано восстановление антиоксидантами Ce^{4+} ($\lambda=320$ нм), а в методике CUPRAC (Cupric ion Reducting Antioxidant Capacity) - Cu^{2+} ($\lambda=450$ нм) [3].

Хемилюминесцентный метод.

Метод является одним из множества модификаций методов хемилюминесцентного определения антиокислительной активности. При взаимодействии люминола со свободными радикалами появляется свечение, которое регистрируется приборами. Свободные радикалы в системе генерируются постоянно в результате иницируемого теплом распада 2,2'-азобис-(2-амидинопропан) дигидрохлорида (AAPH). При добавлении аликвоты антиоксиданта наблюдается подавление люминесценции [4].

Флуометрия.

Метод основан на определении антиоксидантной активности веществ по их способности связывать гидроксил-радикалы. В процессе реакции комплексов железа с этилендиаминтетрауксусной кислотой (EDTA) генерируются радикалы из кислорода. Добавление перекиси водорода не требуется. Образованные радикалы взаимодействуют с терефталевой кислотой и образуют флуоресцирующую 2-гидрокситерефталевую кислоту. С этой реакцией может конкурировать реакция связывания гидроксил-радикалов антиоксидантами. Стехиометрия реакции такова, что наблюдается прямая и пропорциональная корреляция в логарифмических координатах между количеством добавленного антиоксиданта и отношением интенсивностей флуоресценции в свободной системе и в присутствии антиоксиданта [4].

Электрохимические методы.

Для определения общей антиокислительной активности в качестве титрантов используются растворы галогенов (хлор, йод, бром). Конечную точку титрования фиксируют амперометрически с двумя поляризованными платиновыми электродами. Количество электричества, затраченное на титрование считается как антиоксидантная ёмкость [3].

Амперометрический метод позволяет непосредственно измерять содержание всех антиоксидантов в пробе. Амперометрическое детектирование заключается в измерении электрического тока в ячейке, возникающего при окислении или восстановлении анализируемого вещества на поверхности рабочего электрода. Таким образом, при применении амперометрического детектирования регистрируется ток электрохимического окисления антиоксиданта, протекающего через ячейку [2].

Метод циклической вольтамперометрии – определение суммарной активности антиоксидантов, где в качестве модельной реакции используют процесс восстановления кислорода на ртутно-пленочном электроде, идущий по механизму, аналогичному многим объектам природного и искусственного происхождения. Применяется для определения антиоксидантных свойств экстрактов растений как результат сочетанного анализа нескольких параметров. Параметр $E_{1/2}$, то есть потенциал полупика, необходим для идентификации

веществ, образующих пики тока при анодной развертке. Величина пика анодного тока или площадь под анодной кривой отражают концентрацию антиоксидантов [3].

Потенциометрия. В качестве модели окислителя используется окисленная форма железа в составе комплекса $K_3 [Fe(CN)_6] / K_4 [Fe(CN)_6]$. Потенциал измеряется после прохождения химической реакции между исследуемыми антиоксидантами и используемым реагентом, и последующей добавки реагента или образца [3].

Кулонометрия. Метод определения основан на окислении сернистой кислоты йодом в серную кислоту в кислой среде. Точка эквивалентности обнаруживается по появлению в ячейке элементарного йода с помощью специальных бипотенциометрических электродов [1].

Список литературы.

1. Определение антиоксидантной активности вин кулонометрическим методом: метод. пособие / А.А. Лапин, Е.В. Горбунова, В.Н. Зеленков, М.К. Герасимов. М.: Издание РАЕН, 2009.- 63 с.
2. Сажина, Н.Н. Определение антиоксидантной активности различных биоантиоксидантов и их смесей амперометрическим методом. Химия растительного сырья. 2016. № 4. С. 71-76.
3. Попова К.Г. Потенциометрическое определение антиоксидантной активности экстрактов растительного сырья с использованием гексацианоферрата калия: маг. дис. Екатеринбург, 2017. 61 с.
4. Экспресс-методы оценки антиокислительной и антирадикальной активности органических субстратов: метод. пособие / Ф.Н. Бидарова, Т.О. Хубаева, М.Т. Кисиева и др. // Под ред. Ф.Н. Бидарова. Владикавказ, 2014. 33 с.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА РОМАШКИ

Богачева Е.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической технологии, кафедра фармацевтической,
токсикологической и аналитической химии**

**Научные руководители – к.ф.н., ст. преподаватель Курилова О.О.,
д.ф.н., профессор Шорманов В.К.**

Несмотря на бурный расцвет химии, появление новых высокоэффективных лекарств, в последнее время наблюдается возврат к препаратам из лекарственного растительного сырья, и, как следствие, прослеживается устойчивая тенденция к увеличению потребительского спроса на данную группу лекарственных препаратов. Одной из разновидностей фитопрепаратов являются растительные экстракты. В наше время их использование не потеряло актуальности. В настоящий момент разработаны

технологии получения масляных, водных экстрактов, экстрактов на различных органических растворителях [1,4,5].

Масляные экстракты содержат практически все целебные свойства растений в концентрированном виде, что усиливает их эффект. В связи с этим, разработка технологий новых масляных экстрактов на основе природного сырья является актуальной задачей и позволит расширить ассортимент лекарственных и лечебно-косметических препаратов на их основе.

Целью исследования является разработка технологии получения масляного экстракта ромашки аптечной.

Ромашка – одно из самых доступных растений, которое можно использовать в косметологии. При этом ее можно смело назвать чудодейственным эликсиром красоты, молодости и здоровья. Препараты на основе ромашки прекрасно подходят для ухода за кожей любого типа, они незаменимы при уходе, как за детской, так и за увядающей кожей.

Экстракт ромашки оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, смягчающее, обезболивающее, увлажняющее, регенерирующее, успокаивающее и ранозаживляющее действие. Ромашка входит в состав косметических средств по уходу за чувствительной и проблемной кожей лица.

Масляные экстракты – это извлечения из лекарственного растительного сырья, приготовленные с использованием растительных масел в качестве экстрагентов. Для получения масляного экстракта ромашки нами были использованы методы холодной и горячей мацерации.

Материалы и методы: согласно данным литературы масляные экстракты получают в соотношении 1:1, 1:2, 1:5, 1:10. Мы готовили извлечения в соотношении 1:5 и 1:10. Точные навески измельченных цветков ромашки помещали в мацерационные баки и заливали маслом подсолнечным. Процесс экстрагирования в методе холодного настаивания проводили в течение 14 дней при комнатной температуре. Экстрагирование в методе горячей мацерации проводилось при нагревании на водяной бане в течение 2 часов при постоянном перемешивании. Затем полученные извлечения в обоих случаях были отделены от остатков растительного сырья методом фильтрации через многослойные марлевые фильтры.

Результаты и обсуждения. Проведенный органолептический анализ показал, что полученные экстракты представляют собой вязкие жидкости желтоватого цвета с легким запахом. Масла, полученные методом горячей мацерации, имеют более насыщенный цвет.

Измерение, проводимое на рефрактометре, показало, что масла в разном соотношении и полученные разными методами имеют одинаковые показатели преломления. Следует отметить, что содержание каротиноидов в масле не влияет на значение показателя преломления.

Масла, полученные горячей и холодной мацерацией в соотношении 1:5 и 1:10 подвергли спектрофотометрическому анализу на содержание суммы каротиноидов, измеряя оптическую плотность. Для этой цели использовали спектрофотометр СФ-2000 и кварцевые кюветы с толщиной слоя 1 см.

Как правило, каротиноиды идентифицируют по положениям максимумов светопоглощения, которые варьируют в зависимости от длины полиенового фрагмента, наличия в структуре циклических концевых групп, стерических эффектов, природы используемого растворителя и др. Полиеновая структура каротиноидов обуславливает интенсивное поглощение электромагнитного излучения в интервале от 400 до 500 нм, что соответствует окраске, присущей этим соединениям, желтой, оранжевой, красной или их сочетанию.

В литературе имеются методики спектрофотометрического определения суммы каротиноидов [2,3], но с учетом имеющегося оборудования и реактивов в данном опыте методика была модифицирована. Для приготовления анализируемых растворов 0,8 мл масла ромашки, полученного разными методами и с разными соотношениями сырья и экстрагента, помещали в колбу на 10 мл, приливали 6-7 мл ацетона, хорошо взбалтывали и доводили растворителем до метки (раствор А). 2,5 мл раствора А вносили в колбу на 10 мл, прибавляли 4-5 мл растворителя, хорошо перемешивали и доводили объем до метки (раствор В).

По такой же методике готовили раствор сравнения, используя для приготовления раствора А чистое подсолнечное масло.

Помещали раствор сравнения и анализируемый раствор (раствор В) в кюветы и проводили спектрофотометрирование в видимой области. Результаты свидетельствуют, что каротиноиды, в большинстве случаев, характеризуются наличием трех максимумов поглощения. На основании значений оптической плотности, полученных в этих трех максимумах, видно, что соотношение сырья и экстрагента 1:5 является более оптимальным, чем соотношение 1:10.

Показатели значения оптической плотности при тех же длинах волн выше в маслах, полученных методом горячей мацерации, что говорит об увеличении выхода каротиноидов при нагревании.

Выводы. Таким образом, установлено, что для получения масляного экстракта ромашки оптимальным является соотношение сырья и экстрагента 1:5 и метод горячего настаивания.

Список литературы.

1. Евсеева С.Б., Сысуев Б.Б. Экстракты растительного сырья как компоненты косметических и наружных лекарственных средств: ассортимент продукции, особенности получения (обзор) // Фармация и фармакология. 2016. № 3 (16). С. 4-37.
2. Курегян А.Г. Спектрофотометрия в анализе каротиноидов // Фундаментальные исследования. 2015. Т. 23., № 2. С. 5166-5172.
3. Рыбакова О.В., Сафонова Е.Ф., Сливкин А.И. Определение спектральных характеристик спиртовых растворов растительных масел и масляных экстрактов методом УФ-спектрофотометрии // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. 2007. № 2. С. 171-173.
4. Чахирова А.А. Технологические исследования по разработке масляного экстракта из плодов рябины обыкновенной, травы сушеницы

топяной, травы зверобоя и перспективы его использования // Здоровье и образование в XXI веке. 2010. Т. 12., № 4. С. 439.

5. Чернова Л.А. Получение масляного экстракта каротиноидов из микроводоросли *Dunaliella salina* teod // Бюллетень Государственного Никитского ботанического сада. 2013. № 108. С. 63-69.

АНАЛИЗ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ФЛОРЫ СЕМЕЙСТВА ЗЛАКОВЫЕ, ВНЕСЕННЫХ В КРАСНУЮ КНИГУ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Богословских Д.Д.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – д.ф.н., профессор кафедры И.Л. Дроздова

Охрана природы в современном мире представляет собой комплекс мер, направленных на сохранение, использование и восстановление природных ресурсов Земли, в том числе видового разнообразия флоры. Современное экологическое состояние окружающей среды приводит к постоянному сокращению численности многих видов растений, что может стать причиной их исчезновения при отсутствии специальных мер охраны [1]. Одной из таких мер является создание так называемых Красных книг России и субъектов Российской Федерации, в которые заносятся редкие и исчезающие виды. Это особенно важно, т.к. многие виды растений имеют важное хозяйственное значение, в т.ч. являются источниками биологически активных веществ и используются в медицине для получения лекарственных препаратов. Анализ литературных данных показывает, что даже среди широко распространенных семейств есть редкие и исчезающие виды, которые нуждаются в природоохранных мероприятиях.

Одним из широко распространенных семейств мировой флоры является семейство злаковые или мятликовые (Gramineae или Poaceae). Данное семейство относится к классу однодольных растений, насчитывает около 11000 видов, принадлежащих к 900 родам. Злаки произрастают по всему земному шару, однако, наибольшее число – это представители лугов и степей. Жизненные формы – преимущественно многолетние и однолетние травянистые растения [3]. Злаки имеют очень важное хозяйственное значение в питании человека; их повсеместно культивируют для получения муки и, соответственно, хлеба, а также крупы и сахара. Это связано с наличием в плодах (зерновках) трех основных компонентов пищи человека: белков, жиров и углеводов. К таким растениям относятся: рис, пшеница, рожь, кукуруза, ячмень, овес, просо, сахарный тростник. Злаки также являются ценными кормовыми растениями для животных, например: пырей, овсяница, мятлик, тимофеевка, лисохвост и другие.

Кроме того, представители злаков содержат биологически активные вещества (БАВ), поэтому издавна и широко используются в научной и

народной медицине для профилактики и лечения различных нозологий. Например, столбики с рыльцами кукурузы применяются как желчегонное средство. В фармацевтической промышленности важную роль при производстве различных лекарственных форм играет крахмал, полученный из кукурузы, риса и пшеницы.

Однако, несмотря на широкое распространение представителей данного семейства и широкое их использование, есть растения, которые ограниченно распространены, требуют мер охраны и поэтому были внесены в Красную книгу.

Целью исследования является анализ данных литературы о представителях семейства Poaceae, включенных в Красную книгу Курской области.

Материалы и методы: объектом исследования служили растения семейства злаковые флоры Курской области.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ литературных источников позволил установить, что в Курской области встречается 121 вид дикорастущих и культивируемых представителей семейства злаковые, имеющие различное распространение по районам области [4].

Установлено, что 9 видов (что составляет 7,4% от всего количества растений семейства злаки флоры области) занесены в Красную книгу Курской области [2]. На основании проведенного анализа было установлено, что среди злаков нет видов, относящихся к 0 категории (исчезнувшее с территории области). К 1 категории (находящиеся под угрозой исчезновения) относятся 3 вида рода ковыль (опушеннолистный, украинский и Залесского). Ко 2 категории (виды с сокращающейся численностью) относят 4 представителя (овсец пустынный, тонконог Талиева, ковыль днепровский, ковыль красивейший). Статус «редкий вид» (3 категория редкости) имеют 2 вида ковыля – перистый и узколистный (таблица 1).

Таблица 1. Виды семейства злаковые, внесенные в Красную книгу Курской области

/п	Русское название растения	Латинское название растения
1 категория (виды, находящиеся под угрозой исчезновения)		
1	Ковыль опушеннолистный	<i>Stipa dasyphylla</i> (Lindem.) Trautv.
2	Ковыль украинский	<i>Stipa ucrainica</i> P. Smirnov
3	Ковыль Залесского (К. красноватый)	<i>Stipa zaleskii</i> Wilensky s. l. (incl. <i>S. rubens</i> P. Smirnov)
2 категория (виды с сокращающейся численностью)		
4	Овсец пустынный	<i>Helictotrichon desertorum</i> (L.) Rich.
5	Тонконог (Келерия) Талиева	<i>Koeleria talievii</i> Lavrenko s. l.
6	Ковыль днепровский	<i>Stipa borystenica</i> Klok. ex Prokud.
7	Ковыль красивейший	<i>Stipa pulcherrima</i> C. Koch
3 категория (редкие виды)		
8	Ковыль перистый	<i>Stipa pennata</i> L.
9	Ковыль узколистный (К. тирса)	<i>Stipa tirsia</i> Stev.

Таким образом, редкие и исчезающие представители семейства Роасеае распределились следующим образом: к 1 категории редкости относится 3 вида (33,3% от общего числа видов из Красной книги Курской области), ко 2 категории – 4 вида (44,5%) и к 3 категории – 2 вида (22,2%).

Особенностью является то, что 7 из 9 краснокнижных видов (т.е. 77,8%) являются представителями рода ковыль (*Stipa*), которые имеют наиболее важное значение в формировании степной растительности Центрально-Черноземного государственного природного биосферного заповедника имени профессора В.В. Алехина, расположенного на территории Курской области [5].

Выводы. Таким образом, анализ литературных данных показал, что на территории Курской области злаки являются широко распространенными растениями. Однако среди них имеются виды, которые находятся под угрозой исчезновения, виды с сокращающейся численностью и редкие. Все вышеперечисленные растения нуждаются в соблюдении природоохранных мероприятий и рациональном природопользовании.

Список литературы.

1. Дроздова И.Л., Зубкова И.В., Гордиенко Л.А. Экологическое образование на фармацевтическом факультете Курского государственного медицинского университета // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2014. № 5. С. 61-63.
2. Красная книга Курской области: редкие и исчезающие виды животных, растений и грибов / Департамент эколог. безопасности и природопользования Курск. обл. Калининград, Курск: ИД РОСТ-ДООАФК, 2017. 380 с.
3. Маевский П.Ф. Флора средней полосы Европейской части России. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2006. 600 с.
4. Полуянов А.В., Прудников Н.А. Сосудистые растения Курской области. Курск: КГУ, 2005. 80 с.
5. Центрально-Черноземный государственный природный биосферный заповедник имени профессора В.В. Алехина / Минприроды России, Центрально-Черноземный государственный природный биосферный заповедник им. проф. В.В. Алехина; [под общей ред. А.А. Власова, О.В. Рыжкова, Н.И. Золотухина]. Курск: Мечта, 2016. 320 с.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Гандзюк А.В., Сугак Г.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – д.м.н., профессор Овод А.И.

Актуальность исследования состоит в совершенствовании и оптимизации лекарственной терапии псориаза в связи с увеличением роста и инвалидизации больных с данной патологией.

Целью исследования является анализ рынка лекарственных средств, назначаемых больным псориазом.

Материалы и методы: перечень ЖНВЛП [1], Государственный реестр лекарственных средств [3], Федеральные клинические рекомендации [2], перечень ВОЗ основных ЛС [4], ассортимент лекарственных средств для лечения псориаза, логический, системно-аналитический, структурный, группировки, метод маркетингового анализа.

Результаты и обсуждения. По данным Государственного реестра лекарственных средств на 01 декабря 2018 года общий ассортимент лекарственных препаратов, используемых для лечения больных псориазом, на отечественном рынке составлял 84 международных непатентованных наименований (МНН), представленных в виде 276 торговых названий лекарственных средств (ЛС) и 1012 предложений лекарственных препаратов (ЛП). Все ЛП были разделены в зависимости от типа лечения: основная или сопутствующая терапия, а также систематизированы в соответствии с АТС-классификацией в двенадцать групп: А, В, С, D, H, J, L, M, N, P, R и V.

Установлено, что доминирующая доля ассортимента лекарственных препаратов по количеству ТН и количеству ЛП приходится на группу С – препараты для лечения сердечно-сосудистой системы (таблица 1). Преобладание подгруппы C09 – средства, действующие на ренин-ангиотензиновую систему (15,94% ТН и 24,25% ЛП) объясняется наличием данных препаратов в стандартах лечения сердечно-сосудистых заболеваний (у больных псориазом отмечается высокая частота атеросклероза, следствием которого являются другие сердечно-сосудистые осложнения).

Большое количество ТН и количество ЛП приходится на группы: А – препараты для лечения пищеварительной системы и обмена веществ, R – препараты для лечения дыхательной системы, D – дерматологические препараты (таблица 1).

По составу действующих веществ ассортимент ЛП на 95,85% представлен монокомпонентными препаратами. Основная доля приходится на группу С АТС-классификации (43,40%). Также данные препараты преобладают в группах: J – противомикробные препараты системного действия (9,48%), А – пищеварительный тракт и обмен веществ (9,28%), D – дерматологические препараты (9,28%). Преимущественно комбинированные ЛП формируют

номенклатуры групп: В – кровь и система кроветворения (30,95%), D – дерматологические препараты (30,95%).

Установлено, что из 84 МНН, исследуемого ассортимента лекарственных препаратов, назначаемых пациентам с псориазом, 68 представлены в нормативных перечнях. Наибольшее количество МНН (41) ассортимента входит в Перечень ЖНВЛП на 2018 год. Некоторые МНН (B03BB – Фолиевая кислота, H02AB – Дексаметазон, L01BA – Метотрексат, R06AX – Лоратадин) присутствуют во всех перечнях.

Превалирующее количество ЛП российских производителей наблюдается в группах: С – сердечно-сосудистая система – 270 ЛП, D – дерматологические препараты – 91 ЛП, А – пищеварительный тракт и обмен веществ – 70 ЛП, В – кровь и система кроветворения – 69 ЛП.

Таблица 1. Анализ ассортимента по основным показателям.

Наименование ФГ	МНН		ТН		ЛП	
	абс.	доля, %	абс.	доля, %	абс.	доля, %
А – пищеварительный тракт и обмен веществ	15	17,86	35	12,68	97	9,58
С – сердечно-сосудистая система	19	22,62	99	35,87	430	42,49
D – дерматологические препараты	17	20,24	30	10,87	103	10,18
R – дыхательная система	7	8,33	31	11,23	76	7,51
Другие (B, H, J, L, M, N, P, V)	26	30,95	81	29,35	306	30,25
Итого	84	100,00	276	100,00	1012	100,00

В группе D – дерматологические препараты, на долю отечественных ЛП приходится 88,3%, а в группе В – препараты для лечения крови и системы кроветворения – 79,3%. В зависимости от вида лекарственных форм ЛП, используемые в лекарственной терапии при псориазе, преимущественно предлагаются в виде таблеток (58,1%).

Выводы. Таким образом, проведенный маркетинговый анализ показал, что ассортимент лекарственных препаратов для лечения псориаза, характеризуется разноплановостью – 12 групп по АТС-классификации, в связи с отсутствием стандартов лечения. На сегодняшний день в изучаемом ассортименте преобладают препараты отечественных производителей. Импортотависимостъ наблюдается по группе L АТС-классификации. В основном лекарственная терапия симптоматична, что видно из разнообразия исследуемых ЛП.

Список литературы.

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.11.2017 № 2323-р «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год».
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции передаваемые половым путем. 5-изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 786 с.
3. Государственный реестр лекарственных средств. Режим доступа: URL:<https://grls.rosminzdrav.ru/default.aspx> (дата обращения 1.03.2019).
4. Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств. Режим доступа: URL:<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/ru/> (дата обращения 18.03.2019).

МАГНИЙ-СОДЕРЖАЩИЙ ПРЕПАРАТ, ЕГО БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ХИМИЧЕСКАЯ КОМПОНЕНТНОСТЬ

Зайцев А.И., Барчуков А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей и биоорганической химии

Научные руководители – д.ф.н., профессор Будко Е.В.,

к.х.н., доцент Ямпольский Л.М.

В 1618 г. Генри Уикер обнаружил на пастбище в Эпсоме (Англия) заполненную водой ямку, которую животные отказывались пить, несмотря на засуху. Местное население применяло эту воду наружно и внутрь с лечебными целями. Позднее Каспар Неуманн заявил, что приготовил искусственную эпсомскую соль. С тех пор интерес к магниевым солям не ослабевает. Накапливается клиническая и биохимическая информация, и, что главное, понимание взаимосвязи между ними.

Среди катионов, присутствующих в организме человека, ион магния (Mg^{2+}) находится на четвертом месте по распространенности (после натрия, калия и кальция). Он является облигатным кофактором более 325 ферментных систем [2]. Его способность уменьшать разобщение внутриклеточного «дыхания» и окислительного фосфорилирования в митохондриях и уменьшать потребность клетки в кислороде отражается на снижении непроизводительных потерь энергии в виде тепла, увеличивается КПД энергетического метаболизма - синтеза АТФ в цикле Кребса. Магний также принимает участие в обеспечении антиоксидантной защиты нейронов и глиальных элементов (в составе К-Mg-L-аспарагината), повышая активность глутатионсинтетазы (в роли кофактора), осуществляющей перевод гамма-глутамилцистеина в глутатион.

Магний необходим для адгезии и миграции клеток. Он важен для нормальной активности клеточных мембран, способствуя всасыванию фосфора, калия, витаминов группы В, С, Е. В головном мозге ионы магния вместе с цинком и медью участвуют в формировании пространственной конфигурации и

внутримолекулярной стабилизации. Магний является стабилизатором процессов митоза и мейоза, что является залогом формирования генетически здорового эмбриона. Он участвует в транскрипции ДНК, стабильности РНК, белкового синтеза. Магний выполняет в организме функции естественного антагониста кальция. Ионы магния совместно с НАДФ и кислородом участвуют в метаболизме витамина D, что влияет на репарацию костной ткани и ее ремоделирование [1].

Основную роль в обеспечении организма человека магнием играют продукты питания и вода. Магний входит в состав хлорофилла. Наиболее богаты магнием хлеб из цельного зерна (122 мг на 100 г продукта), отруби (350), орехи (100-200), гречневая крупа (150), гречишный мед (250), овсянка (130), соя (370), фасоль (230). Больше всего магния в какао – 440 мг на 100 г продукта. Однако в отдельных группах населения частота встречаемости дефицита магния достигает 46%

В связи с тем, что 75% магния в организме человека находится в виде катионов для профилактики и лечения дефицита магния используют его соли: неорганических (I поколение) и органических кислот (лактат, цитрат, пидолат, оротат, аспаргинат – II поколение). III поколение препаратов комплексы с биологическими лигандами экзогенного происхождения природного и растительного, животного происхождения: лактат магния в комплексе с пиридоксином, аминокислотами. Разработаны препараты IV поколения – комплексы с экзOLIгандами, полными аналогами эндогенных лигандов, комплексы с нейропептидами, аминокислотами, ферментами, полисахаридами, липидами: Mg-креатининкиназа.

Материалы и методы. Нами проведено исследование Магне В6 (компания Sanofi aventis), который является препаратом 3-го поколения и представляет собой комплекс органической соли магния с пиридоксином. Метод исследования спектрофотометрия в УФ-области (190 - 400 нм). Прибор СФ 2000. В качестве рабочих растворов использовали воду бидистиллированную, препараты пиридоксина (производство «Дальхимфарм» и «Борисовский завод медицинских препаратов»), растворы магния сульфата.

Для сравнения препарата Магне В6, в котором содержится пиридоксин, с препаратом пиридоксина в кювету вводили раствор пиридоксина 10 мкл, Магне В6 50 мкл (пересчет на концентрацию пиридоксина в препарате), 2 мл воды в каждую кювету. В качестве контрольного раствора использовали воду. Для дифференциального исследования в качестве контрольного раствора использовали раствор пиридоксина 10 мкл. Графические построения проведены в редакторе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В результате исследования нами выявлены соответствия для характеристичных частот пиридоксина и солей магния в монокомпонентных растворах, соответствие препаратов пиридоксина требованиям стандартов по структуре и концентрации. При сравнении пиридоксина разных производителей, оказалось, что разница в оптической плотности отсутствует. При применении пиридоксина в качестве контроля

(дифференциальная фотометрия) спектр поглощения Магне В6 практически не изменяется.

Сравнение спектральных характеристик Магне В6 и пиридоксина при соответствующих концентрациях пиридоксина в обоих растворах показало более низкое поглощение на характерных для пиридоксина частотах (рисунок 1.А). Сближение значений оптических плотностей на спектрах добились увеличением количества Магне В6 с 50 до 350 мкл в пробе (рисунок 1.Б).

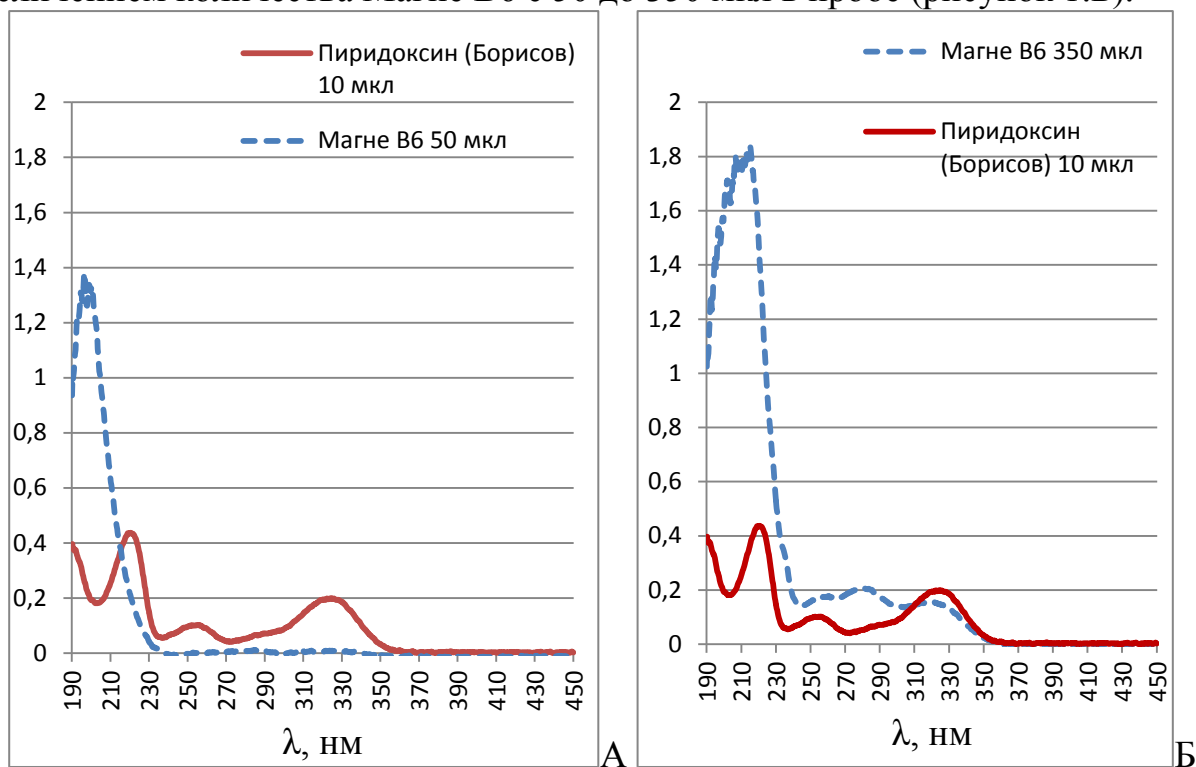


Рисунок 1. Спектральные характеристики Магне В6 и пиридоксина при соответствующих концентрациях пиридоксина в обоих растворах (А), и при увеличении количества Магне В6 с 50 до 350 мкл в пробе (Б)

Сравнение спектров Магне В6 и пиридоксина, полученных в условиях близкой интенсивности поглощения не позволяет судить об изменении структуры пиридоксина на участке 275-290 нм, так как отсутствовали стандарты органических солей магния. Классический комплекс возможен только между магнием и пиридоксалем, присутствие которого в препарате не предполагается.

Выводы. Таким образом, сравнительный спектрофотометрический анализ лекарственного препарата Магне В6 и растворов пиридоксина показал уменьшение оптической плотности полос, характерных для пиридоксина в Магне В6. Комплекс органической соли магния с пиридоксином можно расценить как ионный ассоциат.

Список литературы.

1. Терапия магнезиуморотатом. Таблетки Магнерот. Научный обзор. М.: Медпрактика, 2001. С. 31.
2. Swaminathan R. Magnesium Metabolism and its Disorders. // Clin Biochem Rev 2003; 24 (2):47–66.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ЛИНИМЕНТА ДИОКСИДИНА С КОЛЛАГЕНОМ

Исаева Е.Н.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Научные руководители – д.ф.н., профессор Шорманов В.К.,
д.ф.н., профессор Новикова Л.С.**

В настоящее время в медицине применяются как ранозаживляющее средство мягкие лекарственные формы на основе диоксидина: «Имибакт®», «Диоксиколь» и др. В качестве основообразующих в этих мазях используют синтетические и высокомолекулярные соединения [3].

Во избежание множества побочных эффектов целесообразно использовать в качестве вспомогательных веществ природные соединения, например, белок соединительной ткани млекопитающих коллаген. В отличие от синтетических полимеров, он обладает высоким сродством к организму, слабой антигенной активностью, большой сорбционной способностью, а также отсутствием токсических и канцерогенных эффектов. Кроме того, коллаген повышает биодоступность лекарственных веществ в препарате, стимулирует процессы регенерации поврежденных тканей, т.е. позволит усилить фармакологический эффект предлагаемой лекарственной формы [1, 5].

Расширение ассортимента вспомогательных веществ и оптимальный их подбор сопровождаются повышением биологической доступности лекарственных веществ и, следовательно, терапевтической эффективности при минимуме побочных эффектов, что является актуальными проблемами в фармацевтической технологии.

Целью исследования является разработка состава, технологии и анализа линимента диоксидина на коллагене.

Для разработки технологии линимента с диоксидином на коллагене объектами исследований служили: диоксидин (ФС.2.1.0015.15), коллаген (ВФС 42-1468-84). В качестве вспомогательных веществ использовали: воду очищенную (ФС.2.2.0020.15), глицерин (ГОСТ 6259-75), нипагин (ВФС-42-1460-80). Препаратами сравнения являлись мазь с диоксидином 5% и раствор диоксидина 1% [4, 6].

Материалы и методы: применяли в зависимости от изучаемых соединений, особенностей технологии, необходимой точности методов анализа для получения препарата с заданными свойствами.

Учитывая, что линименты с коллагеном при хранении могут образовывать на поверхности пленки, для предотвращения высыхания разрабатываемого средства и улучшения его пластичности в состав вводили глицерин [2].

В процессе разработки оптимального состава препарата изучили совместимость лекарственных и вспомогательных веществ: диоксидина, глицерина и коллагена в различных соотношениях (таблица 1). Для этого

готовили по три серии модельных образцов линиментов с содержанием глицерина и без него.

Таблица 1. Составы исследуемых линиментов (n = 3)

п/п	Наименование компонента	Количество компонента, г			
		№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
1	Диоксидин	1,0	5,0	1,0	5,0
2	Глицерин	1,0	1,0	2,0	2,0
3	Геля коллагена	60,0	60,0	60,0	60,0
4	Воды очищенной до	100,0	100,0	100,0	100,0

Всего для исследований готовили 12 модельных образцов линиментов, хранили при температурах $(4,0 \pm 1,0)^\circ\text{C}$ и $(20,0 \pm 2,0)^\circ\text{C}$ в течение шести месяцев и анализировали по следующим показателям: внешний вид, подлинность, содержание диоксидина и коллагена.

В течение первых двух недель хранения в исследуемых образцах, не содержащих глицерин, на поверхности образовывалась тонкая пленка. К концу месяца хранения происходило полное их высыхание. В образцах, где содержание глицерина составляло 1 и 2% внешних изменений не происходило. Таким образом, по нашим наблюдениям можно сделать заключение, что в состав разрабатываемого линимента необходимо вводить глицерин.

Подлинность лекарственных веществ в линименте подтверждали качественными реакциями и восходящей хроматографией в тонком слое сорбента. Качественный анализ диоксидина подтверждали реакцией образования натриевой соли по N-оксидной группе с раствором натрия гидроксида 1М, в результате которой образовывалось красное окрашивание. Для обнаружения N-окси группы также проводили реакцию с диметилформамидом, раствором кислоты хлористоводородной 24%, цинковой пылью и меди (II) сульфатом – наблюдали оранжево – красное окрашивание [4].

Подлинность коллагена определяли с помощью реакции образования окрашенного в фиолетовый цвет соединения, получаемого при взаимодействии с растворами 2,3,5,6-тетрахлорбензопарахинона в ацетоне и 1,4-диоксана [1, 7].

Для определения оптимального содержания глицерина в линименте проводили изучение высвобождения диоксидина из линиментов с различным содержанием глицерина. Исследования проводили методом равновесного диализа через целлофановую полупроницаемую мембрану (ГОСТ 7730-74). Препаратом сравнения использовали мазь с диоксидином 5% промышленного производства.

Полученные результаты исследований показали, что высвобождение диоксидина из опытных образцов линиментов в течение первых двух часов проходит, независимо от количества содержания глицерина и составляет для линиментов с содержанием глицерина 1% - 38%, а 2% – 32%. Последующие два часа высвобождения диоксидина из линиментов характеризуются более быстрым переходом диоксидина из лекарственной формы в диализат. Через

четыре часа от начала опыта наступает максимум выхода диоксидина (80 - 82%) для линиментов с содержанием глицерина 1%. После этого снижается скорость высвобождения диоксидина. С учетом содержания глицерина следует отметить, чем выше концентрация глицерина в линименте, тем медленнее идет высвобождение диоксидина, то есть наиболее оптимальной концентрацией глицерина для разрабатываемой лекарственной формы следует считать концентрацию 1%.

Выводы. Таким образом, на основании проведенных исследований была показана совместимость коллагена с диоксидином, что подтверждено качественными реакциями и проведением хроматографии в тонком слое сорбента. Разработаны оптимальный состав и технология получения линимента диоксидина с коллагеном. Изучена кинетика высвобождения диоксидина из опытных образцов лекарственной формы, с помощью которой установлена концентрация вспомогательных веществ в линименте.

Список литературы.

1. А.С. 2076718 РФ, МПК 6А61К35/36, 35/32. Способ получения коллагена / Г.В. Беляева, Л.С. Новикова; Курский государственный медицинский институт. № 2076718; Заявл. 09.04.93; Оpubл. 10.04.97, Бюл. № 10. – 6 с.
2. Беляева, Г.В. Разработка технологии коллагена и линимента стрептоцида на его основе: дис... канд. фармацевт. Наук. КГМУ. Курск, 2000. 142с.
3. Государственный реестр лекарственных средств, 2018. Режим доступа: <http://www.grls.rosminzdrav.ru> (дата обращения 16.03.2019).
4. Государственная фармакопея XIII издания, 2015. Режим доступа: <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online/> (дата обращения 16.03.2019).
5. Коллаген в фармацевтической технологии и практической медицине / Л.С. Новикова, В.К. Шорманов, Г.В. Беляева, М.В. Полонская. Курск: КГМУ, 2016. 250 с.
6. Коллаген сухой (фармацевтический) ВФС 42-1468-84. С 01 21/78. 6 с.
7. Способ определения коллагена / Шорманов В.К., Новикова Л.С., Полонская М.В. и др. (Курск, гос. мед. ун-т) - № 2169915; // Бюл. Изобретений. – 2001. - № 18. - 8 с.

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СТЕБЛЯ И ЛИСТА ВЕТРЕНИЦЫ ЛЕСНОЙ

Кадырова Д.С., Шашкова М.В

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – к.ф.н., ст.преподаватель Жуков И.М.

В научной медицине России используется достаточно много видов лекарственных растений. Однако, число видов, применяемых в народной (традиционной) и научной медицине стран СНГ составляет более 3000. Следовательно, необходимо изучать новые растения, а также виды, которые могут явиться заменителями известных лекарственных растений, сырьевая база которых сокращается под влиянием антропогенной нагрузки на окружающую среду.

Актуальны вопросы стандартизации лекарственного растительного сырья и разработки лекарственных средств из таких растений, тем более, что существует тенденция к увеличению использования населением различных стран (в том числе и России) лекарственных средств растительного происхождения.

Среди видов рода ветреница (*Anemone L.*) в научной медицине ветреница лесная не используется. Применяется в народной медицине наружно при кожных заболеваниях, кожном зуде, заболеваниях суставов как отвлекающее средство, а также внутрь в виде настоя при болях в желудке, при головной и зубной боли, как мочегонное средство, а также при простудных заболеваниях верхних дыхательных путей как потогонное, противовоспалительное и антисептическое средство.

Ветреница лесная – многолетнее травянистое растение с коротким вертикальным корневищем и мочковатыми корнями. Стебли прямостоячие, сверху белошерстистые высотой 15-50 см. Прикорневых листьев 2-6, с длинными черешками и 3-5-рассеченной на ромбические сегменты густо опушенной пластинкой. Верхние стеблевые листья в числе трех, сидячие, мутовчатые, пальчато-рассеченные. Цветоносы одиночные, густо опушенные прижатыми волосками. Цветок одиночный, 3-7 см в диаметре; листочки околоцветника белые или снизу слегка фиолетовые, эллиптические или обратнойцевидные. Плоды многочисленные, до 3 мм длиной, густо спутанно-беловойлочные, с коротким носиком. Цветет в мае-июне, плоды созревают в июне. Ветреница лесная – европейско-североазиатский вид, широко распространенный на территории России от западных районов европейской части до Дальнего Востока. Известна во всех среднерусских областях, чаще встречается в черноземной полосе. Растет на луговых склонах, лугах, в степях, на опушках, полянах, среди кустарников, часто в местах близкого залегания известняков.

Целью настоящей работы является изучение анатомического строения надземной части (стебля, листа) ветреницы лесной и определение анатомо-диагностических признаков сырья.

Исходным материалом исследований служила трава ветреницы лесной собранная в фазе цветения в Курской области. Из свежего растительного материала брали 5 образцов средней пробы и заливали смесью 96%-ного спирта этилового, глицерина и воды (1:1:1). Из этих проб готовили поверхностные микропрепараты и делали поперечные срезы, которые проходили соответствующую подготовку, а также использовали свежий материал, измельченное сырье.

Стебель округлый, имеет пучковый тип строения. На поверхности имеется эпидермис, на котором встречаются простые длинные 1-клеточные волоски. Клетки эпидермиса вытянуты вдоль стебля, иногда встречаются устьица. Волоски многочисленные со слегка утолщенными стенками очень длинные, 1-клеточные. Основания волосков прямостоячие, иногда – крючковидно-согнутые. Кутикула волосков слегка бородавчатая. Изредка встречаются «баллоновидные» волоски. Первичная кора имеет 1-2 слоя пластинчатой колленхимы. Далее следует основная паренхима, которая состоит из тонкостенных паренхимных клеток. Эндодерма не выражена. Центральный цилиндр заполнен основной тонкостенной паренхимой. Клетки ее округлой или многоугольной формы. В паренхиме встречаются воздухоносные полости. Пучки в центральном цилиндре закрытые коллатеральные, расположены по кругу. Более крупные пучки чередуются с более мелкими. Пучки состоят из флоэмы, обращенной кнаружи и ксилемы, обращенной внутрь. Флоэма тонкостенная. Сосуды расположены рядами. Между флоэмой и ксилемой над сосудами находятся 1-2 слоя склеренхимы. В центре стебля – крупная полость, т.к. сердцевина разрушена.

На поперечном разрезе черешок листа имеет подковообразную форму. В центре располагаются достаточно крупные коллатеральные пучки и более мелкие пучки – в крыльях. Всего 8-10 пучков. С поверхности черешок покрыт эпидермисом, под которым находится слой колленхимы и тонкостенной паренхимы. На верхнем и нижнем эпидермисе встречается множество простых длинных 1-клеточных волосков.

Нижний эпидермис листа в середине листовой пластинки – извилистостенный. Устьица многочисленные, окружены 4 околоустьичными клетками. Редко встречаются баллоновидные волоски. На нижнем эпидермисе листа видны простые волоски – по всей поверхности и по краю листа (более короткие). Вокруг основания волосков просматривается складчатость кутикулы. На Верхнем эпидермисе устьиц нет, клетки эпидермиса извилистостенные. На верхнем и нижнем эпидермисе встречаются простые очень длинные (лентовидные) тонкостенные 1-клеточные волоски с заостренной верхушкой. У основания простых волосков – слегка возвышающийся пьедестал.

Выводы. Основные микродиагностические признаки сырья: имеется большое количество простых очень длинных (лентовидных) тонкостенных 1-клеточных волосков, которые характерны для листа, черешка листа; на эпидермисе лист изредка встречаются баллоновидные волоски.

Список литературы.

1. Большая Курская Энциклопедия. Т.3. Кн.1. Естественная история. Растительный мир, грибы. Под ред. В.Н. Бубенчиковой. Курск, 2006. 258с.
1. Завражнов, В.И. Лекарственные растения: лечебное и профилактическое использование. / В.И. Завражнов, Р.И. Китаева, К.Ф. Хмелев. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1993. 480с.
2. Иллюстрированный определитель растений Средней России / И.А. Губанов, К.В. Кисилева, В.С. Новиков, В.Н. Тихомиров. Т. 2: Покрывосеменные (двудольные: раздельнолепестные). М.: Т-во научных изданий КМК, Ин-т технологических исследований, 2013. Т.3. 665с.
3. Маевский П.Ф. Флора средней полосы европейской части России. 10-е изд. М.: Товарищество научных изданий КМК. 2006. 600с.
4. Растительные ресурсы России: Дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т.1. Семейства Magnoliaceae-Juglandaceae, Ulmaceae, Moraceae, Cannabaceae, Urticaceae/ Отв. ред. А.Л. Буданцев. СПб.; М.: Товарищество научных изданий КМК. 2008. 421с.

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ЛИСТА *TRIFOLIUM ARVENSE* L

Каукина Т.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Кондратова Ю.А.

Появление на фармацевтическом рынке новых синтетических препаратов не снижает потребность в растительных лекарственных средствах, а, наоборот, расширяется ассортимент, возрастает их значимость и использование в медицине. Перед фармацевтической наукой актуальным остается выявление и изучение нового лекарственного растительного сырья отечественной флоры с последующим созданием на его основе новых эффективных фитопрепаратов. На территории Российской Федерации встречается большое видовое разнообразие лекарственных растений, представляющий научный и медицинский интерес. Одними из них являются представители рода клевера - *Trifolium* L., количество которых насчитывается около 30 видов. Данные виды можно встретить на территории Сибири, Дальнего Востока, в Европейской части России. На территории России, в средней ее полосе, произрастает всего 13 видов [3], среди которых наибольший интерес представляет клевер пашенный. Он обладает рядом целебных свойств и оказывает антисептическое, мочегонное, обезболивающее, вяжущее, противовоспалительное действие, поэтому довольно широко распространен в народной медицине. Благодаря имеющимся в составе дубильным веществам используется для лечения желудочно-кишечных заболеваний у детей [4]. Учитывая все выше изложенное,

весьма перспективным остается вопрос по более подробному изучению химического состава, диагностических признаков клевера пашенного.

Целью исследования является изучение анатомического строения листочков сложного листа клевера пашенного, с последующим установлением диагностических признаков.

Материалы и методы: в качестве объекта был выбран клевер пашенный, произрастающий на территории Курской области. Микродиагностические признаки листочков сложного листа изучали на временных микропрепаратах, в соответствии с методиками ГФ XIII издания [2]. Микропрепараты готовили из сухого сырья, фиксированного в спирте этиловым 70% и из свежего растительного сырья

Микрофотографии получали при использовании лабораторного микроскопа «Микромед С1 LED», на котором установлена цифровая насадка. Полученные фотографии обрабатывали на компьютере, используя программу PhotoScape [1].

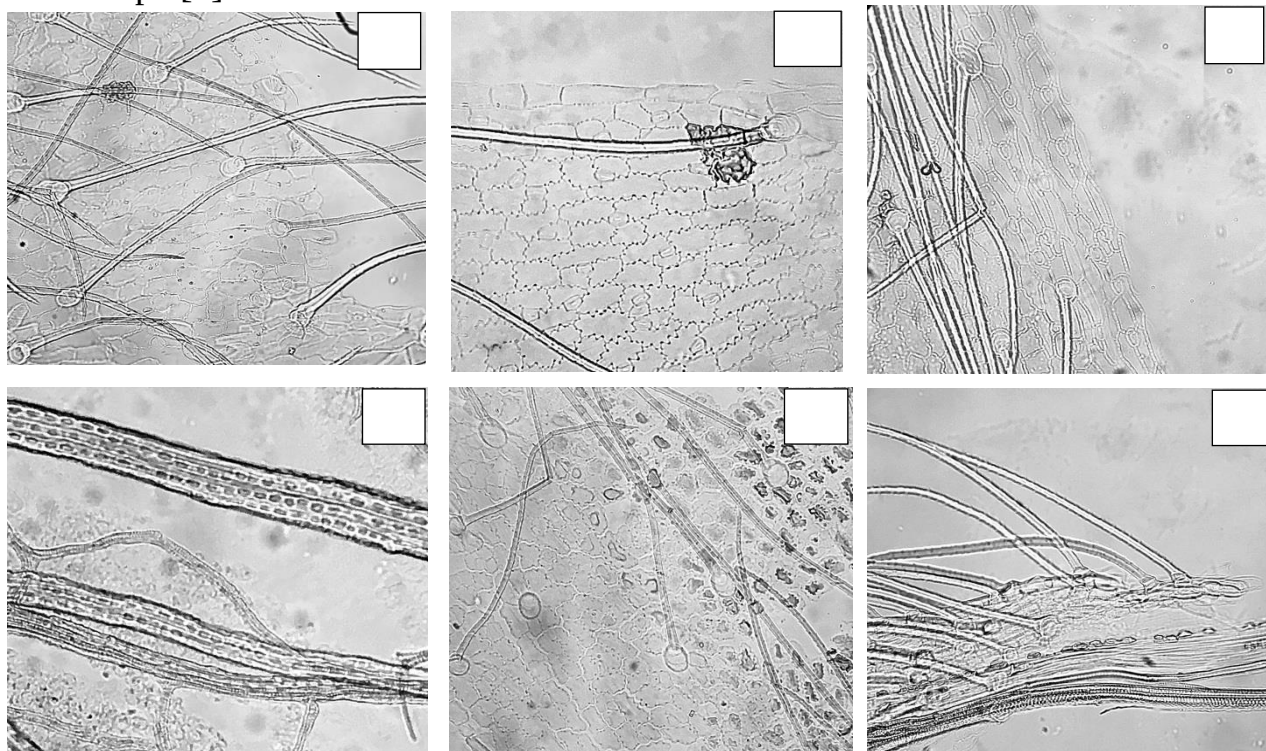


Рисунок 1. Микроскопия листочков сложного листа *Trifolium arvense* L.:

- а – фрагмент верхнего эпидермиса с простыми толстостенными двуклеточными грубобородавчатыми волосками, увел. 150х;
- б – фрагмент нижнего эпидермиса, увел. 150х;
- в – фрагмент эпидермиса вдоль жилки, увел. 150х;
- г – фрагмент жилки с призматическими кристаллами, увел. 150х;
- д – фрагмент верхнего эпидермиса и место прикрепления волоска, увел. 150х;
- е – фрагмент края с простыми двуклеточными толстостенными грубобородавчатыми волосками, увел. 150х.

Рисунок 1. Микроскопия листочков сложного листа *Trifolium arvense* L.: а – фрагмент верхнего эпидермиса с простыми толстостенными двуклеточными

грубобородавчатыми волосками, увел. 150х; б – фрагмент нижнего эпидермиса, увел. 150х; в – фрагмент эпидермиса вдоль жилки, увел. 150х; г – фрагмент жилки с призматическими кристаллами, увел. 150х; д – фрагмент верхнего эпидермиса и место прикрепления волоска, увел. 150х; е – фрагмент края с простыми двуклеточными толстостенными грубобородавчатыми волосками, увел. 150х.

Результаты и обсуждения. При исследовании микродиагностических признаков листочков сложного листа выявлено (рисунок 1), что клетки эпидермиса с нижней стороны листочка на всем его протяжении паренхимной формы от извилистостенных до сильно извилистостенных с четковидным утолщением клеточных стенок. Верхний эпидермис состоит из прямостенных или слегка извилистостенных клеток. Ближе к жилке листочка форма клеток эпидермиса меняется, формируются прозенхимные, прямостенные клетки.

Мелкие устьица, окруженные тремя-четырьмя клетками не отличающихся от основных клеток эпидермиса, встречаются по обеим сторонам листочка. Устьичный аппарат аномоцитного типа. Вдоль края листочка клетки эпидермиса с сосочковидными выростами. По всей длине крупных жилок отчетливо видно наличие призматических кристаллов, образующих кристаллоносную обкладку.

Эпидермис листочка неравномерно опушен простыми волосками. Обильное опушение наблюдается ближе к основанию листочка. Волоски толстостенные с грубобородавчатой поверхностью состоят из двух клеток: маленькой базальной клетки и длинной терминальной клетки. В сырье волоски часто обламываются, поэтому по эпидермису можно наблюдать место прикрепления волоска, окруженное 6-9 эпидермальными клетками, формирующие розетку.

Выводы. На основании проведенных исследований, были выявлены основные микродиагностические признаки, которые могут быть использованы для разработки показателей подлинности на данный вид сырья – это множество простых двуклеточных толстостенных грубобородавчатых волосков, призматических кристаллов вдоль крупных жилок, наличие розетки в местах прикрепления волоска.

Список литературы.

1. Бубенчикова В.Н., Кондратова Ю.А., Степнова И.В. Изучение морфолого-анатомического строения горюхи ястребинковой // Фармация. М., 2018 г. Т. 67, № 2 С.31-35.
2. Государственная фармакопея XIII online. Режим доступа: <http://www.femb.ru/feml> (дата обращения: 16.03.2019).

3. Определитель растений Средней России. Том. 3: Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные) / И.А. Губанов, К.В. Киселева, В.С. Новиков, В.Н. Тихомиров. Москва: Т-во научных изданий КМК, Ин-т технологических исследований. 2004. С.462.

4. Растительные ресурсы России: Дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т. 3. Семейства Fabaceae - Ариaceae/ Отв. ред. А. Л. Буданцев. СПб.; М.: Товарищество научных изданий КМК, 2011. 81 с.

ТЕХНОЛОГИЯ И АНАЛИЗ МАЗИ С НАПРОКСЕНОМ

Киселев А.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии

Кафедра фармацевтической технологии

Научные руководители – к.ф.н., доцент Нестерова А.В.,

д.ф.н., профессор Орлова Т.В.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются наиболее широко используемыми лекарственными средствами для лечения болевого синдрома воспаления, включая нейродистрофические, посттравматические, демиелинизирующие, заболевания опорно-двигательного аппарата, а также онкологические заболевания. НПВС назначают как для краткосрочного, так и для долгосрочного использования. Длительное их применение нередко приводит к побочным эффектам, в основном со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и почек. Терапевтическая стратегия эффективного использования НПВС, разработка и использование новых биомаркеров выявления пациентов, наиболее подверженных риску развития сердечно-сосудистых осложнений и гастротоксичности, повысит эффективность лечения различных патологий. Напроксен имеет необходимый спектр терапевтической активности: значительное противовоспалительное действие, выраженную анальгезирующую активность в сочетании с наиболее высоким среди НПВС профилем безопасности. Такая комбинация свойств делает его перспективным в существующей альтернативной терапии различных воспалительных процессов и боли [1].

Целью исследования является разработка технологии и методики анализа мази с напроксеном.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были использованы напроксен, диметилсульфоксид, пихтовое масло. Оценку качества изготовленной лекарственной формы проводили спектрофотометрическим методом, который характеризуется высокой селективностью, экспрессностью и обеспечивает достоверные результаты исследований. Измерение оптической

плотности проводили с помощью спектрофотометра «СФ-2000» в кювете с толщиной поглощающего слоя 10 мм.

Результаты и обсуждения. Был разработан состав и технология изготовления мази, содержащей 10%напроксена. Для лучшей проницаемости действующего вещества использован диметилсульфоксид в концентрации 3%. Добавление 0,5% пихтового масла обусловлено его способностью активизировать местное кровообращение и оказывать противовоспалительное действие. В качестве основы выбран традиционный базис – вазелин.

Описание технологии: На тарирных весах отвесили 86,5 вазелина, затем в ступке измельчили до тончайшего порошка 10,0 напроксена, смешали его с отвешенным вазелином до однородной массы, прибавили 3,0 г диметилсульфоксида и 0,5 г масла пихты, и перемешивали до образования однородной массы.

Извлечение напроксена из мазевой основы проводили спиртом этиловым. Для этого навеску мази 1,0 г нагревали с растворителем до расплавления основы. Полученный экстракт фильтровали в мерную колбу вместимостью 50 мл и объем раствора доводили до метки спиртом этиловым (раствор А). 1 мл раствора А разбавляли до 10 мл этанолом (раствор Б). Оптическую плотность раствора Б исследовали в диапазоне длин волн 220-350 нм в кювете с толщиной поглощающего слоя 10 мм на фоне растворителя.

Полученный спектр поглощения сравнивали со спектром поглощения 0,0002% раствора стандартного образца (РСО) напроксена в спирте этиловом. Характер кривой светопоглощениянапроксена, извлеченного из мази, полностью совпадал со спектром РСО. На обоих графиках зафиксированы максимумы абсорбции при длинах волн 262, 271 и 331 нм.

Отсутствие мешающего влияния диметилсульфоксида и пихтового масла проверяли в опыте плацебо, который показал, что данные компоненты лекарственной формы практически не поглощают в точках экстремумов, характерных для напроксена.

Выводы. В результате выполненных исследований был разработан состав и технология изготовления мази с напроксом, а также спектрофотометрическая методика идентификации действующего вещества в лекарственной форме.

Список литературы.

1. Свиридова, Н.К. Напроксен: новая стратегия снижения сердечно-сосудистого риска нестероидных противовоспалительных препаратов (научный обзор) //Международный неврологический журнал. 2016. № 5(83). с.99.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ «АЛТЕЯ КОРНИ»

Кравцова Я.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – к.ф.н, доцент Сухомлинов Ю.А.

В настоящее время в современной медицине используется около 30% лекарственных средств, изготовленных из лекарственных растений, что составляет немалую часть всех лекарств. Лекарственные растения иногда являются более предпочтительны по сравнению с синтетическими лекарственными препаратами, так как оказывают меньшее токсическое и при этом довольно сильное фармакологическое действие.

В связи с этим, изучение лекарственных растений и лекарственного растительного сырья является весьма актуальным.

Алтей лекарственный – одно из древнейших лекарственных средств, его свойства описаны Dioscoridem, Pliniem, Apullem [2]. Согласно Avicenne, название алтея по-гречески образовано от слова «многополезный» [5].

Алтей лекарственный (*Althaea officinalis* L.) – многолетнее травянистое растение относится к семейству Мальвовые (*Malvaceae*).

Еще древнегреческий естествоиспытатель и философ, один из первых ботаников древности Теофраст (372-287 до н. э.) упоминал, что настой корней на сладком вине - прекрасное средство от кашля. Упоминают его римский писатель и ученый Плиний Старший (23 или 24-79), римские врачи Dioscorid (I в.), Galen (ок. 130 - ок. 200). При Карле Великом это растение усиленно разводили в аптекарских огородах.

В нашей стране произрастает 8 видов рода алтей, но в медицине применяют только 2 вида - алтей лекарственный и алтей армянский, который отличается более плотным опушением стебля и листьев, а также сильно расчлененными 5-лопастными средними листьями.

Растение это 60-150 см высотой, с сероватыми от густого опушения побегами, коротким многоглавым корневищем и крупным деревянистым главным корнем, от которого отходят многочисленные боковые мясистые побеги.

Алтей лекарственный распространен в степных и пустынных районах Европейской части России, на Кавказе, в Казахстане, Средней Азии, а также на юге Сибири. Культивируется. Алтей армянский произрастает на Кавказе, в Средней Азии и Казахстане.

Произрастает на рыхлых, достаточно увлажненных почвах в долинах рек, на берегах озер, на лугах, среди кустарников и на опушках лесов.

В медицинской практике применяются корни алтея (*Radices Althaeae*), корни алтея неочищенные (*Radices Althaeae naturales*), трава алтея лекарственного (*Herba Althaeae officinalis*).

Препараты алтейного корня применяют внутрь, главным образом - в качестве отхаркивающего, обволакивающего, смягчительного и

противовоспалительного средства при заболеваниях дыхательных путей: трахеитах, бронхитах, бронхиальной астме. Корни алтея используются и при заболеваниях желудочно-кишечного тракта [5]. Существуют препараты в виде порошка, настоя, сухого экстракта, сиропа, грудных сборов [3].

Медицинская промышленность выпускает препарат Мукалтин (Mucaltinum) – таблетки в качестве отхаркивающего средства при бронхитах, пневмонии, бронхоэктазии [3, 4].

Целью исследования является проведение сравнительного фитохимического анализа лекарственного растительного сырья «Алтея корни» различных производителей.

Материалы и методы: для анализа было приобретено в аптеке N города Курска сырье «Алтея корни» двух производителей: АО «Красногорсклексредства» и ООО «ФИТОФАРМ» город-курорт Анапа.

Анализ проводили в соответствии с требованиями ФС.2.5.0001.15 «Алтея корни» Государственной Фармакопеи XIII издания [1]. Были определены следующие показатели качества сырья: внешние признаки, основные группы биологически активных веществ, влажность, зола общая, измельченность сырья, посторонние примеси, а так же количественное содержание экстрактивных веществ.

Для определения внешних признаков измельченного растительного сырья двух производителей его рассматривали невооруженным глазом и под лупой (10×). Были обнаружены кусочки корней различной формы, проходящие сквозь сито с отверстиями размером 7 мм. Цвет белый, желтовато-белый или серовато-белый. Запах слабый, своеобразный. Вкус водного извлечения сладковатый с ощущением слизистости, что полностью соответствовало описанию соответствующего раздела Фармакопейной статьи Государственной Фармакопеи XIII издания [1].

Для определения основных групп биологически активных веществ смачивали порошок корня раствором натрия гидроксида 10% - появлялось желтое окрашивание (слизь).

При нанесении на порошок корня 2 - 3 капель раствора йода наблюдалось синее окрашивание (крахмал).

Недопустимые примеси не обнаружены в сырье обоих производителей.

Определение экстрактивных веществ, извлекаемых водой, проводили в соответствии с требованиями ОФС «Определение содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах» (метод холодного настаивания по ОФС «Настои и отвары») [1].

Результаты исследований представлены в таблице 1 (№ 1 – производитель АО «Красногорсклексредства», № 2 – производитель ООО «ФИТОФАРМ» город-курорт Анапа).

Таблица 1. Показатели качества лекарственного растительного сырья «Алтея корни».

№	Числовые показатели	№ 1	№ 2	ГФ - XIII
1.	Внешние признаки	Соответ.	Соответ.	
2.	Влажность	9,6%	10,1%	не более

				14%
3.	Зола общая	7,05%	5,41%	не более 8%
4.	Измельченность:			
	- частиц, не проходящих сквозь сито с отверстиями размером 7 мм	0,29%	2,05%	не более 5%
	- частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями размером 0,5 мм	1,41%	2,81%	не более 5%
5.	Посторонние примеси:			не более
	- органические	0,51%	0,77%	1%
	- минеральные	0,61%	0,81%	1%
	- части сырья, утратившие окраску	2,49%	2,38%	3%
	- другие части растения	0,23%	0,66%	2%
6.	Содержание экстрактивных веществ	18,75%	17,99%	не менее 15%

Вывод. Лекарственное растительное сырье «Алтея корни» производителя АО «Красногорсклексредства» и производителя ООО «ФИТОФАРМ» город-курорт Анапа соответствует требованиям нормативной документации.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издание. М.: 2015. Федеральная электронная медицинская библиотека. Режим доступа: <http://www.femb.ru/feml> (дата обращения 18.03.2019).
2. Корсун В.Ф., Корсун Е.В., Цицилин А.Н. Атлас эффективных лекарственных растений. М.: Эксмо, 2010. 384 с.
3. Машковский, М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. Т. 1. М. : ООО «Издательство Новая волна», 2002. 540 с.
4. Рабинович А.М., Рабинович С.А. Лекарственные растения России М. : Арнебия, 2005. 496 с.
5. Самылина И.А., Сорокина А.А., Пятигорская Н.В. Алтей лекарственный (*Althaea officinalis* L.) // Фарматека. 2010. № 4. С. 78-79.

ИЗУЧЕНИЕ ТРИТЕРПЕНОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЧИНЫ КЛУБНЕНОСНОЙ (*LATHYRUS TUBEROSUS* L.)

Кулик О.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – д.ф.н., профессор Бубенчикова В.Н.

Род чина (*Lathyrus* L.) относится к семейству бобовые (*Fabaceae*), представлен однолетними и многолетними травянистыми растениями. Род включает более 90 видов, произрастающих в южной половине Европы, на Кавказе, встречаются в чернозёмной полосе европейской части России. Во всех областях Средней России произрастают такие виды как: чина лесная (*Lathyrus sylvestris* L.), чина луговая (*Lathyrus pratensis* L.), чина бледноватая (*Lathyrus pallescens* L.), чина гороховидная (*Lathyrus pisiformis* L.), чина клубненосная (*Lathyrus tuberosus* L.) и др. Среди данных растений, нами была изучена чина клубненосная [2].

Чина клубненосная – многолетнее травянистое растение с клубневидно утолщенными корнями и тонкими корневищами. Стебли ветвистые, длиной до 100 см, растение способно цепляться за счёт наличия листовых усиков и взбираться по опорам. Листочки 1-парные, продолговато-овальной формы и зелёного цвета. Цветоносы по размеру больше чем листья. Соцветие – кисть из 3-9 цветков. Цветки небольшие, длиной до 2 см розового цвета. Плод – боб, продолговатой формы. Чина клубненосная начинает цвести с июня по октябрь, а плодоносить – с июля [3]. Растение распространено в Средней и Восточной Европе, на Кавказе, в Малой и Средней Азии, Сибири. В России встречается в чернозёмной полосе европейской части, Предкавказье, во всех южных областях Средней России, но в северной части как заносное. Растет по лугам, полянам, опушкам, встречается вдоль дорог и каменистых участках, как заносное растение на железнодорожных насыпях [2,3].

Род чина находит применение в народной медицине: водный отвар корней чины лесной применяют при болях внутренних органов, простудных заболеваниях; клинически доказано отхаркивающее действие водного настоя травы чины луговой, применяется при заболеваниях дыхательных путей [4].

Чина клубненосная используется в качестве кормового растения, медоноса, молодые листья чины клубненосной добавляют в салат, а клубни отваривают в подсоленной воде [2]. Отвар корней применяют при поносах (дизентерии, колитах и т.д.) [4].

Химический состав и фармакологические свойства чины клубненосной изучены недостаточно, но широкое использование в народной медицине многих стран мира делает это растение актуальным для дальнейшего изучения.

Целью работы является изучение тритерпеновых соединений травы чины клубненосной из средней полосы России.

Объектом исследования являлась измельченная трава чины клубненосной, заготовленная в Курской области, Мантурского района в период массового цветения в 2018 году.

Материалы и методы: тритерпеновые соединения определяли в водно-спиртовом извлечении из травы чины клубненосной, которое было приготовлено в соотношении 1:10, с последующим отгоном используемого растворителя до водного остатка. Извлечение охлаждали, фильтровали, а затем полученный фильтрат экстрагировали органическими растворителями: диэтиловым эфиром, этилацетатом, бутанолом [1].

Наличие тритерпеновых сапонинов определяли посредством качественных реакций: с раствором ацетата свинца, пенообразования и реакции Фонтан-Канделя.

Далее бутанольную фракцию использовали для идентификации тритерпеновых соединений методом хроматографии в тонком слое сорбента на пластинках «Sorbfil». В качестве системы растворителей была использована система: хлороформ – этилацетат (5:1), детектирование проводили кислотой серной 20%; в качестве образцов сравнения были выбраны кислоты: олеаноловая и урсоловая.

Количественное определение тритерпеновых соединений осуществляли методом спектрофотометрии, за счет протекания химической реакции с кислотой серной и дальнейшим измерением оптической плотности. Измерение оптической плотности проводили при длине волны 490 нм, в кювете с толщиной слоя 10 мм, в качестве раствора сравнения использовали воду очищенную [1].

Результаты и обсуждения. Положительные качественные реакции доказывают наличие тритерпеновых сапонинов в траве чины клубненосной: с раствором ацетата свинца наблюдали образование осадка; по реакции пенообразования отмечали образование устойчивой пены; по реакции Фонтан-Канделя установлено наличие тритерпеновых соединений, за счёт образование в двух пробирках пены, равной по стойкости и объему.

В ходе изучения тритерпеновых соединений методом хроматографии в тонких слоях сорбента установлено наличие двух веществ тритерпеновой природы. По величине $R_f=0,49$, $R_f=0,71$ и сравнению со стандартами были идентифицированы, как олеаноловая и урсоловая кислоты.

В результате количественного анализа выявлено, что тритерпеновые соединения в траве чины клубненосной составляют $0,146 \pm 0,0064\%$.

Выводы. В процессе изучения надземной части чины клубненосной установлено наличие тритерпеновых соединений. Методом хроматографии в тонких слоях сорбента установлено наличие двух веществ тритерпеновой структуры: олеаноловая и урсоловая кислоты. Методом спектрофотометрии определено количественное содержание тритерпеновых соединений, которое составляет $0,146 \pm 0,0064\%$.

Список литературы.

1. Бубенчикова В.Н., Старчак Ю.А. Изучение тритерпеновых соединений травы тимьяна Маршалла // Традиции и инновации фармацевтической науки и практики Всерос.науч.-практ.конф. с международным участием. Курск, 2011. С. 207-309.
2. Губанов И.А., Киселёва К.В., Новиков В.С. Иллюстрированный определитель растений средней России / Товарищество научных изданий КМК, 2004. Т.2. С.439-447.
3. Маевский, П.Ф. Флора средней полосы европейской части России: 11-е изд. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2014. С. 157-159.
4. Махлаюк В.П. Лекарственные растения в народной медицине. Саратов. 1991. 544 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕНСУЛТАПА В ПОДЗЕМНЫХ ОРГАНАХ ЛАБАЗНИКА ВЯЗОЛИСТНОГО

Леонова М.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Кафедра фармакогнозии и ботаники**

**Научные руководители – д.ф.н., профессор Шорманов В.К.
к.ф.н., доцент Сухомлинов Ю.А.**

Бенсултап (2-диметиламино-1,3-бис-(фенилсульфонилтио)пропан) (наиболее часто употребляемые торговые названия: банкол, виктенон, Z-дорицид, рубан) – соединение, которое относится к производным нереистоксина и обладает антихолинэстеразным действием. В сельскохозяйственной практике бенсултап нашел широкое применение в качестве контактного и кишечного инсектицида.

По физическим свойствам бенсултап представляет собой белое кристаллическое вещество, иногда с кремоватым оттенком. Резкого запаха не имеет. Переход его в расплавленное состояние находится в температурном промежутке от 84 до 85 градусов Цельсия.

Растворимость бенсултапа в г/кг при 25 °С составляет: 25 – в метаноле, 13 – в этаноле, 0,17 – в н-гексане, более 1000 – в ацетоне, ацетонитриле, хлороформе. Растворимость бенсултапа в воде при 30 °С составляет 0,7-0,8 мг/л [1].

При проведении сельскохозяйственных работ бенсултап может попадать в дикорастущие растения, тем самым представляет угрозу для здоровья человека при использовании их в качестве лекарственного растительного сырья.

В связи с тем, что анализируемое вещество достаточно часто применяется в качестве пестицида, а так же его высокой токсичностью в отношении человека и наличием ряда случаев отравления с летальным исходом, возникает

необходимость в изучении данного биологически активного соединения в химико-токсикологическом отношении [2, 3].

Целью исследования является разработка методики определения бенсултапа в растительном биоматериале, изучение особенностей изолирования анализируемого вещества из лекарственного растительного сырья на примере подземных органов лабазника вязолистного.

Материалы и методы: особенности изолирования бенсултапа из биологического материала растительного происхождения изучали с использованием этилацетата в качестве изолирующего агента.

Определение проводили на модельных смесях бенсултапа с высушенным мелкоизмельчённым (размер частиц 0,2-0,5 мм) сырьем лабазника вязолистного из расчёта 5 мг вещества в 5 г биоматериала.

Модельные смеси, а так же контрольные образцы растительных тканей лабазника вязолистного выдерживали в течение 90 минут при температуре 18-22 °С. Затем проводили двукратное извлечение анализируемого вещества из приготовленных смесей (навеска 5 г). Соотношение этилацетата и биоматериала составляло 2:1 по массе. Продолжительность каждого настаивания составляла 30 минут. Далее оба извлечения объединяли и 0,3 мл наносили на пластинки «Сорбфил» ПТСХ-П-В-УФ с последующим хроматографированием. В качестве подвижной фазы использовали хлористый метилен. На хроматограммах в УФ-свете анализируемое вещество обнаруживалось в виде тёмно-лиловых пятен со значением $R_f 0,71 \pm 0,03$. Затем анализируемое вещество элюировали 5 мл этанола в течение 15 минут. Оптическую плотность полученного элюата измеряли на спектрофотометре СФ-2000 при длине волны 255 нм в кювете с толщиной слоя 1 см на фоне этанола. Количество бенсултапа, которое перешло в извлечение, рассчитывали с использованием уравнения градуировочного графика, имеющее вид:

$$A = 0,013871 \times C + 0,001098, \text{ где}$$

A – оптическая плотность,

C – концентрация бенсултапа в фотометрируемом растворе, мкг/мл.

С использованием приводимой выше методики, изучали зависимость степени извлечения бенсултапа из подземных органов лабазника вязолистного от содержания анализируемого вещества в модельной смеси с биологическим материалом.

Для последующей очистки бенсултапа, извлеченного из подземных органов лабазника вязолистного, использовали тонкослойную хроматографию.

Для подтверждающей идентификации применяли метод спектрофотометрии в ультрафиолетовой области.

Результаты и обсуждения. Результаты изучения зависимости степени извлечения бенсултапа из подземных органов лабазника вязолистного от количества анализируемого соединения, внесённого в модельные смеси, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Зависимость степени извлечения бенсултапа из подземных органов лабазника вязолистного от содержания анализируемого вещества в модельной смеси (n = 5; P = 0,95)

Внесено бенсултапа, мг в 5 г биоматериала	Найдено, %			
	$\bar{x}$	S	$S_{\bar{x}}$	$\Delta\bar{x}$
10	72,43	2,524	1,129	3,14
5	73,12	2,663	1,191	3,31
2	72,64	2,775	1,241	3,45
1	73,52	3,041	1,360	3,78
0,5	72,17	3,354	1,500	4,17

Исходя из полученных данных, изменение содержания бенсултапа в модельных смесях с подземными органами лабазника вязолистного в интервале 0,01-0,2% (табл. 1) сопровождается незначительным колебанием степени извлечения от 72,17% до 73,52%.

Выводы. Установлены оптимальные условия изолирования бенсултапа из растительного биологического материала лабазника вязолистного с использованием этилацетата в качестве изолирующего агента. Для идентификации и количественной оценки содержания исследуемого вещества в биологических объектах растительного происхождения предложены методы тонкослойной хроматографии и УФ-спектрофотометрии. Показана возможность применения разработанной методики для исследования подземных органов растений.

Список литературы.

1. Григорьев А.М., Недовизина Г.В., Пирожков М.В. Определение производных и метаболитов бенсултапа (банкола) хроматографическими методами // Судебно-медицинская экспертиза. 2009. Т. 52, № 5. С. 30-35.
2. Особенности распределения банкола в организме теплокровных животных / В.К. Шорманов, Е.А. Белых, Ю.Н. Баранов, А.П. Терских // Судебно-медицинская экспертиза. 2013. Т. 56, № 5. С. 34-37.
3. Судебно-химическое определение банкола / В.К. Шорманов, Ю.Н. Баранов, Е.П. Дурицын, С.В. Маслов и др. // Судебно-медицинская экспертиза. 2010. Т. 53, № 6. С. 39-41.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В СЫРЬЕ ЛАБАЗНИКА ВЯЗОЛИСТНОГО

Леонова М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии

Научные руководители – к.ф.н, доцент Сухомлинов Ю.А.,

д.ф.н., профессор Шорманов В.К.

Препараты, получаемые из лекарственного растительного сырья, как правило, выгодно отличаются от синтетических более низкой токсичностью, отсутствием побочных эффектов и привыкания. Однако в настоящее время в связи с повышением темпов развития производственной деятельности человека происходит сокращение сырьевой базы лекарственных растений.

Поэтому очень важно расширять ассортимент отечественных высокоэффективных лекарственных средств, в том числе, и из растительного сырья.

В последнее время внимание исследователей привлекают растения рода Лабазник. Род Лабазник включает около 20 видов многолетних травянистых растений. Ареал рода охватывает почти всю территорию России. Латинское название рода происходит от слов *filum* – нить и *pendulus* – висеть – имеется в виду как бы подвешенные на тонких нитях корней корневые клубни.

Лечебные свойства лабазника вязолистного используются людьми уже более 400 лет. Это растение было описано европейскими травником и ботаником Д. Джерардом в 1597 году и Николаем Кулпеппером в 1652 году. Издавна кельтские друиды использовали таволгу в мистических культах и считали её священным растением. Жрецы с должным почтением относились к лечебным свойствам лабазника, позволяющим исцелиться от болезней почек и желудка, заболеваний кожных покровов, от ревматических болей и простуды. В разных культурах сушеные цветки таволги издавна использовали как заменитель чая, обладающий потогонным свойством, а настой из соцветий лабазника красного индейцы применяли в качестве напитка, восстанавливающего силы. На юге Европы лабазник называют медовой травой за сладковатый аромат, привлекающий пчел и других насекомых. Традиционно таволгу использовали как пищевое растение. Все части растения идеально подходят для сладких фруктовых блюд, а также напитков, которым она придаёт сладко-терпкий вкус. Чаще всего используется в бельгийской и французской кухне. Все части растения, применяют для ароматизации сладкого десерта, а также напитков. Аромат таволги издавна считали приятным и использовали для ароматизации помещений, вещей и постельного белья, нечто вроде современных саше. Английская королева Елизавета I очень любила аромат таволги, хотя многие находили его очень назойливым, что отразилось в пренебрежительном народном имени «таракан лугов». Английское название таволги *meadowsweet*, то есть «сладкая с лугов». В Германии цветки таволги добавляли для ароматизации в медовое вино (медовуху). По-немецки такое

вино называется «мет» и созвучно славянскому «мёд». Второе толкование её названия в европейских языках связано со старым названием влажных лугов - Mede, на которых чаще всего можно найти таволгу. Как ароматическая отдушка сухие цветки лабазника раньше добавлялись и в нюхательный табак.

В народной медицине используют соцветия, подземную и надземную части таволги вязолистной. Благодаря великолепным лечебным свойствам таволга в народе почиталась за «сорокаприточник», т.е. средство от сорока недугов. Чай из цветков таволги употребляют как мочегонное средство при нефритах, болезнях мочевого пузыря, подагре, ревматизме, а также при болезнях желудка, сердца, гипертонической болезни, грыже, лейкозах и как гемостатическое средство. Порошок из цветков таволги используют при опрелостях, в том числе у малышей в качестве присыпки. Также цветки обладают репеллентными свойствами, т.е. отпугивают мух, слепней и комаров, для этого нужно просто натереть кожу цветками лабазника. Отвар травы помогает при бронхиальной астме, бронхите, пневмонии. Отвар из корней таволги применяют для промывания гноящихся ран, для ирригаций при белях, для клизм при поносах и для компрессов на гноящиеся и незаживающие раны, фистулы, язвы и чирьи. Кроме того, отвар корней применяют для лечения болезней суставов, диабета (в том числе беременных), заболеваний щитовидной железы и онкологии. Издавна трава лабазника использовалась в салаты, супы, окрошки и чай [2].

Лабазник вязолистный – *Filipendula ulmaria* L. в Курской области является одним из довольно распространенных видов.

Целью исследования является определение количественного содержания дубильных веществ в корневищах и корнях лабазника вязолистного.

Дубильные вещества или танины содержатся в различных частях некоторых растений. Эти элементы оказывают активное влияние на организм человека, поэтому их свойства используются в медицинских целях. В целом, дубильные вещества можно назвать полезными, но при определенных условиях они могут причинить и вред. Поэтому так важно соблюдать простые правила при употреблении продуктов питания, богатых танинами.

Дубильные вещества положительно влияют на работу желудочно-кишечного тракта в целом. В частности, они подавляют деятельность болезнетворных микроорганизмов, способствуют выведению вредных отложений, помогают наилучшему усвоению полезных соединений.

Обладают дубильные вещества и противовоспалительными свойствами. Они защищают ткани от инфекций, уничтожают болезнетворные бактерии, останавливают воспалительный процесс. Таким образом, их широко используют в медицине при лечении самых разных недугов. Особенно эффективны танины против воспалений в ротовой полости и горле, поскольку в данном случае происходит непосредственное воздействие путем полоскания. Когда требуется лечение кишечных или желудочных заболеваний, необходимо принимать лекарственные отвары внутрь, чтобы активные соединения беспрепятственно достигли того или иного органа.

Материалы и методы: для анализа использовали корневища и корни лабазника вязолистного, заготовленные в сентябре 2017 года в Ивнянском районе Белгородской области. Растения выкапывали, подземные органы очищали от земли, промывали проточной водой, удаляли надземную часть и высушивали, разложив тонким слоем под навесом.

Высушенное сырье помещали в мешок из натуральной ткани, оформляли этикетку и хранили в сухом проветриваемом помещении.

Количественное определение содержания дубильных веществ в сырье лабазника вязолистного проводили по методу 1 Государственной Фармакопеи XIII издания [1].

Содержание суммы дубильных веществ в пересчете на танин в абсолютно сухом сырье в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X = ((V - V_1) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100) / (a \times 25 \times (100 - W))$$

где:

V – объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование водного извлечения, мл;

V₁ – объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование в контрольном опыте, мл;

0,004157 – количество дубильных веществ, соответствующее 1 мл калия перманганата раствора 0,02 М (в пересчете на танин), г;

a – навеска сырья, г;

W – влажность лекарственного растительного сырья, %;

250 – общий объем водного извлечения, мл;

25 – объем водного извлечения, взятого для титрования, мл.

Выводы. В результате проведенных исследований установлено содержание дубильных веществ в корневищах и корнях лабазника вязолистного в количестве 14,3%. Полученные результаты позволят расширить сведения о химическом составе сырья лабазника вязолистного и могут служить основой для дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издание. М.: 2015. Федеральная электронная медицинская библиотека. Режим доступа: - <http://www.femb.ru/feml> (дата обращения 19.03.2019).
2. Носов А.М. Лекарственные растения. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 350 с.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ МЕТОДОМ АТОМНО-АДСОРБЦИОННОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ МЯТЫ ПЕРЕЧНОЙ

Маркелова А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Бубенчикова В.Н.

В настоящее время воздействие антропогенных факторов на все звенья природной среды стало причиной особого интереса к экологическим исследованиям лекарственных растений. Проблема изучения экотоксикантов уже долгое время носит ярко выраженный характер и является актуальным направлением в развитии фармакогнозии, так как роль растений в лекарственной терапии различных заболеваний значительно возросла [3]. Растения оказывают меньший токсический эффект, в отличие от лекарственных препаратов. Также особенностью использования лекарственных растений в лечении и профилактике различных заболеваний является возможность их применения в течении длительного времени без возникновения нежелательных побочных реакций. Особое место среди лекарственных растений занимает мята перечная. Ее используют как спазмолитическое, антисептическое средство, желчегонное и успокаивающее средство.

Целью исследования является разработка методики количественного определения экотоксикантов, а именно таких тяжелых металлов как свинец и кадмий, в лекарственном растительном сырье мяты перечной.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования была взята мята перечная, заготовленная в Курской области в 2017 году во время цветения. Для разработки методики использовался метод атомно-адсорбционной спектроскопии.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования мы изучили ботаническую характеристику мяты перечной, ее химический состав и применение. Мята перечная представляет собой многолетнее культивируемое травянистое растение, с сильным ароматным запахом и леденящим вкусом, полученное путем гибридизации двух видов [4]. Листья мяты перечной содержат эфирное масло, дубильные вещества, флавоноиды, микроэлементы и другие химические соединения [1].

Далее мы определили содержание тяжелых металлов, а именно свинца и кадмия методом атомно-адсорбционной спектроскопии, в соответствии с требованиями фармакопейной статьи. Атомно-абсорбционная спектроскопия – метод количественного элементного анализа, который основан на измерении поглощения исследуемого элемента невозбужденными атомами, находящимися в состоянии атомного пара [5].

В ходе данного исследования использовался атомно-абсорбционный спектрометр с пламенным атолизатором пробы, с источником излучения непрерывного спектра (ксеноновая лампа), contrAA 300 фирмы «Analytik Jena

AG», Германия; тип пламени: воздух-ацетилен; рабочая длина волны для определения свинца и кадмия – 217,0 нм.

Подготовку прибора к работе осуществляли в соответствии с инструкцией по эксплуатации. В пламя горелки вводили последовательно холостой раствор («нулевой» стандарт – 1% раствор азотной кислоты), калибровочные стандартные растворы, контрольный и испытуемые растворы. На следующем этапе анализа, измеряли концентрацию испытуемых растворов. С помощью прибора мы строили калибровочную зависимость выходного сигнала от концентрации определяемых элементов в стандартном растворе (мкг/мл). Калибровочную кривую рассчитывали методом регрессии наименьших квадратов.

После проведения всех математических вычислений, мы получили результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Содержание тяжелых металлов в исследуемом лекарственном растительном сырье

Содержание свинца в испытуемом сырье	X = 2,9216 мкг/г
Содержание кадмия в испытуемом сырье	X = 0,2748 мкг/г

В соответствии с ОФС.1.5.3.0009.15 «Определение содержания тяжелых металлов и мышьяка в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах» содержание свинца в ЛРС мяты перечной не должно превышать 6,0 мкг/г, содержание кадмия – 1,0 мкг/г (таблица 2) [2].

Таблица 2. Предельно допустимое содержание тяжелых металлов и мышьяка в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах

Металл	Предельно допустимое содержание, мг/кг
Свинец	6,0
Кадмий	1,0
Ртуть	0,1
Мышьяк	0,5

Выводы. В результате проведенного исследования мы изучили ботаническую характеристику мяты перечной, ее химический состав и применение. Также исследовали различные литературные источники, характеризующие экотоксиканты в лекарственном растительном сырье. Результатом нашей работы стала разработка методики количественного определения тяжелых металлов в лекарственном растительном сырье, а именно свинца и кадмия.

Список литературы.

1. Андрианов К.В., Федченкова Ю.А., Хворост О.П. Изучение элементного состава мяты перечной (*Mentha piperita*) // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2014. № 3(16). С. 49-51.
2. Государственная фармакопея Российской Федерации. МЗ РФ. XIV изд. Т.1. Москва, 2018. 1470 с.
3. Гравель И.В., Самылина И.А. Изучение содержания токсичных металлов в лекарственном растительном сырье в фитопрепаратах // Электронный сборник научных трудов Здоровье и образование в XXI веке. 2006. № 5(8). С. 201.
4. Фармакогнозия / Е.В. Жохова, М.Ю. Гончаров, М.Н. Повыдыш, С.В. Деренчук. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 544 с.
5. Пупышев А.А. Атомно-абсорбционный спектральный анализ // Москва, Техносфера. 2009. С. 7-55.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАТРАТ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ НА ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Маркелова А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – д.ф.н., профессор Овод А.И.

Актуальность: эпидемия ВИЧ-инфекции уже в 80-90-е годы прошлого века, серьезно насторожила общество, заставив взглянуть на проблему с различных позиций, а особенно с демографической, медицинской и социальной. Для этого были и есть все основания, поскольку число людей, живущих с ВИЧ, неуклонно растёт. В 2018 году в России выявлено 85 450 новых ВИЧ-инфицированных, показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России составляет 58,2 сл. на 100 тыс. нас [4]. Россия занимает 3-е место в мире, после ЮАР и Нигерии, по скорости появления новых случаев заражения в единицу времени (темпу роста) и 1-ое место по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Европе (71,1 случаев на 100 тыс. нас) [1]. Несмотря на значительный прогресс в совершенствовании существующих и разработке новых препаратов, ВИЧ-инфекция остается одной из самых актуальных медико-социальных проблем XXI века. [2,3]

Целью исследования является экономическая оценка бюджетных расходов на лекарственную терапию ВИЧ-инфицированных в регионе.

Материалы и методы: статистическая отчетность о заболеваемости за период 2007-2017 год, ассортимент лекарственных средств (ЛС) для лечения ВИЧ-инфицированных и их предельные отпускные цены, распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 N 2738-р (приложение № 1 «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год»); методы исследования:

систематический, логический, метод группировки, маркетинговый, клинико-экономический.

Результаты и обсуждения. Содержанием первого этапа исследования стало изучение заболеваемости за период 2007-2017 год и ее прогнозирование на 2018-2020 год. Анализ показателей заболеваемости за период 2007-2017 год, показал, что наблюдается стремительное увеличение с 34,7 до 58,4 случаев на 100 тыс. населения. В результате расчета прогнозных значений к 2020 году ожидается рост заболеваемости до 68,2 случаев на 100 тыс. населения; средний темп прироста составляет 5,3%.

На следующем этапе был проведен структурный анализ ассортимента, закупаемого за счет средств бюджета для лечения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Основываясь на полученных результатах, была проведена систематизация ассортимента ЛС. Установлено, что в соответствии с АТС-классификацией, весь ассортимент представлен двумя группами: 1) J – противомикробные препараты для системного пользования в виде 18 международных непатентованных наименований (МНН) и 89 торговыми наименованиями (ТН); 2) L – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы – 1 МНН и 1 ТН (таблица 1).

Таблица 1. Структура закупаемого ассортимента лекарственных препаратов для лечения региональных больных СПИД

АТХ	МНН	ТН					Кол-во в АТХ группе
		Всего	Зарубежные		Отечественные		
			Кол-во	Доля, %	Кол-во	Доля, %	
J05AF	Тенофовир	7	2	14	5	19	40
	Ламивудин	12	5	36		27	
	Абакавир	8	3	21	5	19	
	Зидовудин	12	4	29	8	31	
	Фосфазид	1	-	-	1	4	
J05AB	Рибавирин	5	-	-	5	100	5
J05AE	Ритонавир	4	2	33	2	22	15
	Атазанавир	5	2	33	3	33	
	Дарунавир	5	1	17	4	45	
	Фосампренавир	1	1	17	-	-	
J05AG	Эфавиренз	5	1	33	4	57	10
	Невирапин	4	2	67	2	29	
	Этравирин	1	-	-	1	14	
J05AR	Лопинавир+Ритонавир	6	2	33	4	40	16
	Ламивудин+Зидовудин	9	3	50	6	60	
	Рилпивирин+Тенофовир+Эмтрицитабин	1	1	17	-	-	
J05AX	Долутегравир	1	1	50	-	-	3

	Ралтегравир	2	1	50	1	100	
L03AB	Цепэгинтерферон а-2b	1	-	-	1	100	1
Итого:		90	31	34	59	66	90

Как видно из данных таблицы 1, значительную долю занимает подгруппа J05AF – нуклеозиды и нуклеотиды ингибиторов обратной транскриптазы, которая составляет 44,3% от общего количества используемых препаратов при проведении антиретровирусной терапии. Превалирующая доля подгруппы J05AF приходится на отечественные ЛС, что свидетельствует об уровне доступности препаратов для пациентов и экономической безопасности для системы здравоохранения в целом.

Далее были проведены расчеты коэффициента адекватности платежеспособности (КАП) для всех лекарственных препаратов (ЛП). Данный показатель определяет уровень доступности ЛП. В ходе группировки было выделено три группы: I – доступные ЛП, II – средnedоступные, III – малодоступные (таблица 2).

Таблица 2. Результаты группировки препаратов на основе коэффициента адекватности платежеспособности

Границы по показателю коэффициента адекватности платежеспособности (КАП)	Среднее значение по группе	Количество МНН	Доля, %
I группа – 1,572–15,9	6,32	57	63
II группа – 15,91–58,92	31,3	24	27
III группа – 58,93–116,519	78,84	9	10
Итого:		90	100

Как видно из данных таблицы 2, значительная доля закупаемых ЛП по программе льготного обеспечения ВИЧ-инфицированных вошло в I группу (63%) с относительно низкими показателями КАП, что говорит о доступности данных препаратов с экономической точки зрения. Примерно третья часть ЛП (31,3%) – представлены в группе со средней доступностью, и 10% ЛП – малодоступные препараты.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют оценить доступность ЛП и экономическую эффективность использования бюджетных средств для реализации программы льготного обеспечения необходимыми ЛП данной категории пациентов в зависимости от потребностей больных СПИД.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-in-europe-2018.pdf> (дата обращения: 19.03.2019).
2. Киселева О.В., Ростова Н.Б. Результаты изучения потенциала лекарственного ресурса антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных

пациентов в РФ // Современные проблемы науки и образования. –2015. № 2 (2). –С. 512.

3. О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией. Приказ МЗ РФ от 5.12. 05 г. № 757.

4. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (приложение № 1) [Текст]. Приказ Росстата от 29.12.2018 № 792.

ОБОСНОВАНИЕ СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЖИДКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С ФЛУКОНАЗОЛОМ

Маслов М.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии

Научные руководители – д.ф.н., профессор Панкрушева Т.А.,

к.ф.н., доцент Нестерова А.В.

За последнее десятилетие во всех экономически развитых странах заметно увеличилось количество больных, страдающих грибковыми заболеваниями полости рта, в частности кандидозом. Главный возбудитель кандидоза – *Candida albicans* выявляют в ротовой полости у 20–60% здоровых людей. [1]

Однако на сегодняшний день большая часть ассортимента противогрибковых препаратов представлена капсулами и растворами для инфузий, что снижает комфорт, а, следовательно, и приверженность терапии у данной категории пациентов.

С связи с этим особую актуальность приобретает разработка жидких лекарственных форм для местного применения, которые сочетают в себе удобство применения и оптимальный терапевтический эффект при минимальном побочном действии.

Целью исследования является обоснование состава и технологии изготовления жидкой лекарственной формы, содержащей в качестве основного действующего вещества флуконазол, и рекомендуемой для лечения грибковых заболеваний полости рта.

Материалы и методы. В исследованиях в качестве активной фармацевтической субстанции был использован флуконазол, а также вспомогательные вещества, разрешенные к медицинскому применению.

В процессе исследований были использованы физические и физико-химические методы анализа: вискозиметрия, рН-метрия.

Для определения вязкости был использован вискозиметр ВПЖ-2. Определение проводилось по методике ГФ-XIV, описанной в ОФС. 1.2.1.0015.15 Вязкость. Для определения рН был использован рН-метр-иономер «Мультитест ИПЛ-101». Определение проводилось по методике ГФ-XIV, описанной в ОФС. 1.2.1.0004.15 Ионметрия [2].

Результаты и обсуждения. Основные этапы эксперимента заключались в обосновании оптимального состава и разработке технологии изготовления жидкой лекарственной формы с флуконазолом.

Содержание флуконазола в лекарственной форме составило 0,2%, что соответствует его минимальной ингибирующей концентрации и согласуется с концентрацией препарата в растворах для инъекций, присутствующих на данный момент на фармацевтическом рынке [6, 7].

В процессе эксперимента изучалась растворимость флуконазола в воде и влияние дополнительного измельчения на этот показатель. Было установлено, что флуконазол мало растворим в холодной воде, однако его растворимость повышается при растворении в горячей воде. Дополнительное измельчение также способствовало улучшению растворимости. В результате был получен прозрачный бесцветный раствор без механических включений, что свидетельствовало о полном растворении флуконазола.

Для предотвращения микробной контаминации разрабатываемой жидкой лекарственной формы использовали бензалкония хлорид, четвертичное аммониевое основание, относящееся к группе катионных детергентов. Помимо свойств консерванта он также обладает выраженными поверхностно-активными свойствами. Бензалкония хлорид был взят в общеизвестной концентрации 0,02% [3].

Придание дополнительной вязкости раствора путем добавления полимеров обеспечило повышение терапевтической эффективности и пролонгирование действия лекарственной формы. В качестве такого компонента была использована метилцеллюлоза. Она устойчива к различным химическим реагентам, не токсична, биологически инертна. Водные растворы метилцеллюлозы обладает хорошими органолептическими свойствами (не имеют запаха и вкуса, прозрачны), практически не изменяют pH воды [4]. Концентрация раствора метилцеллюлозы подбиралась экспериментально, таким образом, чтобы вязкость раствора максимально приближалась к вязкости слюны (1,2 -2,4 сП) [5]. В результате вискозиметрического определения вязкости растворов метилцеллюлозы и сравнения полученных значений с вязкостью слюны была выбрана концентрация полимера 0,5% (ее вязкость составила 1,31 сП).

На основе проведенных исследований была разработана технология изготовления экспериментальной жидкой лекарственной формы с флуконазолом: 0,1 г флуконазола (точная навеска) отвешивают, измельчают в ступке и количественно переносят в химический стакан. Затем прибавляют 40 мл подогретой до 70-80°C воды очищенной, тщательно взбалтывают и перемешивают до полного растворения всех кристаллов флуконазола. Полученный раствор переносят в мерную колбу вместимостью 50 мл, прибавляют 5 мл 0,1% раствора бензалкония хлорида и 0,25 г метилцеллюлозы, объем раствора доводят до метки водой очищенной. Изготовленный раствор оставляют в холодильнике на 24 часа для полного растворения метилцеллюлозы и образования прозрачного бесцветного раствора при отсутствии видимых частиц полимера.

Полученную лекарственную форму исследовали по основным физическим и физико-химическим показателям: вязкости и pH среды. Вязкость, рассчитанная на основании трех последовательных вискозиметрических определений, составила 1,29 сП, среднее значение трех измерений водородного показателя составило 5,64.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволили обосновать состав и разработать технологию изготовления жидкой лекарственной формы с флуконазолом, рекомендуемой для лечения грибковых заболеваний полости рта.

Список литературы.

1. Геппе Н.А., Белоусова Н.А. Кандидозы // Педиатрия. 2010. № 1. С. 135-138.
2. Государственная Фармакопея Российской Федерации. Издание XIV. Том I. М., 2018. 1814 с.
3. Исследования по разработке вагинальных суппозиториях с флуконазолом / Т.А. Панкрушева и др. // Разработка и регистрация лекарственных средств. 2014. № 3. С.90-97.
4. Кулешов С.М., Кулешова Т.Г. Использование гелей в медицине и ветеринарии // Аграрный вестник Приморья. 2016. № 2. С.15.
5. Некоторые физико-химические свойства слюны. Режим доступа: <https://megapredmet.ru/1-12547.html> (дата обращения 18.03.2019)..
6. Рахматуллина М.Р., Цой Е.Г. Современные показатели резистентности грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам // Фарматека. 2017. № 1. С. 22-25.
7. Флуконазол, раствор для инфузий 2 мг/мл. Режим доступа: <https://pharmland.by/product/solutions/flukonazol-rastvor-dlya-infuziy-2-mgml.html> (дата обращения 18.03.2019).

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ФЛУКОНАЗОЛА В ЖИДКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Маслов М.М.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Кафедра фармацевтической технологии
Научные руководители – к.ф.н., доцент Нестерова А.В.,
д.ф.н., профессор Панкрушева Т.А.**

Последние несколько десятилетий характеризуются заметным повышением распространенности грибковых заболеваний полости рта. К основополагающим факторам микотических поражений слизистой полости рта относят терапию антибактериальными, цитостатическими средствами и

глюкокортикостероидами. Наибольшую обеспокоенность у специалистов вызывает бесконтрольное применение и нерациональное назначение антибиотиков. Среди госпитализированных пожилых пациентов, получающих противомикробную терапию, 88% – носители *C. albicans* [1].

Проблема контроля качества противогрибковых лекарственных средств представляется особенно острой и актуальной, так как от качества препаратов зависит их эффективность и безопасность.

Целью исследования является разработка методики количественного определения флуконазола в жидкой лекарственной форме для лечения грибковых заболеваний.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования была использована жидкая лекарственная форма состава: 0,1 г флуконазола; 0,25 г метилцеллюлозы; 0,01 г бензалкония хлорида; воды очищенной до 50 мл.

Для оценки количественного содержания флуконазола в лекарственном препарате был выбран спектрофотометрический метод анализа как один из наиболее надежных и точных фармакопейных методов. Измерение оптической плотности осуществляли с помощью спектрофотометра СФ-2000 в кювете с толщиной поглощающего слоя 10 мм.

Результаты и обсуждения. Была разработана спектрофотометрическая методика количественного определения флуконазола в жидкой лекарственной форме с использованием уравнения калибровочного графика.

Спектр поглощения 0,02% раствора флуконазола в воде очищенной исследовали в области длин волн от 200 до 350 нм на фоне растворителя. При этом был зафиксирован выраженный максимум поглощения при длине волны 260 нм.

Для оценки гипотетического мешающего влияния вспомогательных веществ на поглощение флуконазола в максимуме абсорбции исследовали спектры поглощения бензалкония хлорида и метилцеллюлозы в воде очищенной. Для этого использовали растворы этих веществ, приготовленные по методике, разработанной для флуконазола. Навески бензалкония хлорида и метилцеллюлозы были выбраны, исходя из их содержания в реальной лекарственной форме. По результатам определения в области максимума поглощения флуконазола оптическая плотность исследуемых вспомогательных веществ в обоих случаях была пренебрежительно мала. При изучении спектра поглощения лекарственной формы-плацебо было выявлено, что в области максимума поглощения флуконазола компоненты лекарственной формы-плацебо практически не поглощали электромагнитное излучение. Окончательное подтверждение отсутствия мешающего влияния вспомогательных веществ было получено при исследовании спектра поглощения водного извлечения из лекарственной формы. Он оказался практически идентичен спектру поглощения флуконазола.

Для количественного определения флуконазола, а также изучения линейности методики был построен калибровочный график. Для этого готовили серию растворов флуконазола с концентрацией 40; 80; 120; 160; 200; 240; 280; 320; 360 мкг/мл и измеряли их оптическую плотность в максимуме

поглощения на фоне растворителя. Калибровочный график представлен на рисунке 1.

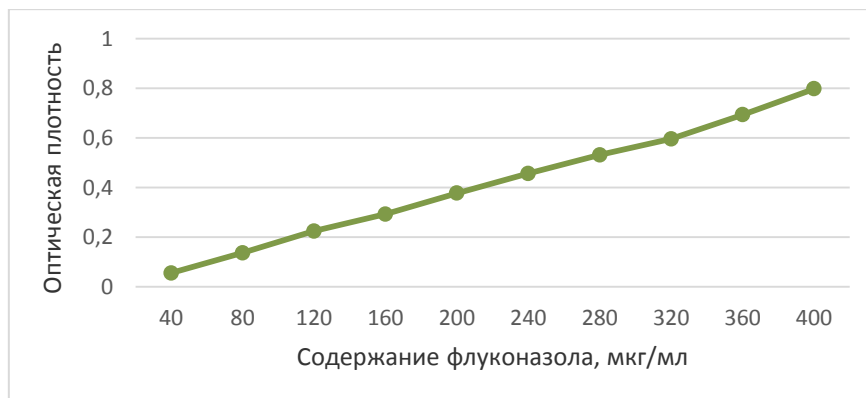


Рисунок 1. Калибровочный график для количественного определения флуконазола

Методом наименьших квадратов было рассчитано уравнение калибровочного графика: $A = 0,001959x - 0,01838$.

Для подтверждения линейности методики был рассчитан коэффициент корреляции, который составил 0,9996, что соответствует критерию приемлемости (не ниже 0,99).

Результаты шести независимых определений флуконазола в лекарственной форме с использованием калибровочного графика представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты количественного определения флуконазола

№ п/п	Навеска, мл	Оптическая плотность	Найдено флуконазола	
			%	% от номинального количества
1	5	0,3658	0,1961	98,06
2		0,3804	0,2036	101,78
3		0,3836	0,2052	102,60
4		0,3733	0,1999	99,97
5		0,3749	0,2008	100,38
6		0,3769	0,2018	100,89

Полученные результаты были обработаны статистически согласно требованиям ОФС «Статистическая обработка результатов химического анализа».

Анализ однородности выборки показал, что исследуемая выборка не содержит вариант, отягощенных грубыми ошибками, и может считаться однородной. Рассчитанные основные статистические параметры представлены в таблице 2.

Таблица 2. Статистические параметры
количественного определения флуконазола

№ п/п	Статистический параметр	Рассчитанное значение
1	Среднее значение, $\bar{x}$	100,61
2	Дисперсия, s^2	2,4745
3	Стандартное отклонение, S	1,5730
4	Относительное стандартное отклонение, S_r	1,56%
5	Полуширина доверительного интервала, Δx	1,65
6	Относительная ошибка среднего результата, $\bar{\varepsilon}$	$\pm 1,64\%$
7	Доверительный интервал, $\bar{x} \pm \Delta x$	$100,61 \pm 1,65$

Выводы. В результате проведенного исследования была разработана методика количественного спектрофотометрического определения флуконазола в экспериментальной жидкой лекарственной форме с использованием уравнения калибровочного графика, проведена статистическая обработка результатов количественного определения. Доверительный интервал составил $\bar{x} \pm \Delta x = 100,61 \pm 1,65$, относительное стандартное отклонение (RSD) – 1,56%.

Список литературы.

1. Грибковые заболевания полости рта / Л.Н. Дроботько и др. // Медицинский совет. 2017. № 9. С.38–42.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ С ДЕКСПАНТЕНОЛОМ

Мяснянкина Е.А., Рясина К.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Научные руководители – к.ф.н., доцент Маравина И.Н.,

к.ф.н., доцент Чекмарева М.С.

Актуальность исследования состоит в разработке лекарственных форм репаративного действия для лечения заболеваний полости рта. Данные лекарственные средства должны разрабатываться с учетом фазы течения воспалительного процесса и соответствовать основным медико- биологическим требованиям [1].

Сегодня одни из ведущих лекарственных субстанций для применения в фазах регенерации тканей является декспантенол – стабильный многоатомный спирт, аналог пантотеновой кислоты. При наружном применении она в отличие от пантотеновой кислоты быстро абсорбируется кожей и слизистыми оболочками и конвертируется в пантотеновую кислоту, входящую в состав кофермента А, которая необходима для нормального функционирования эпителия. Также было доказано, что декспантенола работает как увлажнитель,

улучшая барьерные свойства кожи и слизистых оболочек, ускоряя заживление ран [3].

На современном фармацевтическом рынке существует огромный выбор препаратов для наружного и внутреннего применения, содержащих декспантенол, в различных лекарственных формах, однако аппликационных лекарственных средств, к которым относятся полимерные пленки и гели, нет.

Целью исследования является разработка технологии и изучение физико-химических свойств полимерных лекарственных пленок и гелей, содержащих декспантенол в качестве активного компонента.

Материалы и методы: декспантенол, вспомогательные вещества: вода очищенная, натрий-карбоксиметилцеллюлоза (Na-КМЦ), метилцеллюлоза (МЦ), поливиниловый спирт (ПВС), полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400), глицерин, бензиловый спирт, сахаринат натрия. Методы исследования – физико-химические, технологические.

Результаты и обсуждения. На первом этапе разработки полимерных пленок осуществляли выбор матрицы-носителя лекарственного вещества, для чего проводили отсеивающий эксперимент. В качестве основы будущей пленки использовали пленкообразователи МЦ, Na-КМЦ и ПВС. Чтобы пленки в процессе хранения и применения сохраняли свойства эластичности, в их состав вводили пластификаторы: глицерин и ПЭО-400.

Изготовление пленок проводили в асептических условиях. Готовили раствор пленкообразующего вещества с добавлением пластификаторов. Для чего определенную навеску полимера заливали горячей водой очищенной температуры $(80-90)^{\circ}\text{C}$, перемешивали и оставляли на некоторое время для набухания полимера. Затем добавляли пластификатор, перемешивали до получения однородной массы и оставляли полученный раствор для удаления из него пузырьков воздуха. После деаэрации готовую основу будущей пленки выливали на стерильную подложку и сушили на горизонтальном сушильном столике до полного высыхания. Полученные готовые пленки аккуратно отделяли от подложки и исследовали.

Основными критериями отбора пленок удовлетворительного качества являлись их хорошее отслаивание от подложки, прозрачность, однородность, эластичность, отсутствие липкости, микротрещин и разрывов.

Все изготовленные образцы пленок были прозрачными, однородными, не липкими. Однако менее эластичными оказались пленки, приготовленные на основе ПВС в качестве пленкообразователя. Они при плохом отделении от подложки сразу растрескивались. Добавление в состав данных пленок большего количества пластификатора (глицерина) приводило к тому, что пленки после высыхания становились липкими, тем самым их качество не улучшалось.

Наиболее приемлемыми по внешнему виду из всех исследуемых модельных образцов были пленки, изготовленные на основе МЦ и Na-КМЦ в сочетании с глицерином.

Вторым этапом исследований было введение лекарственного вещества в полученные пленки-плацебо. Декспантенол хорошо растворим в воде, является

термостабильным веществом, поэтому его более целесообразно растворять в горячей воде очищенной ($80-90^{\circ}\text{C}$), предназначенной для набухания полимера. Таким образом, в полученный раствор декспантенола вводили пленкообразователь, все тщательно и осторожно перемешивали для предотвращения излишней аэрации раствора и оставляли для набухания. Затем к полученному раствору добавляли пластификатор, перемешивали, деаэрировали, разливали на подложки и сушили.

Готовые пленки, приготовленные на МЦ и Na-КМЦ, по внешнему виду были прозрачны, эластичны и хорошо отделялись от подложки. Однако пленки с использованием МЦ были излишне липкими, поэтому в дальнейшем эксперименте использовали пленки, изготовленные на Na-КМЦ.

При изучении физико-химических показателей [3] изготовленных лекарственных полимерных пленок с декспантенолом получили следующие результаты: по внешнему виду пленки представляли собой бесцветные прозрачные пластины, эластичные, однородные, без механических и воздушных включений. Время растворения 1см^2 пленки в 5 мл воды очищенной при $(36\pm 1)^{\circ}\text{C}$ не превышало 10 мин. Значения pH водного раствора (1см^2 пленки в 5 мл) - $6,4\pm 0,4$. Сила адгезии пленок составила 1,3 кН. Остаточная влажность не превышала 10%.

Достоинством второй разрабатываемой нами лекарственной формы – гели является их нанесение на слизистые оболочки и в раневые карманы ротовой полости.

При разработке гелей с декспантенолом первоначально осуществляли выбор оптимальной основы. Учитывая область применения разрабатываемых гелей (нанесение на слизистые оболочки полости рта), выбор остановили на гидрофильных основах. Поэтому в качестве гелеобразователя использовали МЦ, Na-КМЦ и сочетание Na-КМЦ с ПВС, для улучшения реологических свойств добавляли ПЭО-400 и глицерин, для корректирования органолептических свойств вводили бензиловый спирт и сахаринат натрия.

Гели изготавливали по традиционной технологии: в горячей воде очищенной ($80-90^{\circ}\text{C}$) растворяли декспантенол, добавляли полимер или их смесь, тщательно все перемешивали. Затем вводили ПЭО-400 или глицерин. Смесь оставляли при комнатной температуре до полного растворения полимеров и гелеобразования. Далее в последнюю очередь в полученный гель вводили бензиловый спирт и сахаринат натрия.

Оценку качества изготовленных гелей осуществляли по следующим показателям: внешний вид (однородность, цвет, запах, вкус), значение pH 10% водных растворов, термо- и коллоидная стабильности и осмотическая активность. По внешнему виду все гели представляли собой бесцветные, прозрачные, однородные массы с легким запахом жасмина и сладковатым вкусом. При изучении термо- и коллоидной стабильностей все гели оставались однородными, расслаивания не наблюдалось. Значения pH водных растворов гелей находилось в пределах 6-7. При изучении осмотической активности разработанных гелей было установлено, что наибольшей адсорбционной способностью обладали гели, в состав которых входил ПЭО-400. Кроме того,

гели, изготовленные на основе Na-КМЦ и смеси Na-КМЦ с ПВС в 2 раза превосходили по осмотической активности гель на МЦ. Поскольку при регенерации тканей нежелательно наличие высокой осмотической активности лекарственных препаратов, оптимальным следует считать гель, приготовленный на основе полимера МЦ.

Выводы. В результате проведенных исследований, нами были разработаны состав и технология двух лекарственных форм с декспантенолом – полимерных лекарственных пленок и геля для применения в стоматологической практике в качестве ранозаживляющих и ускоряющих регенерацию тканей средств.

Список литературы.

1. Аверьянов С.В., Исхаков И.Р., Исаева И.А. Применение стоматологических пленок при заболеваниях слизистой полости рта // Успехи современной науки. 2017. Т.5, № 1. С. 99-104.
2. Автина Т.В., Автина Н.В., Покровский М.В. Оценка качества биорастворимой полимерной пленки неопиоидного анальгетика // Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития. Матер. Всеросс. науч.-практич. конф. с междунар. участием, посвящ. 50-летию фарм. факультета КГМУ. Курск, 2016. С. 300-303.
3. Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Опыт использования декспантенола для профилактики и лечения повреждений кожи у детей раннего возраста // Медицинский совет. 2017. № 19. С. 30-32.

ПОЛУЧЕНИЕ И ИССЛЕДОВАНИЕ ИК-СПЕКТРА ДОКСОРУБИЦИНА ГИДРОХЛОРИДА

Пикалева В.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Тарасова О.В.**

Актуальность исследования заключается в том, что на сегодняшний день инфракрасная спектроскопия является одним из самых широко используемых в фармацевтической практике оптических методов анализа. Она получила большое распространение при идентификации различных соединений, а также в анализах, целью которых является подтверждение подлинности фармакологически активных веществ и других компонентов лекарственных средств [2].

Целью исследования является получение и последующая расшифровка ИК-спектра доксорубина гидрохлорида. Доксорубин гидрохлорид относится к группе противоопухолевых антибиотиков и является препаратом высокой токсичности. Для анализа было выбрано лекарственное средство в форме лиофилизата для приготовления раствора для внутрисосудистого и

внутрипузырного введения производства АБИК Лтд., Израиль. Анализ проводили в лаборатории «Физико-химических методов анализа» обучающего симуляционного центра КГМУ.

Материалы и методы: порошок доксорубина гидрохлорида для инъекций, кристаллический калия бромид, электронные аналитические весы LEKI B2104, Фурье-спектрометр инфракрасный ФСМ 1201. Для получения спектра доксорубина выбрали методику прессования с инертным наполнителем. В качестве инертного наполнителя использовали кристаллический бромид калия, так как он не имеет собственных полос поглощения в области $400-4000\text{ см}^{-1}$, достаточно пластичен, инертен к изучаемому органическому соединению. [1] Расшифровку полученного спектра произвели при помощи таблиц интервалов характеристических частот групп атомов в органических соединениях.

Результаты и обсуждения. Был получен ИК-спектр доксорубина гидрохлорида и проведена его расшифровка с использованием таблиц интервалов характеристических частот групп атомов в органических соединениях.

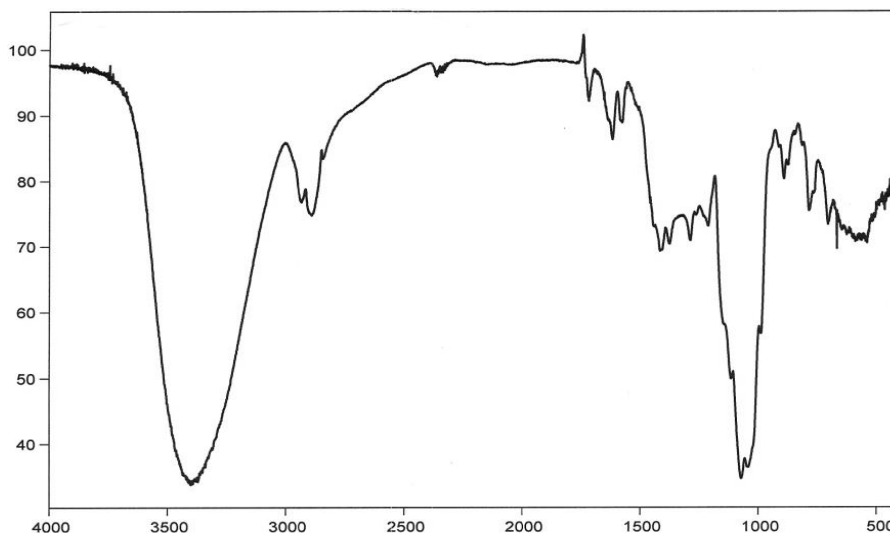


Рисунок 1. ИК-спектр доксорубина гидрохлорида

Наличие различных функциональных групп было обнаружено по характеристическим полосам в определенном диапазоне частот (таблица 1).

Таблица 1. Соответствие колебаний функциональных групп в молекуле доксорубина гидрохлорида характеристическим полосам в диапазонах частот

Виды колебаний	Частоты, см^{-1}
колебания фенольного гидроксила	3400
колебания спиртового гидроксила	1070 – 1000
колебания первичной ароматической аминогруппы	1340 – 1250
колебания простозэфирной группы	1150 – 1060
колебания простозэфирной ароматической группы	1270 – 1230
колебания альдегидной группы	2900 – 2820; 2775 – 2700

В соответствии с полученным спектром субстанция доксорубина гидрохлорида содержит полосы в интервале $1070 - 1000\text{ см}^{-1}$, 3400 см^{-1} , $1340 - 1250\text{ см}^{-1}$, $1150 - 1060\text{ см}^{-1}$, $1270 - 1230\text{ см}^{-1}$, $2900 - 2820\text{ см}^{-1}$, $2775 - 2700\text{ см}^{-1}$, что соответствует наличию спиртового и фенольного гидроксила, первичной ароматической, простоэфирной, простоэфирной ароматической и альдегидной группы.

Выводы. Был снят ИК-спектр доксорубина гидрохлорида и проведена его расшифровка для доказательства наличия различных функциональных групп.

Список литературы.

1. Бёккер Ю. А. Мир химии. Спектроскопия. М.: Техносфера, 2009. 522 с.
2. Тарасевич Б.Н. Основы ИК спектроскопии с преобразованием Фурье. Подготовка проб в ИК спектроскопии. М.: Изд. МГУ, 2012. 122 с.

УСПЕХИ В АККЛИМАТИЗАЦИИ И ИНТРОДУКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ

Погосян Н.Г.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Гончаров Н.Ф.

Актуальность данной темы обоснована постоянной потребностью фармацевтического производства в лекарственном растительном сырье, которое зачастую имеет недостижимый ареал произрастания.

Акклиматизация – это процесс приспособления организмов (в частности – растений) к новым условиям существования после территориального, искусственного или естественного перемещения с образованием стабильных самовоспроизводящихся популяций. Она может протекать как в естественных, так и созданных человеком условиях. Все современные культурные растения прошли сложный путь акклиматизации в процессе своей эволюции.

Акклиматизация растений происходит и в настоящее время. Она происходит в 3 условных этапа: интродукция, адаптация и натурализация. На анализируемой территории наиболее активно проводятся мероприятия по первому этапу – интродукции [4].

Таким образом, целью исследования является изучение достижений в интродукции лекарственных и некоторых других видов растений на территории Центрального Черноземья на примере Железногорского дендрологического парка, Курского областного эколого-биологического центра и опытно-коллекционного участка Курского государственного медицинского университета (КГМУ).

В ходе выполнения работы ставились следующие задачи:

Изучение результатов деятельности Железногорского дендрологического парка; изучение достижений Курского областного эколого-биологического центра в культивировании экзотических и лекарственных растений; изучение успехов в интродукции опытно-коллекционного участка КГМУ.

Железногорский дендропарк создавался на научной основе, по рекомендациям ученых-ботаников Брянской государственной инженерно-технологической академии и Воронежского института генетики и селекции лесных культур. Дендропарк сегодня это и научно-исследовательская база, где ведется работа по селекции и интродукции растений, и производственное хозяйство, где разрабатывают коллекции растений, создают семенной фонд, а также работают на заказ над озеленением городов и посёлков.

Из всей Курской области только здесь можно увидеть цветущий рододендрон – растение из семейства вересковых. Здесь присутствуют несколько видов реликтовых растений, это диморфант, бархат амурский и гинкго двулопастный (храмовое дерево), которые часто называют живыми ископаемыми.

Курский эколого-биологический центр создан на территории бывшего загородного дома помещика А.Л. Вакулина. Образовательное учреждение занимает площадь 5,6 га. На ней располагаются плодовый сад, учебно-опытный и цветочно-декоративный участки, дендропарк, здания лабораторий, теплицы, оранжереи и прочие хозяйственные строения.

В закрытом грунте выращивают инжирное дерево, банановую пальму, пассифлору инкорнацкую, виды кактуса и др. В естественной атмосфере растут травянистые лекарственные растения: тимьян, шалфей, Melissa, мята и др.

Опытно-коллекционный участок является структурным подразделением КГМУ. На его территории ведется работа по интродукции представителей флоры Кавказа, Дальнего Востока, Сибири. Из удачных интродуцентов можно отметить аралию, элеутерококк, скумпию, маклею, красавку. Всего в экспозицию коллекции входят более 100 древесных, кустарниковых, травянистых видов лекарственных и декоративных растений.

Результаты и обсуждения. Результатом проведенной работы является учебно-образовательный видеоролик, в котором наглядно представлены успехи и достижения интродукции в Курской области, а также рассмотрены некоторые теоретические аспекты агротехники.

Многолетние исследования (Сравнительное изучение морфолого-анатомических признаков и экологических условий произрастания видов [3]) в рассматриваемых учреждениях говорят о возможности создания опытно-производственных участков для массового выращивания аралии манчжурской, боярышников североамериканских видов, марены красильной, мачка жёлтого, шлемника байкальского и некоторых других лекарственных растений. В настоящее время наше внимание привлекает астрагал шерстистый [5].

Список литературы.

1. Андреев Л.Н., Бер М.Н. Аналитический обзор. Ботанические сады и дендрологические парки высших учебных заведений. Петрозаводск: Hortus Botanicus, 2004. № 3 104с.
2. Викторов В.П., Черняева Е.В. Интродукция растений. М.: Прометей, 2013. 260с.
3. Воронина Е.П., Горбунова Е.О., Горбунов Ю.Н. Новые ароматические растения для Нечерноземья. М.: Наука, 2001. 173с.
4. Выращивание лекарственных растений в саду: Характеристика, биологические особенности, приемы возделывания в Сибири / В.М. Гриль, В.Ф. Израильсон, И.Н. Гуськова, Е.В. Тюрина. Новосибирск: 1992. 160с.
5. Современные технологии поиска растительных источников поиска биологически активных веществ на основе многометрического таксономического анализа / А.М. Ковалева, Н.Ф. Гончаров, Н.В. Сидора, А.Н. Комиссаренко. Москва: Ирис групп, 2011. 126с.

КАЧЕСТВЕННОЕ И КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЯБЛОКАХ

Подалёнкова А.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Тарасова О.В.**

Актуальность исследования состоит в том, что витамин С – важное органическое соединение, обеспечивающее нормальное протекание физиологических и биохимических процессов. Так как аскорбиновая кислота практически не синтезируется в организме, а проступает с продуктами питания, то необходимо идентифицировать ее в пище, чтобы не допустить гиповитаминоза и развития патологических состояний.

Целью исследования является определение аскорбиновой кислоты в яблоках различных сортов (импортные и отечественные плоды).

Материалы и методы: для достижения цели были использованы пробирки (в качественном определении), конические колбы, химические стаканы, бюретки для титрования, ступка с пестиком, весы, реактивы.

Качественный анализ: реакция с нитратом серебра, реакция с красной кровяной солью в присутствии хлорида железа (III). Метод количественного анализа – йодометрическое титрование. [2]

Результаты и обсуждения. После проведения качественного и количественного анализа определили, что в местных яблоках аскорбиновой кислоты содержится больше, чем в импортных. Количество аскорбиновой кислоты в пищевых продуктах зависит от сорта растения, времени сбора урожая, метода обработки плодов, хранения и других факторов.

Различное содержание витамина С в образцах можно объяснить следующими факторами: способ и время хранения, режим обработки плодов; своевременность сбора урожая; климатические условия; степень зрелости плодов.

После проведения количественного анализа можно сделать вывод о том, что 1 яблоко средней массы ($\approx 100\text{г}$), лишь частично восполняет суточную потребность организма в аскорбиновой кислоте (диаграмма 1).

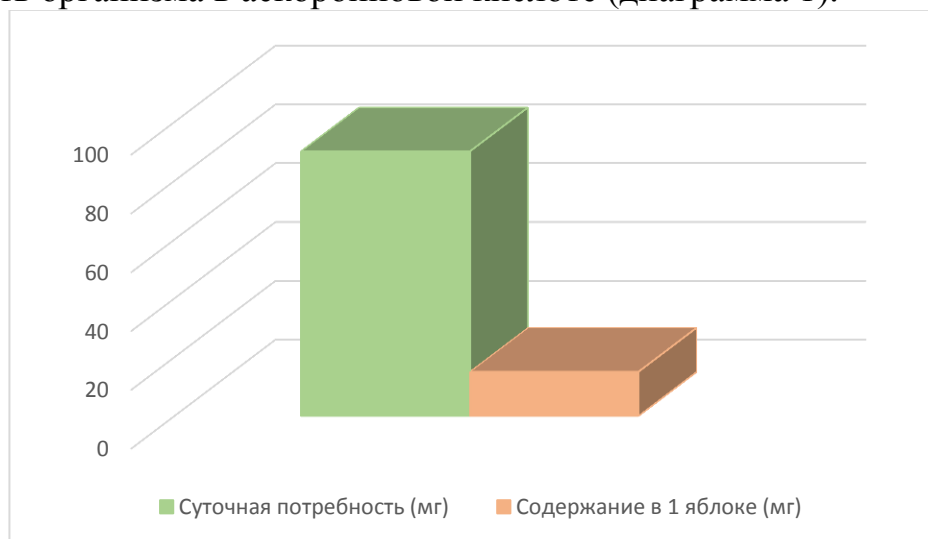


Диаграмма 1. Зависимость между суточной потребностью аскорбиновой кислоты и ее содержанием в яблоках

Витамину С нужно уделять особое внимание, так как человек постоянно теряет его в процессе жизнедеятельности. При выделении 100 мл пота теряется около 10 мг аскорбиновой кислоты, а в летнее время и при повышении температуры тела, расходуется до 400 мг. Поэтому важно своевременно его возмещать [1].

Выводы. Нехватка аскорбиновой кислоты в организме человека приводит к частым инфекционным и простудным заболеваниям: грипп, насморк, кашель, различные инфекции. Кроме того, недостаток витамина С вызывает разрушение зубов, нарушение функции щитовидной железы, печени, почек, желудка, кишечника, надпочечников и селезенки, патологические изменения десен, сосудов, артрит, невралгию, отеки, катаракту, глаукому, аллергические реакции, диатез, общую слабость, депрессию, бесплодие и даже злокачественные новообразования. Сухость кожи и медленное заживление ран – также являются свидетельством малого употребления данного вещества.

Лучшему усвоению витамина С способствуют биофлавоноиды, а уменьшают его количество в организме различные препараты, так, не следует принимать вместе с аскорбиновой кислотой лекарства, содержащие алюминий – его всасывание ускоряется, может возникнуть токсическая реакция. Витамин В12, напротив, может перестать усваиваться, но только при частом приёме очень больших доз витамина С [3].

Получать витамин С необходимо регулярно и ежедневно. Не стоит надеяться на таблетки – их принимают как дополнение, а не вместо того витамина С, который должен поступать с пищей.

Список литературы.

1. Медицина. Электрон.журнал. Режим доступа: <http://medicina.dobro-est.com/vitamin-c-askorbinovaya-kislota-opisanie-istochniki-i-funktsii-vitamina-c.html> (дата обращения 18.03.2019).
2. ОФС.1.2.3.0017.15 Методы количественного определения витаминов взамен ст. ГФ XI, вып.2
3. inFlora.ru Электрон. журнал. Режим доступа: <http://www.inflora.ru/directory/vitamins-and-minerals/vitamin-c> (дата обращения 19.03.2019).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ НИМЕСУЛИД

Пожидаева Д.Н.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Олейникова Т.А.**

Актуальность исследования состоит в том, что нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – эффективное средство патогенетической терапии острой или хронической боли, которое используется миллионами пациентов в мире [2]. Высокий спрос на лекарственные средств (ЛС) данной группы, расширение спектра потребительских свойств (ПС) способствуют увеличению генерикового сегмента НПВП, включающего большое число торговых наименований ЛС, многообразие лекарственных форм (ЛФ) и дозировок. При этом около 70% врачей до сих пор не могут четко ориентироваться в их разнообразии, а многие не готовы работать с аналоговыми препаратами [1]. В связи с этим, с целью решения проблемы рационального выбора препаратов из имеющихся предложений, актуальным является оценка ПС и выделение НПВП с наилучшими характеристиками в рамках одного международного непатентованного наименования (МНН).

Целью исследования является сравнительная оценка ПС НПВП, содержащих нимесулид.

Материалы и методы: контент-анализ, сравнительный анализ, логический анализ, группировка, экспертные оценки.

Результаты и обсуждения. Согласно Государственному реестру ЛС, на данный момент в Российской Федерации разрешены к применению 27 лекарственных препаратов (ЛП) с МНН Нимесулид [3]. Ассортимент

представлен 13 торговыми наименованиями, наибольшую долю из которых занимает Нимесулид – 26%, на втором месте – Нимулид и Найз (по 15%).

Доминирующее большинство препаратов, содержащих нимесулид, зарубежного производства (63%). Среди стран-производителей лидирует Индия (40% ЛП).

Наибольшая часть препаратов (26% – 7 препаратов) зарегистрирована в 2008 году, по 14,8% (по 4 препарата) – в 2009 и 2016 году, 11,1% (3 препарата) – в 2012 году.

Среди анализируемых препаратов 63% (17 препаратов) выпускаются в форме таблеток, 18,5% (5 препаратов) – в форме гранул, 15% (4 препарата) – в форме геля, 3,5% (1 препарат) – в форме суспензии.

В представленном ассортименте два препарата являются референтными: гранулы Нимесил и таблетки Нимулид. Практически все препараты (89%), содержащие нимесулид, отпускаются по рецепту врача.

Анализ показал, что препарат Нимесулид, выпускаемый в таблетках такими российскими производителями, как «Атолл» и «Березовский фармацевтический завод», могут иметь два варианта упаковки – блистеры и банки, что влияет на ПС и позволяет оценивать их отдельно. В соответствии с этим, для исследования были взяты инструкции 29 ЛП, содержащих нимесулид. На основе полученной информации потребительские характеристики оценивались по шкале, состоящей из сформированного перечня ПС, сгруппированных на следующие блоки:

1. Фармакологические ПС: фармакологическое действие; быстрота наступления терапевтического эффекта; безопасность (минимум побочных эффектов); наличие доказательной базы; безопасное взаимодействие с другими ЛС; пищей; отсутствие/минимальное количество противопоказаний; многофункциональность (широта показаний к применению).

2. Общие товароведческие ПС: разнообразие ЛФ; ценовая доступность; рациональность упаковки; широкий диапазон дозировок; срок годности после вскрытия; широкий ассортимент ЛП аналогичного фармакотерапевтического действия; для таблеток: наличие риски для вынужденного деления; известность ЛС (брендовое название).

3. Специфические ПС: минимальное побочное действие на желудочно-кишечный тракт; кардиоваскулярная безопасность; влияние на уровень агрегации тромбоцитов и свертываемости крови; наличие ЛФ, попадающих в организм, минуя желудок.

Для каждого ПС была представлена вариативная шкала от минимального к максимальному значению степени выраженности параметра у препарата (1 балл – минимальная степень выраженности, 3 балла – максимальная). Для пяти ПС был предусмотрен выбор из двух вариантов (брендовое/небрендовое наименование; наличие риски для таблетированных ЛФ; соответствие/несоответствие товароведческим критериям упаковки; наличие/отсутствие определенного срока годности после вскрытия; наличие ЛФ, попадающих в организм, минуя желудок).

Полученные оценки ПС НПВП, содержащих нимесулид, находятся в интервале от 1,44 до 1,94 балла.

Наивысшие оценки получили препараты Найз и Нимесулид ООО «РеплекФарм», выпускаемые в форме таблеток. Анализ оценок двух лидирующих препаратов показал, что ЛП Найз имеет более высокие оценки по показателям «безопасность», «минимальное количество побочных эффектов» и «брендовое название» и уступает по показателям «цена» и «широта показаний к применению».

Оценки ПС идентичные с оригинальными препаратами Нимулид (1,88) и Нимесил (1,77), которые являются вторым и четвертым по величине результатом оценки ПС анализируемого ассортимента, получили по четыре генерических ЛП: Нимесулид ЗАО «Берёзовский фармацевтический завод», Россия, табл., 100 мг (1,88), Нимесулид ОАО «Марбиофарм», Россия, гранулы, 100 мг (1,88), Найз «д-р Реддис Лабораторис Лтд», Индия, табл., 50 мг (1,88), Нимика «Ипка Лабораториз Лимитед», Индия, табл., 50 мг (1,88), Нимулид «Панацея Биотек Лтд», Индия, сусп. для приема внутрь, 50 мг/5 мл (1,77), Нимулид «Панацея Биотек Лтд», Индия, гель, 1% (1,77), Сулайдин Эксэлтис Хелскеа С.Л., Испания, гель, 1% (1,77), Нимесулид ЗАО «Берёзовский фармацевтический завод», Россия, табл., 100 мг (1,77).

В соответствии с полученными суммарными баллами по всем ПС первое место занял препарат Нимесулид ООО «РеплекФарм» (1,95), средняя оценка которого превысила оценку препарата Найз (1,89) за счет наличия риска для вынужденного деления.

Оригинальный препарат Нимулид в форме таблеток имеет лишь третий по величине результат оценки (1,84) и уступает лидеру по показателям «широта показаний к применению», «цена» и «наличие риска». ЛП Нимесил, выпускаемый в форме таблеток, занимает последнее место как в общем перечне препаратов, содержащих нимесулид (1,44), так и среди таблетированных ЛС (1,42).

Выводы. Таким образом, сравнительная оценка ПС нестероидных противовоспалительных препаратов, содержащих нимесулид, выявила значительные различия в их характеристиках. Следовательно, данная методика может быть использована для сравнительной оценки всех НПВП, представленных на российском фармацевтическом рынке, и формирования рекомендаций для врачей и провизоров на ее основе.

Список литературы.

1. Государственный реестр лекарственных средств Режим доступа: <http://www.grls.rosminzdrav.ru>
2. Кулигина Ю. Оригинал или генерик: единство или борьба? // Медицинский вестник. 2012. № 15 592 с.
3. Цурко В.В., Шавловская О.А., Фокина Н.М. НПВП – что изменилось за последние 10 лет? // РМЖ «Медицинское обозрение». 2014. № 27. С.1980.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМОКСИПИНА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ. ИЗУЧЕНИЕ ОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫМ МЕТОДОМ

Поляков И.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей и биорганической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Григорьева Т.М.**

История исследования и применения антиоксидантных препаратов была начата академиком АН СССР Н.М. Эмануэлем в 1950-е годы. С середины 1960-х годов различными научными группами были исследованы свойства производных 3-гидроксипиридина. Полученные разработки легли в основу лекарственных препаратов эмоксипин и мексидол, нашедших широкое использование в медицинской практике.

Эмоксипин – лекарственный препарат с различными механизмами действия. Он используется для защиты от оксидативного стресса и может напрямую или же опосредованно модифицировать мембранные структуры клеток, что изменяет, в первую очередь, процессы проникновения веществ через мембраны. Есть исследования подтверждающие способность эмоксипина к уменьшению гиперактивности глутамата и предупреждению повреждения нервных клеток, а также способность модулировать функционирование рецепторов и мембраносвязанных ферментов, восстанавливать нейромедиаторный баланс, повышать энергетический статус клетки. Это основные механизмы воздействия данного лекарственного вещества на функционирование различных клеточных структур, связанных с развитием многих патологий.

Эмоксипин применяется в неврологии и психиатрии для лечения неврологических, неврозоподобных состояний и купирования абстинентного синдрома при алкоголизме и наркомании [4]. Это объясняется нейротропным действием на клеточном уровне, а также улучшением кровообращения органов центральной нервной системы. Антистрессорный эффект эмоксипина проявляется в условиях экстремальных ситуаций и по глубине действия сходен с эффектом различных дневных транквилизаторов.

Также препарат применяется в кардиологии [1]. Он понижает процесс агрегации тромбоцитов, общий уровень холестерина в крови, тем самым оказывая кардиопротекторное и антиатеросклеротическое действие. Эмоксипин может использоваться в комплексной терапии различных форм ишемической болезни сердца.

По литературным источникам данный препарат можно использовать для электрофореза при лечении пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, в настоящее время этот способ является экономически выгодным способом репарации язвенных дефектов [3]. Имеются данные о действии эмоксипина на различные отделы кишечника при легкой степени перитонита, предположительно, за счет восстановления микроциркуляции крови в соответствующих отделах. Улучшение комплексного

состояния кишечника отмечается при понижении активности фосфолипазы А2 и процесса перекисного окисления липидов. Также для местного лечения гнойных ран используются перевязочные материалы с эмоксипином [2].

Своё применение препарат нашёл и при лечении многих офтальмологических заболеваний [2]. Это кровоизлияния различного патогенеза, диабетические ангиоретинопатии (включая и другой этиологии), а также для защиты и лечения роговицы и сетчатки при воздействии вредного излучения, при экспериментальной глаукоме.

Целью исследования является анализ использования эмоксипина в медицинской практике и изучение оксидантных свойств препарата хемилюминесцентным методом.

Материалы и методы: анализ проводился на приборе биохемилуминометр БХЛ-06. Использовалась инструментальная методика: «Определение общей антиоксидантной активности биологических субстратов на липопротеидной желтковой модели», разработанная НИЦ «Биоавтоматика» город Нижний Новгород.

Для исследования использовали препарат эмоксипин, раствор для инъекций 10 мг/мл. Препарат был произведен ФГУП Московский эндокринный завод, срок годности до декабря 2020 года.

Из раствора препарата с концентрацией 10 мг/мл были приготовлены следующие разведения: 10 мкг/мл, 20 мкг/мл, 30 мкг/мл.

Каждый анализ проводился в 10-ти повторениях. Результаты эксперимента по изучению оксидантной активности эмоксипина представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Значения максимальной интенсивности хемилюминесценции образцов в мВ.

№ п/п	Контроль	Эмоксипин		
	желток	10 мкг/мл	20 мкг/мл	30 мкг/мл
1	229	200	302	996
2	279	260	411	1081
3	306	270	388	998
4	236	210	368	925
5	280	227	390	1023
6	250	270	460	916
7	265	234	388	1001
8	298	264	410	923
9	275	210	388	999
10	270	240	400	1000
Среднее значение	268,8±7,8	238,5±8,4	390,5±12,5	986,2±16,3

Из полученных данных произвели расчет антиоксидантной активности препарата: приняв значение максимальной интенсивности хемилюминесценции

желточной модели за 100% можно увидеть снижение максимальной интенсивности хемилюминесценции пробы раствора с концентрацией 10 мкг/мл на 11,3 % ($100\% - \frac{238,5 \times 100}{268,8} \%$.) При проведении анализа проб с концентрацией 20 мкг/мл и 30 мкг/мл, было отмечено увеличение интенсивности хемилюминесценции на 45,3% ($100\% - \frac{390,5 \times 100}{268,8} \%$) в первом случае и на 266,9% ($100\% - \frac{986,2 \times 100}{268,8} \%$) во втором случае. Учитывая особенности люминесцентного анализа, в частности, возможность возникновения концентрационного тушения, можно предположить, что данным методом возможно определение антиоксидантной активности раствора препарата эмоксипин в концентрациях менее 10 мкг/мл.

Выводы. В результате нашего исследования была обнаружена слабая антиоксидантная активность 11,3% препарата эмоксипин в дозе 10 мкг/мл.

Список литературы.

1. Гарькин Г.Г. Сравнительная оценка кардиопротекторного эффекта обзидана, мексидола, эмоксипина, димефосфона и предуктала при ишемии миокарда: Автореф. дис. канд. мед.наук. Саранск, 2001. 17 с.
2. Катунина Н.П. Изучение антигипоксической активности новых производных 3-оксипиридина, бензимидазола, оксиникотиновой кислоты и меркаптобензимидазола: Автореф. дис. канд. биол. наук. Смоленск, 2002. 19 с.
3. Лапшихин А.П. Многокомпонентная антиоксидантная терапия при разлитом перитоните как профилактика полиорганной недостаточности: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2001. 19 с.
4. Смирнов Л.Д. Антиоксиданты гетероароматического ряда. Структура, активность, медицинское применение // Сб. тезисов 2-го Съезда Росс.науч. общ. фармакологов. М., 2003. С. 171.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРОТИНОИДОВ В ТРАВЕ АСТРАГАЛА ШЕРСТИСТОЦВЕТКОВОГО

Рыжкина А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – д.ф.н., доцент Бубенчиков Р.А.

Мировой фармацевтический рынок богат препаратами растительного происхождения, в частности, они составляют 10% от объёма всего производства. Растущий спрос обусловлен широким спектром фармакологического действия препаратов растительного происхождения. Среди биологически активных веществ растений значительное место занимают каротиноиды. Опубликованы результаты исследований, демонстрирующие их роль в уменьшении риска онкологических заболеваний, лечении

сердечнососудистых патологий и патологии сетчатки глаза, увеличении устойчивости организма к радиации.

В настоящее время достаточно хорошо разработаны методики разделения и идентификации каротиноидов в растительном лекарственном сырье. Значительное внимание уделяется методу тонкослойной хроматографии. Данный метод имеет ряд преимуществ таких как: простота, доступность, экспрессность и малое количество анализируемого вещества. В качестве элюента используют смесь растворителей гексан-ацетон (8:2). Количественное определение проводят методом спектрофотометрии в ультрафиолетовой и видимой областях.

Источником каротиноидов в основном являются продукты питания, при попадании в организм человека под действием фермента каротиказы превращаются в витамин А. Недостаток данного витамина может привести к ксерофтальмии и слепоте. Каротиноиды содержатся и в лекарственных растениях. Выявление новых источников каротиноидов является актуальным.

Нами исследованы каротиноиды травы астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus* Pall.). Это многолетнее травянистое растение со стержневым многоглавым корнем. Распространено на юге европейской части России, в Молдавии и Украине. Произрастает на открытых местах: на склонах речных долин и балок. Сырьё представлено цветоносными побегами. В медицинской практике его используют в виде настоя при начальных стадиях гипертонической болезни, хронической сердечнососудистой недостаточности, острых и хронических нефритах, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, воспалительных процессах, бронхиальной астме и некоторых видах онкологических патологий.

Однако, вопрос о действующих веществах растения остается открытым.

Целью исследования является изучение каротиноидов травы астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus* Pall.).

Материалы и методы: в качестве объекта исследования использовалась сухая воздушно-измельченная трава астрагала шерстистоцветкового, собранная в Мантуровском районе Курской области в 2018 году, в период массового цветения растения.

Качественное определение каротиноидов проводили методом тонкослойной хроматографии на пластинках «Сорбфил». Извлечение получали путём экстрагирования 1,0 г воздушно-сухого измельченного сырья 100 мл гексана. Гексановое извлечение концентрировали и определяли в нём каротиноиды методом хроматографии в тонком слое сорбента восходящем способом в системе растворителей гексан-ацетон (8:2) [1].

Количественное содержание каротиноидов в сырье астрагала шерстистоцветкового определяли спектрофотометрическим методом в ультрафиолетовой и видимой областях [1,4]. Для этого 1,0 г измельченного воздушно-сухого сырья аккуратно переносили в коническую колбу с притёртой крышкой вместимостью 100 мл и экстрагировали гексаном в течение 15 минут периодически помешивая. Затем полученное извлечение сливали в мерную колбу на 100 мл, а сырьё вновь заливали 20 мл гексана. Экстрагирование

растительного сырья проводили трижды. Полученные извлечения объединяли, доводили экстрагентом до 100 мл. Оптическую плотность полученного раствора измеряли на спектрофотометре СФ-2000 при длине волны 453 нм на фоне гексана, раствора сравнения.

Результаты и обсуждения. При проведении тонкослойной хроматографии в траве астрагала шерстистоцветкового обнаружены три пятна жёлтого цвета, что свидетельствует о наличии в сырье каротиноидов со значением R_f 0,07. R_f 0,61, R_f 0,93 (β -Каротин). Количественное содержание веществ данной группы составило $2,268 \pm 0,19$ мг%.

Выводы. В результате исследования травы астрагала шерстистоцветкового установлено наличие трёх веществ каротиноидной природы и определено их содержание, которое составило $2,268 \pm 0,19$ мг%.

Список литературы.

1. Бубенчикова В.Н., Левченко В.Н. Исследование каротиноидов в траве хондриллы ситниковидной (*Chondrilla juncea* L.) // Фармацевтический кластер как интеграция науки, образования и производства: материалы 5-й Междунар. научно-практ. телеконф. (Белгород, 17 апр. 2015 г.). Белгород, 2015. С. 118-120.
2. Государственная фармакопея Российской Федерации. XIV, том IV. Плоды шиповника. ФС. 2.5.0106.18, Москва, 2018
3. Каротиноиды. Биодоступность, биотрансформация, антиоксидантные свойства / В.И. Дадали, В.А. Тутельян, Ю.В. Дадали, Л.В. Кравченко // Вопросы питания. 2010. Т.79 № 2. С.22-24.
4. Кугерян А.Г. Спектрофотометрия в анализе каротиноидов // Фундаментальные исследования. 2015. № 2-23.
5. Фармакогнозия. Лекарственное сырьё растительного и животного происхождения: учебное пособие / под ред. Г.П. Яковлева. 3-е изд., испр. и доп. СПб. : СпецЛит, 2013. 848 с. : ил.

КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ЙОДА В ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Савенкова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Тарасова О.В.

Йод – это химический элемент с поистине универсальными свойствами. Для человеческого организма он незаменим: полноценный рост и развитие, правильный обмен веществ, здоровая психика – для всех этих процессов необходим йод [2].

В России недостатком йода страдают свыше 65% населения, в мире – 200 млн. человек, около миллиарда находятся в зоне риска. Данный показатель

зависит от возраста и физиологического состояния. Взрослым и подросткам (дети от 12 лет) необходимо 150 мкг йода каждый день, младенцам (до 1 года) – 50 мкг. Маленьким детям (от 2 до 6 лет) нужно употреблять 90 мкг йода, школьникам (дети от 7 до 12 лет) – 120 мкг в сутки. Самое большое количество этого микроэлемента требуется беременным женщинам и кормящим матерям – от 200 мкг до 290 мкг ежедневно. У людей с серьезными заболеваниями щитовидной железы суточная потребность в йоде иногда может возрастать в несколько раз [1].

Целью исследования является доказательство качественного наличия йода в поваренной соли и установление количественного содержания.

В течение последних десятилетий питание населения изменилось не в лучшую сторону: наблюдаются нарушения пищевого статуса, которые проявляются в распространении различных форм заболеваний. Эти изменения могут быть связаны с типом питания, природными, экологическими особенностями регионов, где проживает население. Профилактика неблагоприятных последствий недостатка йода имеет важнейшее значение для развития человечества. Йодная недостаточность требует наиболее срочных мер устранения, поскольку известно, что она является основной причиной не только образования эндемического зоба, но и умственной отсталости. Поливитаминный дефицит может сочетаться с недостаточным поступлением ряда минеральных веществ и микроэлементов, в том числе и йода. Данный микроэлемент играет значительную роль в работе щитовидной железы, оказывает влияние на работу иммунной системы организма и проблема его дефицита является актуальной на всей территории Российской Федерации.

Материалы и методы: объект исследования – поваренная пищевая соль сорта экстра, йодированная, изготовитель ООО «ТДС», СТО 73502643-001-2012.

Задачи: определили наличие йода в соли, проанализировали содержание йода в соли, йод в соли находится в виде йодидов I^- и йодатов IO_3^{2-} . В большем количестве в виде йодатов, так как они менее летучи.

В ходе исследования провели два этапа – качественный и количественный анализ. На первом этапе исследования мы провели качественное обнаружение йода в поваренной соли двумя методами: метод «пятна» для йодида, метод «пятна» для йодата. По результатам анализа йод в соли находится в виде йодата. Второй этап – количественное определение провели методом-окислительно-восстановительного титрования, йодометрия.

Расчет результатов количественного определения провели двумя способами: с использованием формулы классического титриметрического анализа.

$$\omega = \frac{K_{\text{п}} * C_{\text{eqNa}_2\text{S}_2\text{O}_3} * M_{\text{eqKIO}_3} * V_{\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3}}{1000}$$

$$\omega = \frac{1 * 0,005 * 21,39 * 0,2}{1000} = 0,00002139$$

0,00002139 грамм соответствует 21,39 мкг в 1 грамме соли

С использованием формулы, рекомендованной ГОСТ-2000 [3]:

$$\omega = \frac{K_{\text{п}} * V_{\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3} * 0,0001058 * 100}{m}$$

Где: 0,0001058 – масса йода, соответствующая 1 мл $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$

$$\omega = \frac{1 * 0,2 * 0,0001058 * 100}{1,0122} = 0,00211\%$$

Рассчитали в мкг/г, для этого умножили на 10 000, получили 21,1 мкг/г.

Выводы. Установили, что поваренная соль содержит йод в виде йодатов в количестве 21,39 мкг/в 1 г соли, что составляет 14,3% от необходимого количества (150 мкг для детей старше 12 лет и взрослых). Поваренная йодированная соль вместе с другими йод-содержащими продуктами способствует профилактике йод-дефицита и восполнения суточной потребности организма в йоде. Рекомендуемые для профилактики дефицита йода продукты (ориентировочное наличие в 100 г продукта): морская капуста (300 мкг), фейхоа (80 - 350 мкг), минтай (150 мкг), треска (135 мкг). Более доступные и привычные в нашем рационе продукты тоже имеют в своем составе йод (ориентировочное наличие в 100 г продукта): шпинат (20 мкг), куриное яйцо (20 мкг), фасоль (12 мкг), редис, виноград (8 мкг), печень говяжья (6-7 мкг), хлеб белый, ржаной (5-6 мкг), шоколад молочный (5-6 мкг), картофель (5-6 мкг), огурцы (5-6 мкг).

Список литературы.

1. ГОСТ Р 51575-2000 Соль поваренная пищевая йодированная. Методы определения йода и тиосульфата натрия. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/1200007266>
2. Йод в организме человека. В каких продуктах есть йод? Электрон. журнал. Режим доступа: <http://fb.ru/article/272755/yod-v-organizme-cheloveka-v-kakih-produktah-est-yod> (дата обращения 15.03.2019).
3. Функции йода и его незаменимые свойства для развития организма. Электрон. журнал. Режим доступа: <https://www.scienceforum.ru/2015/1355/9699> (дата обращения 14.03.2019).

ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЕ МЕТОДЫ В АНАЛИЗЕ РАСТИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ (АОА) ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ШРОТА РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫМ МЕТОДОМ

Сапронова А.К.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей и биоорганической химии

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Григорьева Т.М.

Известно, что развитие большинства патологических состояний организма происходит за счет образования в теле так называемых свободных радикалов. Они появляются в процессе жизнедеятельности клеток в результате окисления кислородом органических и неорганических веществ. Все это может привести к биологическому повреждению молекул и клеточных структур в целом. Роль антиоксидантов – связать и вывести из организма свободные радикалы. В организме имеется собственная система борьбы с большим количеством свободных радикалов [2]. Но уже достоверно известно, что многие растения имеют в своем составе антиоксидантные вещества, которые были обнаружены в результате проведения множества разных лабораторных опытов, например, с помощью хемилюминесцентного метода. Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время существует необходимость в использовании антиоксидантов растительного происхождения, для этого постоянно нужно расширять сырьевую базу такого рода растений. Эффективное использование антиоксидантов природного происхождения может помочь в будущем в лечении и профилактике различных заболеваний [1, 3].

Целью работы является обнаружение и изучение антиоксидантных свойств лекарственного растения Расторопши пятнистой.

Материалы и методы: материалом исследования служил шрот Расторопши пятнистой ТУ 9729-005477-87775-11 № Т0939. Срок годности: с 22.10.18 по 23.10.20; производитель – ООО «Апротекфарм». Для анализа использовались следующие реактивы: раствор сульфата железа (II), фосфатный буфер, раствор люминола, липопротеидная модель из яичного желтка, 2% раствор перекиси водорода. Исследование проводилось хемилюминесцентным методом анализа на приборе биохемилюминометр БХЛ-06 по методике завода-изготовителя.

Результаты и обсуждения. После подготовки всех реактивов к работе и настройки прибора вначале измеряли интенсивность хемилюминесценции рабочего раствора желтков. Определение повторяли 10 раз, после чего вычисляли среднее значение (A_1) данного параметра, которое составило $258,9 \pm 5,1$ мВ. Затем проводили анализ интенсивности хемилюминесценции настоя шрота Расторопши пятнистой, для приготовления которого 1 чайную ложку сырья заливали 400 мл воды комнатной температуры. После фильтрации через бумажный фильтр полученный раствор помещали в кюветное отделение

прибора и проводили определение интенсивность хемилюминесценции. Анализ также проводили в 10-ти повторениях. Используя методы статистической обработки, вычислили среднее значение (A_2), которое составило $194,9 \pm 3,8$ мВ.

Суммарную антиоксидантную активность пробы определяли следующим образом: сначала рассчитывали величину A_2 в%, приняв величину A_1 равной 100%, а затем вычисляли суммарную антиоксидантную активность пробы по формуле: $X(\%) = 100\% - A_2(\%)$. Суммарная антиоксидантная активность водных извлечений шрот Расторопши пятнистой составила 24,7%.

Выводы. Таким образом, на основе экспериментальных данных можно сделать вывод о наличии антиоксидантной активности в определяемом лекарственном сырье и о перспективности использования водных извлечений шрота Расторопши пятнистой в качестве источника природных антиоксидантов.

Список литературы.

1. Григорьева Т.М. К вопросу о расширении сырьевой базы лекарственных растений обладающих антиоксидантной активностью // Биотехнология и биомедицинская инженерия: Сборник научных трудов по материалам X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию биотехнологического факультета и 20-летию кафедры биологической и химической технологии Курск, 2017. С. 397-398.
2. Новицкий В.В., Гольдберг Е.Д., Уразова О.И. Патопфизиология: учебник: в 2 т. 4-е изд., перераб. и доп. ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. -848 с.
3. Свободные радикалы и антиоксиданты. Электрон. журнал. Режим доступа: http://www.vedamost.info/2012/12/blog-post_18.html (дата обращения 31.01.19).

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Свинарева И.В., Демьяненко Е.В., Колесников Д.А.

**Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки**

Кафедра медицинской химии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бойченко П.К.

Актуальность исследования заключается в том, что в последние годы клеточная терапия рассматривается как одно из перспективных направлений альтернативного лечения различных патологических состояний, в том числе и заболеваний почек [1, 7]. В тоже время изучение стресса и закономерностей изменения метаболизма при действии стрессоров различной природы и

интенсивности является одним из ведущих направлений медицинской науки [2, 3]. Ограничение двигательной активности – мощный стрессовый фактор [3, 4, 6]. Известно, что гипоксия почечной ткани, возникающая в ответ на микроциркуляторные нарушения при стрессе, является главным звеном ее повреждения [4, 6]. Гипоксия влияет на биоэнергетический аппарат клетки, вызывает активизацию перекисного окисления липидов, развитие дистрофических и некротических изменений клеток [3, 4, 6]. В результате сдвига прооксидантно-оксидантного равновесия повышается продукция монооксида азота, оказывающего в высоких концентрациях цитотоксический и проапоптотический эффект, и рассматривающегося в качестве одного из факторов повреждения нефрона при ишемических воздействиях [4, 5]. Совокупность всех этих изменений может способствовать развитию нефропатий [5]. Применение мезенхимальных стволовых клеток (МСК) может повлиять на свободнорадикальные процессы и способствовать нормализации антиоксидантных свойств в почечной ткани [1, 7].

Целью исследования является оценка эффективности применения аллогенных мезенхимальных стволовых клеток на выраженность свободнорадикальных процессов и состояние антиоксидантной системы по динамике малонового диальдегида (МДА), восстановленного глутатиона, супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в ткани почек крыс при остром иммобилизационном стрессе.

Материалы и методы: объектами исследования были 208 самцов нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Стресс моделировали однократной 24-часовой иммобилизацией животных в индивидуальных фиксирующих камерах. Клетки костного мозга получали вымыванием питательной средой полостей бедренных костей взрослых крыс, помещали в питательную среду «ИГЛА-МЕМ» с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками, культивировали 14 дней в условиях CO₂-инкубатора. Выделили группы животных: № 1 – интактную, № 2 – контрольную (иммобилизация без введения МСК), № 3 – экспериментальную (иммобилизация с внутривенным введением по 5×10^6 МСК). Животных декапитировали на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после иммобилизации. Извлекали почки, гомогенизировали их в среде выделения. Содержание МДА, уровень восстановленного глутатиона, активность СОД и каталазы определяли стандартными методами с последующей спектрофотометрией (СФ-46). Данные обрабатывали программой «Statistica 10.0», оценивали по критерию Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Исследованием установлено, что при остром 24-часовом иммобилизационном стрессе существенно изменяются показатели, характеризующие выраженность окислительного стресса. Применение аллогенных мезенхимальных стволовых клеток способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы и значительному снижению свободнорадикальных процессов в почечной ткани в посиммобилизационном периоде.

Так в группе контрольных животных уровень малонового диальдегида повысился относительно интактных значений в 1 сутки в 2,26 раза, на 3 сутки в 3,16 раза, на 7 сутки в 2,52 раза, на 14 сутки в 1,77 раза, на 21 сутки в 1,16 раза ($p < 0,001$), что можно объяснить активизацией перекисного окисления липидов при стрессовом воздействии. К 30 суткам наблюдения показатель групп № 1 и № 2 статистически не отличались. У животных, леченных МСК, уровень МДА в 1 и 3 сутки исследования также увеличился относительно значений группы № 1 соответственно в 2,21 и 3,1 раза ($p < 0,001$) и статистически не отличались от контрольных цифр. Однако с 7 суток наблюдения у экспериментальных крыс концентрация МДА в почечной ткани была достоверно ниже контрольных показателей: на 7 сутки в 1,21 раза, на 14 сутки в 1,37 раза, на 21 сутки в 1,1 раза, на 30 сутки – в 1,06 раз ($p < 0,05$).

Показатели восстановленного глутатиона, как неферментного звена антиоксидантной защиты, на 1 и 3 сутки наблюдения снизились относительно значений группы № 1 как в контрольной (соответственно в 1,55 и 2,145 раза, $p < 0,001$), так и в экспериментальной группах (соответственно в 1,54 и 2,055 раз, $p < 0,001$). У крыс группы № 2 цифры восстановленного глутатиона были достоверно ниже интактных значений на 7 сутки в 1,87 раз, на 14 сутки – в 1,6 раз, на 21 сутки – в 1,25 раз, на 30 сутки – в 1,1 раз ($p < 0,05$), что, вероятно, связано со значительным его потреблением в реакциях конъюгации с продуктами свободно-радикальных процессов. В группе № 3 на 7 сутки исследуемый показатель был ниже интактных значений в 1,56 раз ($p < 0,001$), но превышал контрольные значения в 1,2 раза ($p < 0,05$). На 14 и 21 сутки мониторинга его уровень у крыс, получавших клеточную терапию, был ниже интактных значений соответственно в 1,28 и 1,09 раз ($p < 0,05$), но был выше контроля соответственно в 1,25 и 1,1 раз ($p < 0,01$). К 30 суткам наблюдения не было статистической разницы между показателями исследуемых групп.

Состояние ферментативного звена антиоксидантной системы в почечной ткани также существенно изменилось после 24-часовой иммобилизации. У контрольных крыс в 1 сутки наблюдения уровни каталазы и СОД снизились относительно интактных значений соответственно в 1,86 и 1,39 раз ($p < 0,001$), на 3 сутки – в 2,4 и 1,99 раз ($p < 0,001$), на 7 сутки – в 1,78 и 1,71 раз ($p < 0,001$), на 14 сутки – в 1,48 и 1,22 раза ($p < 0,001$), на 21 сутки – в 1,24 и 1,11 раз ($p < 0,05$). На 30 сутки цифры каталазы и СОД в группе № 2 статистически не отличались значений группы № 1. У экспериментальных крыс цифры каталазы достоверно превышали контрольные значения на 7 сутки в 1,16 раз, на 14 сутки – в 1,26 раз, на 21 сутки – в 1,23 раза и на 30 сутки – в 1,07 раз ($p < 0,001$). Значения СОД у животных группы № 3 превышали значения группы № 2 на 7 сутки в 1,3 раз, на 14 сутки – в 1,06 раз, на 21 сутки – в 1,07 раза, на 30 сутки – в 1,08 раз ($p < 0,05$).

Результаты исследования могут указывать на подавление мезенхимальными стволовыми клетками процессов перекисного окисления липидов, повышение антиоксидантных свойств, что объясняется активной продукцией проангиогенных и антиапоптотических цитокинов, регуляцией воспаления и иммунных процессов, улучшением регенерации клеток почечной ткани, повышением устойчивости к гипоксии [1, 7].

Выводы. Опытным путем установлено, что 24-часовой иммобилизационный стресс интенсифицирует перекисное окисление липидов, угнетает активность компонентов антиоксидантной системы. Применение аллогенных МСК в качестве средства коррекции при экспериментальном стрессе способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы, а, следовательно, функционального состояния почек опытных крыс по сравнению с контролем, что подтверждает перспективность изучения эффектов от применения клеток с высоким пролиферативным потенциалом при различных патологических состояниях.

Список литературы.

1. Кирпатовский В.И. Возможности клеточной терапии в восстановлении нарушенной функции органов мочеполовой системы // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2016. № 1 (56). С. 60-67.
2. Кузьменко Е.В. Современные представления о проявлениях механизмов психоэмоционального стресса // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Серия «Биология, химия». 2013. Том 26 (65), № 2. С.95-106.
3. Нарушение обменных процессов в печени крыс под действием стресса / С.Е. Фоменко, Н.Ф. Кушнерова, В.Г. Спрыгин, Т.В. Момот // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 2. С.67-70.
4. Хужахметова Л.К., Теплый Д.Л. Особенности свободнорадикальных процессов при иммобилизационном стрессе у крыс в онтогенезе // Естественные науки. Физиология. 2016. № 4 (57). С. 72-78.
5. Цаликова Ф.Д. Апоптоз в патогенезе нефропатий // Нефрология и диализ. 1999. Т. 1, № 2 - 3. С. 127-130.
6. Effects of Immobilization Stress on Kidneys of Wistar Male Rats: A Morphometrical and Stereological Analysis / D.B. Souza, D. Silva, C.M. Silva и др. // Kidney Blood Press Res. 2011. 34. P. 424–429.
7. Spees J.L., Lee R.H., Gregory C.A. Mechanisms of mesenchymal stem/stromal cell function // Stem Cell Research & Therapy. 2016. 7. P. 125.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА В ФАРМАЦИИ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОКАРНИТИНА В ПРЕПАРАТЕ «ЭЛЬКАР». ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЙ МЕТОД

Сиротинин И.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей и биоорганической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Григорьева Т.М**

Люминесцентный анализ – это высокочувствительный и селективный метод анализа, основанный на определении состава веществ по их люминесценции. Этот анализ широко используется в медицине и фармации [1].

Один из видов люминесцентного анализа – хемилюминесцентный анализ – в настоящее время нашел широкое применение в клинической практике и фармации. Так в фармакологии его используют для исследования биологически активных соединений, оценки эффективности действия антиоксидантов и подбора препаратов. В клинической химии данным методом проводится ранняя диагностика заболеваний, оценка активности патологического процесса. В токсикологии и медицине катастроф проводят оценку тяжести состояния при ожогах, травмах и отравлениях [1, 2].

Целью исследования является изучение оксидантных свойств левокарнитина в препарате «Элькар» при разных его концентрациях хемилюминесцентным методом.

Материалы и методы: объектом исследования служил препарат «Элькар», раствор для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл, производство ООО «Эллара», г. Покров, Владимирская область серия 111116, годен до 01.12.2019. Определение проводились на приборе биохемилюминометр БХЛ-06. Использовалась инструментальная методика завода изготовителя.

Из раствора «Элькар» для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл готовили ряд разведений (1,2,3,5,7,10 мг/мл), затем обработку проводили растворами сульфата железа (II) и перекиси водорода в среде фосфатного буфера с последующим измерением максимальной интенсивности ($I_{\max}$) хемилюминесценции за 60 сек. Каждое определение проводили в 10-ти повторениях.

При анализе результатов использовали стандартные методы статистической обработки. Была обнаружена линейная зависимость показателей максимальной интенсивности хемилюминесценции в диапазоне концентраций 1 – 10 мг/мл левокарнитина.

Результаты исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Зависимость интенсивности
хемилюминесценции растворов препарата «Элькар» (в мВ).

Проба № п/п	Элькар				
	1 мг/мл	2 мг/мл	3 мг/мл	7 мг/мл	10 мг/мл
1	109,9	154,6	208,2	241,3	390,7
2	113,2	149,6	213,3	232,9	360,7
3	124,9	138	216,6	224,6	320,7
4	108,2	159,6	209,9	216,3	345,7
5	94,9	141,3	216,6	284,6	322,1
6	103,2	131,3	216,8	250,3	395,4
7	103,2	140,2	212,8	273,4	380,2
8	110,1	149,3	225,3	245,2	375,3
9	107,4	150,1	220,9	230,9	360,9
10	102,3	139,3	218,7	243,2	359,3

Таблица 2. Средние значения интенсивности
хемилюминесценции растворов препарата «Элькар» (в мВ).

Элькар				
1 мг/мл	2 мг/мл	3 мг/мл	7 мг/мл	10 мг/мл
107,73± 2,52	145,33± 2,74	215,91± 1,61	244,27± 6,66	361,1± 8,17

Выводы. В результате нашего исследования была определена линейная зависимость показателей максимальной интенсивности хемилюминесценции в диапазоне концентраций 1 – 10 мг/мл растворов препарата «Элькар». Полученные результаты могут быть использованы в дальнейшем для разработки методик стандартизации лекарственных форм и лекарственного растительного сырья по содержанию левокарнитина.

Список литературы.

1. Владимиров Ю.А. Активированная хемилюминесценция и биоллюминесценция как инструмент в медико-биологических исследованиях // Соровский образовательный журнал. 2001. Т.7, № 1 с.16-23
2. Клинические аспекты применения хемилюминесцентного анализа / Ю.С. Винник, А.А. Савченко, О.В. Теплякова и др. // Сибирский медицинский журнал. 2004. Т.46, № 5. С.11-16.

АНАЛИЗ ПРИРОДНЫХ ВОД КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Скрипкина О.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Воропаева В.Н.

С появлением экологических проблем, вызванных развитием промышленности, нарушением правил водопользования со стороны населения, возрастает потребность повышенного контроля качества потребляемой воды, а именно: установления общей жесткости, перманганатной окисляемости, содержания аммонийного азота, в обнаружении в природной воде ионов тяжёлых металлов, нитритов, нитратов, хлоридов и сульфидов, а также в совершенствовании методов очистки природных вод.

Целью исследования является анализ и сравнение показателей качества природной воды реки Сейм и родниковой воды из Брежинского колодца города Льгов, Курская область в зимний, весенний и летний периоды.

Материалы и методы: наблюдение, измерение, описание, эксперимент.

На территории Курской области насчитывается 902 постоянных (река, ручей) и временных водотоков общей длиной 7600 километров. Одно из крупнейших из них – река Сейм (общая длина водотока – 748 км, на территории Курской области – 504 км.) [1]. На формирование химического состава воды реки Сейм оказывают влияние антропогенные факторы: смыв удобрений; сбросы отходов животноводства; поступление стоков промышленного и коммунального происхождения; загрязнение нефтью и нефтепродуктами; загрязнение стихийными свалками отходов и сырья и др. [2,6].

Для Курской области подземные воды имеют стратегическое значение, так как являются единственным источником хозяйственно-питьевого водоснабжения населения. В условиях постоянно возрастающей нагрузки на природную среду и прогрессирующего загрязнения поверхностных вод расширение использования подземных вод не имеет альтернативы и возрастает с каждым годом [4]. Родниковые воды всегда славилась своей чистой водой. Не исключение и родник – Брежинский колодец, получивший своё название от Льговского помещика Феликса Лаврентьевича Брежинского, чей дом располагался рядом. [5].

Проведен анализ воды реки Сейм и родниковой воды из Брежинского колодца города Льгов, Курская область, отобранной в зимний, весенний и летний периоды.

Для обнаружения в исследуемой воде ионов тяжелых металлов проводилась предварительная обработка проб воды способом мокрого озоления. Для этого к 100 мл речной воды добавляли концентрированные серную и азотную кислоты и кипятили. В ходе кипячения содержания в пробе труднорастворимых органических веществ обнаружено не было, поскольку не наблюдалось мутности раствора. Таким образом, путем минерализации была подготовлена проба речной воды для определения цинка, меди, кадмия, кобальта. Определение свинца и никеля проводили без озоления, так как в

процессе пробоподготовки данные ионы частично теряются. В ходе предварительной обработки пробы воды применялось и концентрирование анализируемого раствора путем упаривания после подкисления его азотной кислотой.

Обнаружение ионов тяжелых металлов в подготовленных пробах проводили с помощью качественных реакций [3]. Получен положительный результат на свинец с йодидом, на цинк с сульфидом, на железо (III) с тиоцианатом калия в зимней, весенней и летней пробах речной воды, ион меди обнаружен реакцией с раствором аммиака в зимней и весенней пробах.

В анализируемых пробах речной воды нами проведено обнаружение ряда анионов (сульфидов, хлоридов, нитритов и нитратов) с помощью качественных реакций с раствором сульфата кадмия, нитрата серебра, перманганата калия, дифениламино. В зимней пробе обнаружены хлориды и нитраты, в весенней нитраты и нитриты, а в летней – хлориды, нитраты и нитриты.

Для определения приближенного содержания азота аммиака к пробе анализируемой воды добавляли 50% раствор сегнетовой соли и реактив Несслера. Цвет продукта при рассматривании сверху вниз, соответствующий содержанию аммонийного азота (мг/л) сравнивали с табличными значениями. Зимняя проба речной воды характеризуется отсутствием либо минимальным значением содержания аммонийного азота, что является благоприятным показателем качества природной воды. Весенняя проба речной воды характеризуется присутствием аммонийного азота в количестве 0,1 мг/л, что несколько превышает этот же показатель для зимней пробы воды из реки Сейм. Наибольшее значение при определении количества азота аммиака было обнаружено в летней пробе речной воды и составило 0,2 мг/л.

Результаты и обсуждения. Нами определено приближенное значение окисляемости – величина, характеризующая содержание в воде органических и минеральных веществ, окисляемых при определенных условиях перманганатом калия. Этот показатель отражает общую концентрацию органики в воде. Природа органических веществ может быть самой разной – и гуминовые кислоты почв, и сложная органика растений, и химические соединения антропогенного происхождения. Для определения окисляемости по Кубелю к пробе исследуемой воды добавляли раствор 25% серной кислоты, 0,01 н. раствор марганцовокислого калия и, нагревали до кипения. Лилово - розовый оттенок жидкости не сохранялся до конца кипячения. Зимняя проба речной воды быстро бурела, что указывает на то, что исследуемая вода имеет высокую окисляемость и добавленный марганцовокислый калий израсходовался целиком. Исследуемая проба воды была разбавлена, что было учтено при дальнейших расчетах. После кипячения добавляли 0,01 н. раствор щавелевой кислоты, при этом раствор обесцвечивался и оттитровывался 0,01 н. раствором марганцовокислого калия до появления слабо - розового окрашивания. По результатам определения перманганатная окисляемость зимней пробы составила 4,2 мг/л, весенней – 8,64 мг/л, летней – 12,7 мг/л.

Определение общей жесткости воды, обусловленной наличием ионов кальция и магния, проводили методом комплексонометрии. Анализируемую

пробу воды разбавляли дистиллированной водой, добавляли аммиачный буферный раствор, индикатор кислотный хром тёмно - синий и титровали 0,05 М раствором ЭДТА до перехода красной окраски раствора в синюю - фиолетовую. Общая жёсткость зимней пробы речной воды составила 7,2 ммоль-экв/л, что соответствует средней жёсткости, для весенней пробы – 2,8 ммоль-экв/л и для летней пробы – 2,4 ммоль-экв/л, что соответствует значению мягкой воды.

Анализ родниковой воды на наличие ионов тяжелых металлов, анионов, аммонийного азота, окисляемости и общей жесткости проводили по методикам, использованным для анализа речной воды. В зимней родниковой воде найдены ионы цинка и железа (III), в весенней воде – свинца, цинка, меди, железа (III), в летней пробе – свинца, цинка и железа (III). Также в пробах родниковой воды, взятых во все исследуемые периоды, обнаружены хлориды, нитраты и нитриты. Зимняя проба родниковой воды характеризуется отсутствием либо минимальным значением содержания аммонийного азота, что является благоприятным показателем качества природной воды. Весенняя проба родниковой воды характеризуется присутствием аммонийного азота в количестве 0,2 мг/л, для летней же пробы этот показатель соответствует 0,1 мг/л. Перманганатная окисляемость по Кубелю зимней пробы составила – 2,1 мг/л, для весенней – 9,2 мг/л, для летней – 18,4 мг/л. Общая жесткость родниковой воды, собранной в зимний период составила 6,4 ммоль-экв/л, что соответствует средней жёсткости, в весенний – 2,6 ммоль-экв/л, что соответствует значению мягкой воды, в летний – 6,6 ммоль-экв/л, что соответствует средней жёсткости.

Выводы. Таким образом, исследуя воду реки Сейм и родниковую воду из Брежинского колодца в зимний, весенний и летний период нами обнаружен ряд ионов, которые в определенных количествах обладают токсичностью, что указывает на загрязнение природных водных источников Курской области. В течение года показатели качества природных вод меняются в соответствии с различными условиями. Полученные величины окисляемости, аммонийного азота, общей жесткости не превышают данные Санитарных правил и нормативов, тем не менее, возникают новые задачи по поиску причин загрязнения и определения направлений в совершенствовании методов очистки природных вод.

Список литературы.

1. Водные ресурсы Курской области и их динамика. Электрон. журнал. Режим доступа: <https://www.ronl.ru/doklady/geografiya/74932/> (дата обращения 14.03.2019).
2. Департамент экологической безопасности и природопользования Курской области / Доклад о состоянии и охране окружающей среды на территории Курской области в 2013 году. Курск, 2014-169 с.
3. Качественное определение токсичных ионов в воде. Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4436387/page:2/> (дата обращения 14.03.2019).

4. Поверхностные и подземные воды. Режим доступа: http://adm.rkursk.ru/index.php?id=263&mat_id=584 (дата обращения 14.03.2019).

5. Провинциальная хроника. Режим доступа: <http://old-kursk.ru/book/lagutich/hronica/hron0112.html> (дата обращения 14.03.2019).

6. Факторы влияющие на химический состав воды. Режим доступа: https://studwood.ru/1269306/geografiya/factory_vliyayuschie_himicheskiy_sostav_vody (дата обращения 14.03.2019).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАБЛЕТОК ФУРОСЕМИДА РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ПО НЕКОТОРЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ

Сланко О.Н.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Научные руководители – к.ф.н., доцент Нестерова А.В.**

Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является гипертония, или повышенное кровяное давление. От гипертонии страдает около миллиарда человек в мире, она является причиной сердечных приступов и инсультов. По оценкам исследователей повышенное кровяное давление ежегодно является причиной девяти миллионов смертельных случаев [1].

Существует несколько групп препаратов, применяемых для лечения гипертонической болезни: средства, влияющие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, на адренорецепторы и на кальциевые каналы. Кроме того, часто в комплексной терапии с выше перечисленными группами препаратов применяются диуретики. Среди них большое значение имеют петлевые диуретики, например, фуросемид. Показаниями для его применения являются также отеки при недостаточности кровообращения, заболеваниях печени и почек, затруднении венозного оттока, после ожогов и флеботромбозов; асцит (на фоне злокачественного новообразования, печеночного и сердечного происхождения); периферические отеки; отек легких, в т.ч. угрожающий, посттравматический отек головного мозга; токсикоз беременности, родовая эклампсия, синдром предменструального напряжения, почечная уремия, гиперкалиемия, проведение форсированного диуреза (отравления химическими соединениями, в т.ч. барбитуратами).

Современный фармацевтический рынок представлен большим количеством препаратов-дженериков фуросемида. Поэтому актуальным является сравнительное изучение их качества.

Целью исследования является изучение фармацевтической эквивалентности таблеток фуросемида различных производителей по некоторым фармакопейным показателям.

Материалы и методы: для анализа были выбраны таблетки фуросемида с содержанием действующего вещества 40 мг:

Лазикс®. Производитель – Sanofi India Limited (Индия). Оригинальный препарат.

Фуросемид Софарма. Производитель – АО «Софарма», Болгария.

Фуросемид. Производитель – ОАО Борисовский завод медицинских препаратов, Республика Беларусь.

Фармакопейный анализ качества лекарственных препаратов был проведен по показателям: описание, подлинность, средняя масса, однородность по массе, распадаемость и количественное определение содержания действующего вещества. Исследования проводили в соответствии с требованиями фармакопейной статьи ФСП Р № 000655/02-250112.

Оценку внешнего вида таблеток осуществляли при осмотре невооруженным глазом 20 таблеток каждой серии. Лазикс – таблетки плоскоцилиндрической формы с риской, цвет – белый. Фуросемид Софарма – таблетки двояковыпуклой формы. Фуросемид Борисовского завода – таблетки плоскоцилиндрической формы с риской, цвет – белый. Поверхность всех исследуемых образцов таблеток была гладкой и однородной.

Установление подлинности действующего вещества в таблетках проводили методом УФ-спектрофотометрии. Полученные спектры поглощения стандартного и испытуемых растворов фуросемида всех образцов в области от 220 до 300 нм имели максимум абсорбции при длине волны 271 ± 2 нм.

Определение однородности по массе проводили в соответствии с требованиями ОФС «Однородность массы дозированных лекарственных форм» на 20 единицах лекарственной формы каждой серии. Для определения средней массы взвешивали каждую таблетку в отдельности с точностью до 0,001 г и рассчитывали среднюю массу. Далее находили отклонение в массе каждой таблетки от средней массы в%. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты определения однородности по массе таблеток фуросемида 40 мг

Препарат	Средняя масса, г	Отклонение от средней массы, %
Лазикс	0,1602	0-4,30
Фуросемид Софарма	0,1002	0-2,00
Фуросемид Борисовского завода	0,1484	0,07-1,55

Результаты и обсуждения. Как видно из представленных данных, таблетки всех производителей выдержали испытание на однородность по массе: отклонение в индивидуальной массе каждой таблетки от средней массы не превысило допустимое отклонение $\pm 5\%$.

Исследование распадаемости таблеток фуросемида проводили на устройстве НФР – определитель распадаемости лекарственных средств. Для проведения испытания отбирали 18 образцов таблеток. В каждую из 6 трубок помещали по одному образцу. Опускали корзинку в сосуд с водой очищенной и

включали прибор. Фиксировали реальное время распадаемости таблеток, корзинку вынимали и исследовали состояние таблеток. Все образцы полностью распадались: никаких остатков, находящихся на сетке, не было обнаружено.

Результаты изучения распадаемости таблеток фуросемида показаны в таблице 2.

Таблица 2. Результаты изучения распадаемости таблеток фуросемида 40 мг

Препарат	Распадаемость, мин
Лазикс	2
Фуросемид Софарма	1
Фуросемид Борисовского завода	3

Как видно из представленных данных время распадаемости таблеток фуросемида всех трех производителей составило не более 3 минут, что соответствует фармакопейным требованиям (не более 15 минут).

Количественное определение фуросемида в таблетках проводили спектрофотометрическим методом сравнения со стандартом. Измеряли оптическую плотность щелочного извлечения лекарственного средства из таблеток с помощью спектрофотометра СФ-2000 в максимуме поглощения при длине волны 271 нм в кювете с толщиной поглощающего слоя 1 см на фоне растворителя. Параллельно измеряли абсорбцию раствора стандартного образца фуросемида с концентрацией 0,0008%.

Результаты 6 параллельных определений каждого из образцов представлены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты определения количественного содержания фуросемида в таблетках

Лазикс			Фуросемид Софарма			Фуросемид Борисовского завода		
Навеска порошка растертых табл., г	Найдено вещества		Навеска порошка растертых таблеток, г	Найдено вещества		Навеска порошка растертых табл., г	Найдено вещества	
	г	%		г	%		г	%
0,3005	0,0408	102,00	0,3001	0,0398	99,50	0,3001	0,0393	98,25
0,3002	0,0384	96,00	0,3006	0,0379	94,75	0,3007	0,0400	100,00
0,2997	0,0398	99,50	0,2994	0,0408	102,20	0,3001	0,0404	101,00
0,3001	0,0401	100,25	0,3007	0,0392	98,00	0,2994	0,0386	96,50
0,2993	0,0378	94,50	0,2975	0,0412	103,00	0,2987	0,0372	93,00
0,2978	0,0392	98,00	0,3001	0,0394	98,50	0,3002	0,0402	100,50

Установлено, что содержание фуросемида во всех анализируемых образцах таблеток находилось в рекомендуемых пределах (0,037 – 0,043г).

Выводы. Таким образом, выполненные исследования показали, что таблетки фуросемида всех взятых производителей фармацевтически эквивалентны по изученным показателям.

Список литературы.

1. Глобальное резюме по гипертензии. Режим доступа: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/ru (дата обращения 15.03.2019).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРБУТИНА В ЛИСТЬЯХ БРУСНИКИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ АНАЛИЗА

Смышнова В.Д., Гарсия Е.Р.

**Пятигорский медико-фармацевтический институт
Кафедра фармакогнозии, ботаники и технологии фитопрепаратов
Научный руководитель – к.ф.н., ст. преподаватель Шамилов А.А.**

В соответствии с паспортом специальности 14.04.02 Фармацевтическая химия, фармакогнозия актуальным является изучение химического состава лекарственного растительного сырья (ЛРС), установление строения, идентификация природных соединений, разработка методов выделения, стандартизации и контроля качества ЛРС и лекарственных форм на его основе. К одним из таких растительных источников относится брусника обыкновенная *Vaccinium vitis-idaea* L. семейства *Ericaceae*, стандартизация которого проводится по содержанию фенольного гликозида арбутина [3].

Различные части этого растения обладают антиоксидантной, противомикробной, противовоспалительной, гипогликемической, гепатопротекторной, нейропротективной и диуретической активностью [4].

Целью исследования является определение оптимальных условий разделения арбутина и гидрохинона, как мажорных компонентов листьев брусники, методом тонкослойной хроматографии (ТСХ), установление количественного содержания арбутина в сырье (заготовленных в различных местах естественного произрастания) методами УФ-спектрофотометрии и капиллярного электрофореза (КЭ).

Объектом исследования были воздушно-сухие листья брусники обыкновенной *Vaccinium vitis-idaea* L. семейства *Ericaceae*. Листья заготовлены в фазу плодоношения в Ставропольском и Пермском краях и Брянской области.

Материалы и методы: Из воздушно-сухих листьев получали водно-спиртовое извлечение с применением спирта этилового 70% [1]. Хроматографический анализ проводили на пластинках Sorbfil ПТСХ-АФ-А 10×15. Использованные системы элюентов и полученные значения коэффициента подвижности R_f зон адсорбции, просмотренных в УФ-свете при длине волны 254 нм и после обработки диазореактивом, представлены в

таблице 1. На хроматограммы наносили растворы стандартных образцов (СО) арбутина и гидрохинона (Sigma-Aldrich) в спирте этиловом 70%.

Количественно арбутин установлен методами УФ-спектрометрии и КЭ. Спектрофотометрическое определение водно-спиртовых извлечений проводили на спектрофотометре СФ-2000 (ОКБ «Спектр», Санкт-Петербург) при длине волны 285 ± 2 нм [1]. Электрофоретический анализ проводили на системе капиллярного электрофореза «Капель – 105м» (ОАО «Люмэкс-маркетинг», Россия) с кварцевым капилляром $L_{эфф}/L_{общ}=50/60$ см, ID=75 мкм. при $\lambda=285$ нм. Фоновым электролитом был раствор натрия тетрабората 10-водного (концентрация 10 мМ и рН 9,2, приготовленный согласно ГОСТ 4919.2-77 [2]. Время анализа 15 минут, температура 20°C, рабочее напряжение +10 кВ. Результаты статистически обработаны.

Результаты и обсуждения. Методом ТСХ с использованием различных элюирующих систем в листьях брусники обыкновенной идентифицированы арбутин и гидрохинон (таблица 1).

Таблица 1. Идентификация хроматографических зон методом ТСХ в извлечении из листьев брусники обыкновенной

Элюирующая система	$R_f \pm 0,02$ зон СО	$R_f \pm 0,02$ зон извлечения	Окраска в видимом свете	Окраска в УФ-свете (254 нм)	Окраска с диазореактивом	Идентификация вещества
Бутанол-уксусная кислота-вода (4:1:2)	Арбутин 0,58	0,59	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Арбутин
	Гидрохинон 0,78	0,79	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Гидрохинон
Уксусная кислота 15%	Арбутин 0,87	0,88	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Арбутин
	Гидрохинон 0,80	-	-	-	-	-
Хлороформ-спирт этиловый (6:4)	Арбутин 0,58	0,59	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Арбутин
	Гидрохинон 0,85	-	-	-	-	-
Хлороформ-спирт этиловый-вода	Арбутин 0,76	0,77	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Арбутин
	Гидрохинон	-	-	-	-	-

(26:16:3)	нон 0,78					
Этилацетат т муравьиная кислота- вода (88:6:6)	Арбутин 0,30	0,31	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Арбутин
	Гидрохинон 0,91	0,91	-	Темно-фиолетовая	Темно-оранжевая	Гидрохинон

Методом УФ-спектрофотометрии в листьях брусники определено количественное содержание арбутина $6,88 \pm 0,14\%$ (Северный Кавказ), $7,91 \pm 0,25\%$ (Пермский край) и $5,74 \pm 0,20\%$ (Брянская область). Содержание арбутина при использовании метода КЭ составило $5,02 \pm 0,14\%$ (Ставропольский край), $5,83 \pm 0,16\%$ (Пермский край) и $4,13 \pm 0,13\%$ (Брянская область).

Рассчитанные данные двух методов анализа приведены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты количественного определения арбутина в листьях брусники обыкновенной методом УФ-спектрофотометрии и КЭ.

Регион заготовки	n	f	$\bar{X}$	S_x	$S_{\bar{x}}$	t(p, f)	Δx	$\varepsilon, \%$
УФ-спектрофотометрия								
Ставропольский край	7	6	6,88	0,1458	0,0551	2,45	0,1399	2,03
Пермский край	7	6	7,91	0,2566	0,0970	2,45	0,2464	3,11
Брянская область	7	6	5,74	0,2093	0,0791	2,45	0,2010	3,50
Капиллярный электрофорез								
Ставропольский край	7	6	5,02	0,1475	0,0557	2,45	0,1416	2,82
Пермский край	7	6	5,83	0,1615	0,0611	2,45	0,1551	2,66
Брянская область	7	6	4,13	0,1365	0,0516	2,45	0,1310	3,17

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при использовании УФ-спектрофотометрии результаты выше на 25%, чем при определении количественного содержания компонента – арбутина, методом КЭ. По-видимому, вероятен вклад сопутствующих соединений при анализе УФ-спектрометрией.

Выводы. Таким образом, охарактеризованы оптимальные условия хроматографического разделения гидрохинона и арбутина в листьях брусники обыкновенной методом ТСХ. Идентификацию гидрохинона и арбутина листьев брусники обыкновенной можно проводить в системах бутанол-уксусная кислота-вода (4:1:2) и этилацетат-муравьиная кислота-вода (88:6:6). КЭ как сверхточный сепарационный метод в дальнейшем может рассматриваться для определения арбутина, но после валидационной оценки.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации. в 4 т. 14 изд. М.: МЗ РФ, 2018. Режим доступа: <http://femb.ru/femb/pharmacopea.php> (дата обращения 16.03.2019).
2. Рознятовская А.А., Сенченко С.П., Харахашян А.А. Разработка и валидация методики количественного определения арбутина в брусники листьях и толокнянки листьях методом капиллярного электрофореза // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 1794.
3. Совершенствование методов стандартизации лекарственного растительного сырья / В.Н. Бубенчикова, Ю.А. Кондратова, Р.А. Бубенчиков, Ю.А. Сухомлинов, А.А. Шамилов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ (г. Курск, 20-21 октября 2016 г.). 2016. С.438-444.
4. Raudone L., Vilkickyte G., Pitkauskaitė L. et al. Antioxidant Activities of *Vaccinium vitis-idaea* L. Leaves within Cultivars and Their Phenolic Compounds // *Molecules*. 2019. T. 24, № 5. С. 844.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МОЗГА

Соколова И.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Олейникова Т.А.

В современном мире цереброваскулярные заболевания занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39,0%) и общей смертности населения (23,4%) [6], среди которых высокий процент занимает ишемический инсульт (ИИ). Для повышения качества и продолжительности жизни при инфаркте мозга проводится соответствующая медикаментозная терапия.

Цель исследования является маркетинговое исследования рынка лекарственных препаратов (ЛП), применяемых для лечения инфаркта мозга.

Материалы и методы исследования: контент-анализ, структурный анализ, группировка, графический анализ.

С целью изучения ассортимента ЛП для лечения ИИ были проанализированы клинические рекомендации Министерства Здравоохранения РФ [2], стандарты специализированной медицинской помощи [3,4], государственный реестр ЛС [1].

Весь исследуемый ассортимент ЛП для лечения инфаркта мозга был систематизирован в 6 групп в соответствии с АТС – классификацией: В – препараты для лечения крови и системы кроветворения; С – препараты для

лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы; М – препараты для лечения костно-мышечной системы; N – препараты для лечения нервной системы; А – препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ; R – препараты для лечения дыхательной системы.

Установлено, что общее количество международных непатентованных наименований (МНН) составляет 79, которые представлены в виде 720 торговых названий (ТН) и 1382 ЛП.

Анализ структуры ассортимента ЛП для лечения ИИ показал, что в число групп – лидеров по МНН вошли: группа N- 24 МНН (30,38%); группа С-23 (29,11%); группа В- 19 (24,10%). Лидирующие позиции по ТН и ЛП занимают группы: С (39,44% и 43,56% соответственно); N (25,97% и 27,79% соответственно) и В (19,41% и 16,78% соответственно).

Результаты и обсуждения. В результате было выявлено, что наиболее значимыми АТС-группами для лечения инфаркта мозга являются препараты для лечения сердечно-сосудистой, нервной и кроветворной систем. Оставшиеся три АТС – группы (А, R, М) используются в качестве неспецифической терапии, которая назначается в зависимости от сопутствующих заболеваний или симптоматических состояний пациента.

Анализ ассортимента по МНН показал, что наибольший удельный вес как по ТН, так и по ЛП приходится на лекарственные средства группы С: Амлодипин (ТН-4,58%; ЛП-4,49%), Индапамид (ТН-4,03%; ЛП -2,32%), Аторвастатин (ТН – 3,33%; ТН – 5,49%). Также в значительном количестве на фармацевтическом рынке страны представлены такие МНН, как: Ацетилсалициловая кислота (ТН – 3,75; ЛП – 3,76%), Клопидогрел (ТН – 3,75%; ЛП – 2,46%), Лозартан (ТН – 2,92%; ЛП – 3,69%).

Таким образом, фармацевтический рынок России включает широкий ассортимент ЛП, удовлетворяющий индивидуальные потребности больных ишемическим инсультом.

На втором этапе с использованием группировки проанализирована частота назначений ЛП для лечения инфаркта мозга в условиях стационара. В результате препараты были распределены в три группы: 0,001-0,333 – с низкой частотой назначения; 0,333-0,666 – со средней частотой назначения; 0,666-1,0 – с высокой частотой назначения. В ходе данного анализа было установлено, что в группу с высокой частотой назначения вошли препараты групп: С – 10 МНН (12,7%); В – 6 МНН (7,6%); N – 5 МНН (6,3%), что свидетельствует о значимости применения данных АТС-групп при лечении данной патологии. В группе со средней частотой назначения не представлены препараты для лечения костно-мышечной и дыхательной систем; лидирующую позицию занимает группа N – 11 МНН (13,9%). В группу с низкой частотой назначения вошли все анализируемые АТС-группы, в том числе 100,00% ЛП из группы R и 85,71% из группы А (таблица 1).

Таблица 1. Структура ассортимента ЛП для лечения инфаркта мозга в зависимости от частоты назначения

Наименование АТС-группы	Частота назначения ЛП					
	0,001-0,333		0,333-0,666		0,666-1,0	
	абс.	доля%	абс.	доля%	абс.	доля, %
А - пищеварительный тракт и обмен веществ	6	7,6	1	1,3	-	-
В - препараты, влияющие на кроветворение и кровь	12	15,2	1	1,3	6	7,6
С-сердечно-сосудистая система	4	5,1	9	11,4	10	12,7
М - костно-мышечная система	2	2,5	-	-	3	3,8
Н - нервная система	8	10,1	11	13,9	5	6,3
Р - дыхательная система	1	1,3	-	-	-	-

На следующем этапе работы был проанализирован ассортимент лекарственных средств для лечения ИИ, включенный в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) [5]. В результате было выявлено, что в 5 из 6 АТС-групп имеются препараты из перечня ЖНВЛП- 59 (74,70%) от общего количества МНН (79). Структурный анализ ЛП для лечения инфаркта мозга показал, что в группе N удельный вес ЖНВЛП составил 24,05%; в группе С – 21,52%; в группе В – 18,99%; в группе А – 5,06%; в группе М – 5,06%. В группе Р препараты из перечня ЖНВЛП отсутствуют (рисунок 1).

Жизненно необходимые и важнейшие
лекарственные препараты

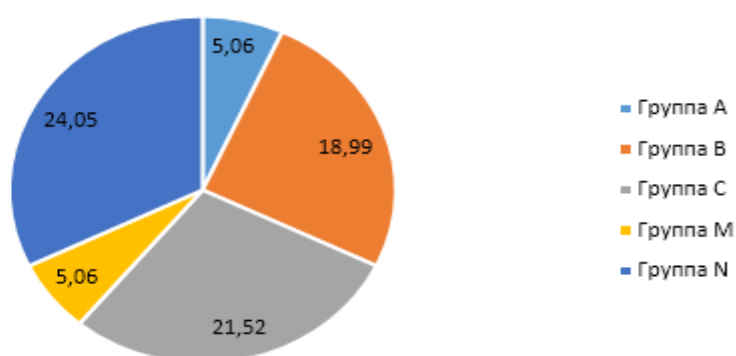


Рисунок 1. Жизненно необходимые и важнейшие
лекарственные препараты

Выводы. Таким образом, по результатам исследования установлено, что ассортимент ЛП для лечения ИИ широко представлен на фармацевтическом рынке России, что позволяет использовать персонализированный подход к лечению каждого пациента. Среди всего ассортимента лидирующие позиции, как по количеству МНН, ТН, ЛП, так и по частоте назначения занимают

лекарственные средства трёх АТС-групп: В – для лечения заболеваний крови и системы кроветворения, С – для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, N – для лечения заболеваний нервной системы. Большинство ЛП для лечения инфаркта мозга включены в перечень жизненно необходимых и важнейших (74,70%), что характеризует изучаемую патологию как социально значимую.

Список литературы.

1. Государственный реестр лекарственных средств. Режим доступа: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (дата обращения 16.03.2019).
2. Клинические рекомендации: Ишемический инсульт: злокачественный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии. М.: Ассоциация нейрохирургов России, 2016 25 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2007г. № 513 «Стандарт медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга».
5. Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 N 2738-р "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи".
6. Ярош А.С., Пирогова Л.А., Филина Н.А. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения //Журнал Гродненского государственного медицинского университета: Медицина и здравоохранение. 2014. № 3. С.17-20. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/sovremennoe-sostoyanie-problemy-ostryh-arusheniy-mozgovogo-krovoobrascheniya> (дата обращения 16.03.2019).

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСНОВ ДЛЯ МАЗЕЙ НА ВЫСВОБОЖДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Сучкина Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Научный руководитель – д.ф.н., профессор Ерофеева Л.Н.

Мази представляют собой сложный комплекс лекарственных средств с основой, которая обеспечивает оптимальную консистенцию, во многом определяет полноту и скорость высвобождения действующих веществ из мазей и их терапевтическую эффективность. В связи с этим изучение высвобождения лекарственных средств из различных основ для мазей является актуальным.

Целью исследования является изучение влияния основ на высвобождение лекарственных средств из мазей.

Материалы и методы: в качестве лекарственных средств использовали кислоту салициловую, не растворимую в основах и воде, и резорцин, легко растворимый в воде, растворимый в глицерине и жирных маслах. Согласно Государственной Фармакопее СССР X издания легко растворимый в воде резорцин с целью ограничения всасывания и предупреждения токсического действия на организм вводят в мази (кроме глазных) в виде мельчайшего порошка после растирания с небольшим количеством жирного или вазелинового масла, но без растворения или растирания с водой [1]. Для исследований выбраны гидрофобные: жир свиной, вазелин; гидрофильные: глицериновая мазь, 5%-ный гель натрий-карбоксиметилцеллюлозы (натрий-КМЦ) и дифильные основы: абсорбционная основа для глазных мазей и две эмульсионных. Изучение высвобождения кислоты салициловой и резорцина из мазей проведено методом диффузии в желатиновый гель с железа окисного хлоридом, образующим с лекарственными средствами соединения, окрашенные в фиолетовый цвет. Навески мазей вносили в лунки на геле [2]. О степени высвобождения веществ судили по диаметрам окрашенных зон. Резорцин в состав мазей вводили в виде мельчайшего порошка, измельчая со вспомогательной жидкостью, близкой по свойствам основе, и в виде водного раствора.

Результаты и обсуждения. Установлено, что наиболее быстро и полно кислота салициловая высвобождалась из 5%-ного геля натрий-КМЦ. Несколько медленнее и менее полно происходило ее высвобождение из эмульсионной основы (масло подсолнечное – ланолин безводный – вода очищенная поровну), глицериновой мази, жира свиного и консистентной эмульсионной основы Кутумовой. С наименьшей скоростью кислота салициловая высвобождалась из основы для глазных мазей и вазелина (таблица 1).

Таблица 1. Динамика высвобождения кислоты салициловой из основ для мазей

№ п/п	Основы для мазей	Диаметр окрашенных зон, мм			
		Время, час			
		1	2	3	6
1	Жир свиной	12,7	15,7	17,7	23,4
2	Вазелин	8,0	11,3	14,3	15,2
3	Глицериновая мазь	14,0	16,3	18,3	24,3
4	5%-ный гель натрий-КМЦ	17,0	21,0	23,3	30,4
5	Основа для глазных мазей	8,6	13,0	14,0	16,6
6	Основа эмульсионная	14,3	17,7	19,5	24,5
7	Основа Кутумовой	11,7	14,3	16,5	19,3

При введении резорцина в мази в виде мельчайшего порошка наиболее быстро резорцин высвобождался из 5%-ного геля натрий-КМЦ, немного медленнее из глицериновой мази, жира свиного, эмульсионной основы состава масло подсолнечное – ланолин безводный – вода очищенная поровну и основы Кутумовой (таблица 2).

Таблица 2. Динамика высвобождения резорцина из основ для мазей при введении по типу суспензии

№ п/п	Основы и вспомогательные жидкости	Диаметр окрашенных зон, мм Время, час			
		1	2	3	6
1	Жир свиной (масло подсолнечное)	10,1	11,7	12,1	14,1
2	Вазелин (масло вазелиновое)	0	0	0	0
3	Глицериновая мазь (глицерин)	11,9	14,5	15,7	17,9
4	5%-ный гель натрий-КМЦ (глицерин)	12,6	16,1	19,3	24,0
5	Основа для глазных мазей (масло вазелиновое)	0	0	0	0
6	Основа эмульсионная (масло подсолнечное)	10,6	13,0	14,2	15,0
7	Основа Кутумовой (масло вазелиновое)	8,9	9,4	9,7	10,1

При введении резорцина в мази в виде водного раствора максимальную скорость и полноту высвобождения также обеспечивал 5%-ный гель натрий-КМЦ. Медленнее, но полнее, чем при введении по типу суспензии, резорцин высвобождался из глицериновой мази, жира свиного, эмульсионной основы (масло подсолнечное – ланолин безводный – вода очищенная поровну) и основы Кутумовой (таблица 3).

Таблица 3. Динамика высвобождения резорцина из основ для мазей при введении по типу эмульсии в виде водного раствора

№ п/п	Основы	Диаметр окрашенных зон, мм Время, час			
		1	2	3	6
1	Жир свиной	10,5	12,0	13,0	15,7
2	Вазелин	0	0	0	0
3	Глицериновая мазь	13,6	14,7	16,3	18,5
4	5%-ный гель натрий-КМЦ	14,5	16,3	20,3	23,9
5	Основа для глазных мазей	0	0	0	0
6	Основа эмульсионная	11,3	13,5	14,6	15,5
7	Основа Кутумовой	9,7	10,0	12,0	13,0

Не наблюдалось окрашенных зон, свидетельствующих о высвобождении резорцина из вазелина и основы для глазных мазей как при введении в виде мельчайшего порошка, так и в виде водного раствора (таблица 2, 3).

Определение однородности суспензионных мазей кислоты салициловой и резорцина по методике Государственной Фармакопеи СССР X издания [1] не выявило ни в одной пробе видимых частиц, что свидетельствует о соответствии изготовленных мазей требованию однородности.

Выводы. Установлено, что наиболее быстрое и полное высвобождение кислоты салициловой и резорцина из мазей обеспечивают гидрофильные основы: 5%-ный гель натрия-КМЦ (100%) и глицериновая мазь (80-77%). Далее в порядке убывания следуют эмульсионная основа состава масло подсолнечное – ланолин безводный – вода очищенная поровну (80-65%), жир свиной (77%-66%), основа Кутумовой (64-54%), основа для глазных мазей (54%), вазелин (50%). При введении резорцина в мази в виде водного раствора диаметр окрашенных зон был на 2-8% больше, чем при введении по типу суспензии, что свидетельствует о более полном высвобождении резорцина.

Список литературы.

1. Государственная Фармакопея СССР X издания // М.: Медицина. 1968. С. 719-721.
2. Камаева С.С., Меркурьева Г.Ю., Тарасова Н.В. Влияние основы на высвобождение резорцина из мазей // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути решения. 2012. Т.7, № 2. С. 844-845.

ЛЕКАРСТВА-АНТИОКСИДАНТЫ. ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ РАСТВОРА ЭМОКСИПИНА

Хайминова Ю.Е.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра общей и биоорганической химии
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Григорьева Т.М.**

Избыток свободных молекул кислорода вызывает в клеточных структурах ряд окислительных реакций, негативно влияющих на обменные процессы в организме. Неправильное питание, курение, радиационное и ультрафиолетовое излучение, интоксикация, неблагоприятная экологическая обстановка, стресс стимулируют образование свободных радикалов. Происходит физиологическое разрушение тканей, ускоряется процесс старения, наблюдается рост злокачественных образований. Повреждение клеточных структур создает дополнительную нагрузку на иммунную систему.

В связи с этим на сегодняшний день принципиальное значение имеет группа биологически активных соединений, имеющая название «антиоксиданты». Многочисленные различия химических элементов в структурном и функциональном плане не дают возможности определить ученых, которым удалось впервые обнаружить антиоксиданты. Точное определение появилось в медицинской литературе до начала XIX века, однако

дискуссии о существовании так называемых антиоксидантов начались задолго до этого. Следует отметить, что разгадка роли Q10, который был открыт в 1957 году американским исследователем Фредериком Крейном, была признана одним из крупнейших открытий века и отмечена Нобелевской премией.

Универсальность свойств антиоксидантов и возможность данной группы биологически активных соединений влиять на течение различных заболеваний обуславливает необходимость изучения механизма действия антиоксидантных систем на свободные радикалы.

Свободные радикалы – молекулы с неспаренными электронами, обладающие очень высокой реакционной способностью. Доказано участие свободных радикалов в патогенезе многих заболеваний, выявлено их влияние на процессы преждевременного старения. К повышенному образованию свободных радикалов в организме приводят прием препаратов с прооксидантными свойствами, проведение ряда лечебных процедур, экологически неблагоприятные факторы окружающей среды.

Начальным этапом развития окислительного процесса служит избыточное образование свободнорадикальных форм кислорода, которые воздействуют на фосфолипиды. В результате активации данных процессов происходит накопление в тканях липоперекиси, радикалов жирных кислот, кетонов, альдегидов, что может привести к повреждению клеточных структур, увеличению проницаемости мембран, изменению белков и ферментов [3].

Препаратами, снижающими активность процессов свободнорадикального окисления, являются антиоксиданты. Они подразделяются на препараты прямого и косвенного действия. Антиоксиданты косвенного действия проявляют активность внутри клетки и неэффективны *in vitro*. Антиоксиданты прямого действия обладают выраженными антирадикальными свойствами, которые определяются в тестах *in vitro*. Основная часть лекарственных препаратов, обладающих антиоксидантным эффектом, относится к этой группе [1].

Актуальность исследования состоит в необходимости изучения свойств новых препаратов, обладающих антиоксидантной активностью, которые впоследствии могут быть использованы в медицине с целью коррекции процессов свободнорадикального окисления при различных заболеваниях. Как уже известно, антиоксиданты способны эффективно корректировать нарушения катаболизма и тем самым увеличивать устойчивость клеток организма к воздействиям, способным нарушать энергопродукцию [2,4,5].

Целью исследования является изучение лекарств – антиоксидантов в целом, а также проведение хемилюминесцентного исследования антиоксидантной активности раствора эмоксипина в опытах «*in vitro*».

Материалы и методы: в исследованиях использовался эмоксипин (раствор капель глазных 1%) с регистрационным номером Р N002186/02, серия 200618, производства ООО Фирма «Фермент», годен до 06 20. Анализ проводился на приборе биохемилюминометр БХЛ-06. Использовалась методика завода изготовителя. Оценивались полученные результаты по снижению максимальной интенсивности хемилюминесценции ($I_{\max}$) желтковой модели

при добавлении исследуемого образца. Значения данного параметра в мВ приведены в таблице 1.

Таблица 1. Максимальная интенсивность хемилюминесценции желтковой модели при добавлении эмоксипина.

№ п/п	Контроль Желтковая модель	Проба Эмоксипин 10 мг/мл
1	229	182
2	279	208
3	306	203
4	236	193
5	280	212
6	250	202
7	265	211
8	298	198
9	275	185
10	270	203
Среднее значение	268,8±7,8	199,7±3,3

Для расчета АОА максимальная интенсивность модельной смеси желточных липопротеидов принимается за 100% и рассчитывается значение интенсивности пробы (в%).

$$\begin{aligned}268,8 & - 100\% \\199,7 & - X\%; \\X & = 74,3\%\end{aligned}$$

Далее по разности показателей находили значение снижения интенсивности хемилюминесценции пробы, что соответствует антиоксидантной активности раствора эмоксипина:

$$\text{АОА} = 100\% - 74,3\% = 25,7\%$$

Таким образом, АОА раствора исследуемого препарата составляет 25,7%. Значение препаратов, обладающих антиоксидантной активностью для медицины сложно переоценить, так как на сегодняшний день их все чаще назначают в составе комбинированной фармакотерапии в различных областях клинической медицины.

Список литературы.

1. Зарубина И.В., Шабанов П.Д. Молекулярная фармакология антигипоксантов. Спб.: Н-Л, 2004. 368с.
2. Новые направления поиска лекарственных средств с антигипоксической активностью и мишени их действия / В.Е. Новиков, О.С. Левченкова // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2013. Т. 76, № 5. С. 37-47.
3. Оковитый С.В. Клиническая фармакология антиоксидантов // «ФАРМиндекс-Практик». 2003. № 5. Режим доступа: https://www.pharminindex.ru/practic/5_therapy.html (дата обращения 26.11.18).

4. Связь между химическим строением и мишенью действия как основа классификации антиоксидантов прямого действия / В.Г. Зайцев [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2003. Т.66, № 4. С.66-70.

5. Ушкалова Е.А. Антиоксидантные и антигипоксические свойства актовегина у кардиологических больных // Трудный пациент. 2005. Т.3, № 3. С.6-22.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАТРАТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ

Хмячина Ю.А., Бородавкин Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – профессор, д.фарм.н. Овод А.И.

При применении значительной доли лекарственных препаратов, возникают осложнения, требующие затрат как со стороны государства, так и личных расходов граждан. Последние годы возрастают платежи «из собственного кармана», что является финансовым риском для семейного бюджета при планировании детей. По данным статистики в последнее время увеличивается число осложнений беременности, родов и послеродового периода (беременные с нарушениями здоровья составляют около 65,69%, удельный вес нормальных родов составил всего лишь 34,31%). Основные расходы на фармакотерапию беременных связаны с нерациональным назначением лекарственных препаратов. Проведение анализа потребления лекарственных средств беременными женщинами на основе различных методов является актуальной [1,2].

Целью исследования является анализ структуры расходов на фармакотерапию беременных женщин с помощью ABC-анализа.

Материалы и методы: исследование проведено по данным врачебных назначений из 105 амбулаторных карт беременных женщин с патологиями мочеполовой системы, ассортимент лекарственных препаратов, используемых при лечении мочеполовых заболеваний. Методы: контент-анализ, системный, структурный анализ, ABC - анализ по затратам (АрВрСр) и по интенсивности назначений (АиВиСи).

Результаты и обсуждения. На первом этапе был проведен анализ структуры фактической терапии беременных женщин с различными сопутствующими заболеваниями в условиях амбулаторного лечения. Систематизация назначенного ассортимента ЛС осуществлялась на основании широко используемой в настоящее время АТС - классификации. Выявлено, что большинство ассортимента по количеству ЛП в структуре – 23,9% и интенсивности потребления – 32,8% приходится на группу J (противомикробные препараты системного действия), из которых наиболее часто назначаются- пенициллины широкого спектра действия, цефалоспорины

третьего поколения и макролиды. На втором месте по количеству лекарственных препаратов в структуре и по интенсивности назначения – G (мочеполовая система и половые гормоны группа)-17,9% и 21,0% соответственно. Третье место занимает группа А (пищеварительный тракт и обмен веществ)-16,3% и 11,9% соответственно. На остальные группы приходится-41,9% (количество ЛП) и 34,3% (интенсивность потребления).

Далее был проведен комплексный АВС анализ по объему потребления (АрВрСр) (таблица 1) и интенсивности назначения (АиВиСи) (таблица 2).

Таблица 1. Результаты АрВрСр анализа потребления ЛП по объему затрат

Класс	Количество наименований ЛП	Удельный вес в общем количестве наименований, %	Объем финансовых затрат, %
А _р	18	27,30	78,80
В _р	14	21,88	19,65
С _р	35	50,82	1,55
Итого:	67	100,0	100,0

В результате проведенного анализа, было установлено, что класс Ар представлен 18 торговыми наименованиями ЛП (с учетом форм выпуска средств)-27,30% от общего числа наименований. На покупку этого класса препаратов было израсходовано 81434,89 руб.-78,80% от общей суммы затраченных средств. Класс Вр составляют 14 торговых наименований, на покупку этого класса препаратов было израсходовано 21279,86 руб.-19,65% от общей суммы затраченных средств. 35 ЛП имеют незначительную величину удельного веса и входят в класс Ср.

Таблица 2. Результаты АиВиСи анализа по трелбления ЛП по интенсивности назначения

Наименование групп	Интенсивность назначения		Количество ЛП	
	Абсолютные значения	Доля, %	Абсолютные значения	Доля, %
Группа А _и	215	81,40	31	45,6
Группа В _и	36	13,6	22	32,4
Группа С _и	14	5,3	14	22,2
Итого:	260	100,00	67	100,0

В группу А_и вошли 31 торговых наименований ЛП-47,6% от общего числа ЛП, назначаемых для лечения беременных женщин с заболеваниями мочеполовой системы. Препараты группы А_и являются самыми часто назначаемыми для лечения беременных женщин в условиях амбулаторного лечения. Суммарное количество назначений препаратов, относящихся к группе А_и, составляет 81,40% (215 назначений).

Самым назначаемым препаратом является Канефрон–20 назначений, что составляет 7,5% от общего количества. Вторую позицию по интенсивности потребления разделяют Курантил и Амоксиклав-по 16 назначений, что составило 6,0% соответственно. Третье место занимает антибиотик из группы цефалоспоринов III поколения – Цефтриаксон, доля в назначениях-5,3% (14 случаев).

На следующем этапе исследования с целью формирования ассортимента ЛП для лечения беременных женщин с заболеваниями мочеполовой системы в условиях амбулаторного лечения был применен метод двухпараметрического ABC – анализа.

Группа $A_p A_n$ включает ЛП, которые наиболее часто назначаются беременным и, соответственно, на которые идет большой объем затрат финансовых средств при лечении в амбулаторных условиях. К этой группе относятся такие препараты, как Канефрон, Курантил, Сорбифер, Дюфастон и др. Группа $B_p A_n$ включает в себя препараты, которые имеют максимальную частоту назначения, но средние объемы затрат (Допегит, Тержинан, Мальтофер и др.). Ассортимент группы $C_p A_n$ состоит из препаратов, которые часто назначаются беременным женщинам, однако имеют низкую стоимость. К таким препаратам относятся Фолиевая кислота, Пирацетам, свечи Клотримазол и др. Категория $A_p B_n$ представлена одним лекарственным препаратом – Вильпрафен. Группа $B_p B_n$ представлена ЛП – свечи Пимафуцин, Утрожестан, Витамин Е и др. Данные препараты имеют средние доли назначений и объемы затрат. Категория $C_p B_n$ – это препараты, которые имеют средние доли назначений, но имеют низкую стоимость. К таким препаратам относятся Глицин, Верапамил, Кеторол и др. Группы $A_p C_n$, $B_p C_n$, $C_p C_n$ имеют самые низкие проценты по частоте назначения, т.к. представлены препаратами, которые назначаются беременным женщинам в редких случаях.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет определить самые затратные ЛП и наиболее часто назначаемые для беременных женщин, и определить препараты – синонимы для проведения качественной фармацевтической консультации для данной категории пациентов.

Список литературы.

1. Ушкалова Е.А. Лекарства и беременность: влияние на плод и новорожденного // Новая аптека: прилож. 2006. № 10. С.76-77.
2. Ушкалова Е.А. Лекарственные средства во время беременности // Новая аптека: прилож. 2006. № 2. С.24-26.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА И БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАБЛЕТОК ПАРАЦЕТАМОЛА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Хряпинская Е.В.

Курский государственный медицинский университет

**Кафедра фармацевтической технологии, кафедра фармацевтической,
токсикологической и аналитической химии**
**Научные руководители – к.ф.н., ст. преподаватель Курилова О.О.,
к.ф.н., доцент Огнещикова Н.Д.**

Парацетамол остается одним из наиболее востребованных нестероидных противовоспалительных средств во всех областях медицины, применяемый при разных видах боли: от слабой до умеренной; в чистом виде и в сочетании с другими анальгетиками [1].

В связи с большой популярностью парацетамола в настоящее время на фармацевтическом рынке потребителям предлагаются как оригинальные препараты, так и большое количество воспроизведенных, которые могут отличаться друг от друга по показателям качества. Так как контролю качества лекарственных средств уделяется повышенное внимание, то данная тема является актуальной. Кроме того, лекарственные препараты одного состава, но изготовленные разными предприятиями могут отличаться по своей эффективности. Такая тенденция обусловлена рядом причин: степенью измельчения лекарственных веществ, подбором вспомогательных компонентов и различием технологических процессов. Сравнение биодоступности лекарственных препаратов в настоящее время является одним из перспективных методов выявления наиболее эффективных препаратов [2,3].

Целью исследования является проведение сравнительного анализа качества и биофармацевтических исследований таблеток парацетамола отечественных производителей.

В качестве объекта исследования были выбраны таблетки парацетамола дозировкой 0,5 г, приобретенные в розничной аптечной сети города Курска, следующих производителей:

ЗАО «Медисорб», город Пермь. Серия 102082018.

ОАО «Уралбиофарм», город Екатеринбург. Серия 540917.

ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление», город Новосибирск. Серия 670717.

Материалы и методы: для сравнения таблеток парацетамола мы выбрали следующие показатели оценки качества и фармацевтической доступности: «Описание», «Подлинность», «Однородность массы дозированных лекарственных форм», «Определение прочности таблеток на истирание», «Распадаемость таблеток и капсул», «Растворение», «Количественное определение», «Упаковка», «Маркировка».

Контроль качества осуществляли согласно фармакопейным статьям предприятий (ФСП) [5,6,7].

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования был проведен сравнительный анализ внешнего вида таблеток согласно описанию каждого производителя. Оценку внешнего вида проводили при осмотре невооруженным глазом 20 таблеток. Представленные образцы белого или почти белого цвета имели круглую форму, плоскоцилиндрическую поверхность, с фаской и риской, что соответствует требованиям нормативной документации – ФСП.

Испытание на подлинность проводилось с помощью реакции с раствором железа (III) хлорида и снятием УФ-спектров поглощения испытуемого раствора и раствора стандартного образца (СО).

Однородность массы дозированных лекарственных форм определяли взвешиванием 20 таблеток с точностью до 0,001 г. Затем массу отдельных таблеток определяли взвешиванием порознь 20 таблеток с точностью до 0,001 г. Рассчитывали отклонение в массе каждой таблетки от средней и полученные результаты выражали в процентах. Отклонение в массе отдельных таблеток у всех образцов составляет не более $\pm 5\%$ от средней массы.

Определение истираемости (прочности таблеток на истирание) проводилось по методике ГФ [4]: 10 таблеток, обеспыленных и взвешенных с точностью до 0,001 г, помещали в барабан прибора, привинчивали крышку и включали устройство на 5 мин, что соответствовало 100 оборотам барабана. По истечении установленного времени таблетки извлекали из барабана, обеспыливали и снова взвешивали с точностью до 0,001 г. При анализе было выявлено, что потеря в массе не превысила допустимого предела – 3%: для таблеток парацетамола ЗАО «Медисорб» она составила – 0,27%; ОАО «Уралбиофарм» – 0,31%; ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление» – 0,25%

Определение распадаемости таблеток проводили согласно требованиям ОФС 1.4.2.0013.15 «Распадаемость таблеток и капсул» на лабораторном идентификаторе процесса распадаемости. Анализ распадаемости таблеток показал, что все образцы соответствуют требованиям нормативной документации и время их распадаемости не превышает 15 мин: для таблеток парацетамола ЗАО «Медисорб» – время распадаемости первой и последней таблетки составило от 41 и до 52 секунд соответственно; ОАО «Уралбиофарм» – от 440 и до 722 секунд; ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление» – от 70 и до 90 секунд.

Тест «Растворение» проводился согласно требованиям «ОФС.1.4.2.0014.15 Растворение для твердых дозированных лекарственных форм». Среда растворения – дистиллированная вода, объем среды растворения – 500 мл, температура среды растворения – 37°C, скорость вращения корзинки – 100 об/мин, время растворения – 45 мин.

При оценке результатов теста «Растворение» все образцы соответствовали требованиям нормативной документации: количество вещества, высвободившееся в среду растворения, входит в допустимые нормы – не менее 75%. Наибольшее количество высвободившегося вещества определено для таблеток парацетамола ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление» – 86,76%, наименьшее – для таблеток ОАО «Уралбиофарм» – 75,3%; результаты таблеток АО «Медисорб» составили 79,68%

Для количественного определения парацетамола в таблетках производителей ЗАО «Медисорб» и ОАО «Уралбиофарм» используется УФ-спектрофотометрический метод, ЗАО «Производственная фармацевтическая

компания Обновление» – метод ВЭЖХ. Предел содержания парацетамола от 0,475 г до 0,525 г, считая на среднюю массу таблетки.

Нами для количественного определения парацетамола в таблетках трех производителей был использован метод УФ-спектрофотометрии. При статистической обработке результатов данных, полученных в процессе эксперимента, было, выявлено, что относительная величина систематической ошибки составляет 0,54% для таблеток парацетамола производителя ЗАО «Медисорб», 1,9% – ОАО «Уралбиофарм» и 0,58% для таблеток производителя ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление». На основании этого можно сделать вывод о том, что данный метод обладает высокой точностью определения. Отклонение в содержании лекарственных веществ в исследуемых таблетках составляет не более $\pm 5\%$, как и регламентирует ФСП. По показателям «Упаковка», «Маркировка» все исследуемые образцы выдерживают испытания, указанные в нормативной документации.

Выводы. Таким образом, все таблетки парацетамола отвечают требованиям нормативной документации и являются высококачественной продукцией. Однако, несмотря на сопоставимость результатов исследования, наилучшие результаты наблюдались для таблеток парацетамола производителя ЗАО «Медисорб», так как относительная величина систематической ошибки у них оказалась наименьшей.

Список литературы.

1. Анестезиология: национальное руководство / под ред. А.А. Бунятина, В.М. Мизикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-1104 с.
2. Биофармация. Учебник для фармацевтических вузов и факультетов, 2 -е изд. / В.В. Гладышев, Л.Л. Давтян, А.Л. Дроздов и др. Под ред. В.В. Гладышева.-Днепро: ЧМП «Экономика», 2018.-250с.
3. Государственная фармакопея XIV изд. М., 2018. Режим доступа http://resource.rucml.ru/feml/pharmacopia/14_2/HTML/index.html (дата обращения 19.03.2019).
4. Демина, Н.Б. Биофармация – путь к созданию инновационных лекарственных средств / Н.Б. Демина // Разработка и регистрация лекарственных средств. 2013. № 1. С.8-13
5. ЛСР-004786/-131207 ФСП на таблетки парацетамола 0,5 г ЗАО «Производственная фармацевтическая компания Обновление»
6. РН002018/01-160218 ФСП на таблетки парацетамола 0,5 г ЗАО «Медисорб»
7. РН002526/01-090712 ФСП на таблетки парацетамола 0,5 г ОАО «Уралбиофарм»

РАЗРАБОТКА ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Худушина Н.С., Пожидаева Д.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Олейникова Т.А.

В связи с высокой распространенностью заболеваний, в лечении которых используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), становятся актуальными исследования потребительских свойств (ПС) данной группы лекарственных средств (ЛС). Большое число торговых наименований и лекарственных форм НПВП с различным механизмом и локализацией действия приводит к дезориентации медицинских и фармацевтических работников при рекомендации их пациентам. Индивидуальные преимущества одних НПВП перед другими составляют совокупность ПС, учесть которые специалисту в полном объеме достаточно сложно. Отсюда возникает необходимость выделения наиболее значимых характеристик, применение которых при выборе лекарственного препарата (ЛП) сформирует оптимальный подход к предоставлению качественной медицинской и фармацевтической помощи [1, 2, 3].

Целью исследования является разработка оценочной шкалы ПС для дальнейшего проведения сравнительной оценки НПВП.

Материалы и методы: контент-анализ, метод экспертных оценок, метод группировки.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования было проведено анкетирование экспертов с помощью специально разработанных анкет, включающих в себя перечень ПС НПВП, сгруппированных в три блока: общие потребительские, общие товароведческие, специфические потребительские свойства.

В группу общих ПС было отнесено 11 качеств, имеющих значение для потребительской оценки ЛП и определяющих возможность их применения, исходя из соотношения эффективность/безопасность, индивидуальных особенностей, основного и сопутствующих заболеваний, перечня рекомендаций к применению данного ЛС.

В группу товароведческих ПС было отнесено 20 качеств, определяющих оценку ЛП с позиции товара по основополагающим товароведческим характеристикам (ассортиментной, качественной, количественной, стоимостной).

В группу специфических ПС было отнесено 10 качеств, определяющих направленность применения НПВП с учетом терапевтической эффективности и безопасности.

Важность ПС эксперты оценивали по 4-х балльной шкале, где 0 баллов – совсем неважное, а 3 балла – наиболее важное свойство.

Средняя компетентность экспертов, участвовавших в исследовании, составила 3,7 балла.

На втором этапе была рассчитана «средневзвешенная оценка» важности каждого ПС НПВП с учетом компетентности экспертов. По результатам проведенных расчетов оценки экспертов были сгруппированы в три блока: высокой, средней и низкой степени значимости. Полученные значения всех ПС вошли в два блока: с высоким и средним уровнем важности для потребителя.

В группе общих ПС наиболее значимыми характеристиками по мнению экспертов являются: «фармакологическое действие», «быстрота наступления терапевтического эффекта», «безопасность», «короткий курс приема», «отсутствие/минимальное количество противопоказаний», «широта показаний к применению», «безопасное взаимодействие с другими ЛС, пищей», «наличие доказательной базы применения лекарственного препарата».

При этом у 6 свойств согласованность мнений экспертов по данным характеристикам была высокой. Коэффициент вариации не превышает 30%. Несогласованность в оценках экспертов наблюдается по 2 показателям: «отсутствие/минимальное количество противопоказаний», «многофункциональность (широта показаний к применению)».

Такие ПС, как «отсутствие противопоказаний для беременных и кормящих женщин», «минимальное ограничение по возрасту/их отсутствие», «возможность использования как в профилактических, так и в лечебных целях», вошли в группу среднего уровня важности для потребителей. При этом рассчитанные значения коэффициента вариации по данным параметрам превышают 30%, что позволяет сделать вывод о неоднозначности оценок о степени важности данных свойств.

Распределение товароведческих ПС по уровню важности для потребителя показало, что в группу высокого уровня важности вошли 13 параметров. При этом разногласие мнений экспертов наблюдается по 7 свойствам. У таких критериев, как «широкий диапазон дозировок», «широкий ассортимент лекарственных препаратов аналогичного фармакотерапевтического действия», «известность ЛС (брендовое название)», оценки экспертов-провизоров имеют среднюю согласованность (коэффициент вариации ниже 30%), что позволяет включить их в перечень значимых свойств.

Наибольшие средневзвешенные оценки имеют показатели: «разнообразие лекарственных форм», «ценовая доступность» и «рациональность упаковки». Низкий коэффициент вариации оценок как в группах экспертов врачей, так и провизоров, говорит о высокой согласованности мнений респондентов в отношении важности данных товароведческих ПС.

Такие ПС, как «необходимость совершения дополнительных манипуляций перед применением», «внешнее оформление упаковки», «отпуск «без рецепта врача», «возможность отпуска в первичной упаковке при необходимости покупки в ограниченном количестве», «наличие специальных условий хранения», имеют наименьшие средневзвешенные оценки и высокие показатели коэффициента вариации. С учетом группировки данные ПС

отнесены к свойствам средней важности, однако мнения экспертов о степени важности данных показателей не согласованы.

В группе специфических ПС все критерии получили высокие средневзвешенные оценки, находящиеся в интервале от 2 до 3, за исключением свойства «наличие лекарственных форм, растворимых в полости рта», которое относится к группе средней важности, а также имеет высокий показатель коэффициента вариации.

Выводы. Анализ полученных результатов позволил сформировать перечень наиболее важных ПС, учитывающих преимущества НПВП в рамках общих потребительских, общих товароведческих и специфических характеристик. На основании разработанного перечня сформирована оценочная шкала, позволяющая провести сравнительную оценку ЛС для осуществления индивидуального подхода при выборе наиболее эффективного и безопасного НПВП.

Список литературы.

1. Кузнецов А.А., Кабакова Т.И., Кузнецов А.В. Классификации потребительных свойств и разработка профиля приданной полезности таблетированных лекарственных препаратов // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 5. С. 639.
2. Кузнецов А.А., Кабакова Т.И., Кузнецов А.В. Удобство применения как экономический фактор оптимизации рационального использования лекарственных средств // Фундаментальные исследования. 2012. № 10. Ч. 2. С. 397–399.
3. Фокина Н.М., Дудник Е.Н. НПВП: системное и локальное применение (выбор специалиста) // Русский медицинский журнал. 2013. Т. 21. № 6. С.320-321.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОРСУЛЬФАЗОЛА

Цандур А.А.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической, токсикологической и аналитической химии
Научный руководитель – к.фарм.н., доцент О.В.Тарасова**

Достижения современной биологической и ферментативной химии дали возможность создать сульфаниламидные препараты – эффективные лекарственные средства для лечения ряда заболеваний, особенно инфекционных [2].

Норсульфазол весьма эффективен при лечении ряда инфекционных заболеваний, особенно пневмоний, и в то же время значительно менее токсичен, чем сульфидин или сульфазол, заменителем которого является [3].

Актуальность данной темы заключается в том, что данная группа лекарственных средств имеет широкое применение в медицине.

Целью исследования является анализ методики количественного спектрофотометрического определения норсульфазола.

Объект исследования – субстанция норсульфазола с содержанием основного вещества не менее 99,0%.

Материалы и методы: для проведения исследования получали растворы солей диазония. К ним прибавляли 1 мл 0,1% спиртового раствора 3- α , γ -дикарбоксипропил-роданина, общий объем раствора в колбе доводят до метки боратной буферной смесью (0,05 М раствор тетрабората натрия и 0,1 н. раствор NaOH, взятых в соотношении 1:2,9). Наблюдалось розово-красное окрашивание раствора [1].

Измерения оптической плотности полученных окрашенных растворов осуществляли при длине волны 501 нм на приборе СФ-200 в кварцевых кюветах с толщиной рабочего слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения использовали боратную буферную смесь (0,05 М раствор тетрабората натрия и 0,1 н. раствор NaOH, взятых в соотношении 1:2,9).

Результаты и обсуждения. По результатам измерений строили градуировочный график зависимости оптической плотности исследуемого раствора от концентрации в нём аналита. Рассчитывали уравнение градуировочного графика с использованием метода наименьших квадратов. Уравнение градуировочного графика имеет следующий вид : $D = 0,0004x - 0,0083$.

Применяя уравнение градуировочного графика, рассчитывали содержание аналита в единице исследуемого раствора и пересчитывали на навеску.

Результаты определения основного вещества в субстанции норсульфазола представлены в виде таблицы:

№ п/п	Взято норсульфазола на анализ (мкг)	L (мм)	D	Найдено норсульфазола по ур-ю, к.г.		Метеорологически е характеристики метода
				мкг	%	
1	122	10	0,0404	121,75	99,8	$\bar{x} = 99,69\%$
2	124	10	0,0410	123,36	99,48	$S = 0,251$
3	118	10	0,0389	117,92	99,93	$S_{\bar{x}} = 0,112$
4	126	10	0,0493	125,21	99,37	$\Delta x = 0,139$
5	120	10	0,0396	119,85	99,88	$\bar{\varepsilon} = 0,139\%$

Провели статистическую обработку полученных результатов.

Выводы. Установлено, что по предложенной методике определения норсульфазола в субстанции методом спектрофотометрии в видимой области, определено в субстанции 99,7% норсульфазола с относительной ошибкой среднего результата не более $\pm 0,139\%$.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации. XII издание. М.: Научный центр экспертизы средств медицинского применения. 2008. 704 с.
2. Логинова Н.В., Полозов Г.И. Введение в фармацевтическую химию: Учебное пособие Мн.: БГУ. 2003. 250 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Шестнадцатое издание: Справочное издание М.: Новая волна. 2010 г. 1216 с.

ТЕРМОДИНАМИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ, ПРОЦЕССА РАСТВОРЕНИЯ СОЛИ АЛЮМИНИЯ ХЛОРИДА В РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ

Черникова Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей и биоорганической химии

Научные руководители – д.ф.н., профессор Будко Е.В.,

к.х.н., доцент Ямпольский Л.М.

Несмотря на имеющиеся определенные достижения в гемостатике поиск эффективного и безопасного средства для остановки кровотечения сохраняет свою актуальность. Наиболее популярным современным местным гемостатиком является «Quikclot» – порошок неорганической природы, который при введении в кровоточащую рану активно поглощает раневое отделяемое, чем способствует тромбообразованию. Исходя из литературных источников, на сегодняшний день используется третье поколение этого средства «QuikClot Control+». Раскрыто основное действующее вещество: в средствах первого поколения содержался искусственный алюмосиликат цеолит, в средствах третьего поколения – природный минерал каолин $\text{Al}_3\text{Si}_3\text{O}_5(\text{OH})_4$ [1]. Средства группы QuikClot отличаются высокой экспрессностью гемостатического эффекта (до 3 минут), но вместе с тем, имеют ряд ограничений применения. Самый существенный – термический ожог. Нагрев поверхности раны у средств первого поколения достигал 70-85 °С. В средствах Quikclot последнего поколения экзотермический эффект выражен меньше, однако полностью устранить разогревающее действие на ране не удаётся [2].

Для поиска возможных решений данной проблемы, нам необходимо ответить на вопрос: какой из компонентов «Quikclot» вызывает повторное повреждение тканей в виде термического ожога? Известно, что при диссоциации каолина $\text{Al}_3\text{Si}_3\text{O}_5(\text{OH})_4$ в жидких средах, высвобождаются ионы Al^{3+} . В свою очередь соединения алюминия известны как инициаторы экзотермических процессов растворения. Таким образом, за повышение температуры на поверхности раны при применении «Quikclot», отвечает ион алюминия.

Материалы и методы: проведено исследование теплоты растворения хлорида алюминия в трёх физиологических средах (в воде, в 0,15 М растворе

NaCl и в крови). Выбор соли алюминия хлорида в качестве объекта исследования обоснован тем, что данная соль применяется как гомеостатическое средство и входит в перечень фармакопейных субстанций. В эксперименте были использованы: алюминия хлорид марки Extra pure; раствор физиологический (0,15 М раствор NaCl) ОАО «БИОХИМИК»; вода очищенная (бидистиллят) полученная с помощью аквадистиллятора и пропущенная через катионит КУ-2; донорская кровь лабораторных животных. Температура сред, соответствовала средней фактической температуре дистальных отделов (25°C). Исследование проводили в калориметрической системе. В измерительный сосуд последовательно вводились калориметрические жидкости (вода, раствор 0,15М NaCl и кровь), в которых растворяли хлорид алюминия в диапазоне навесок от 0,03 до 1,4 г. В начале эксперимента фиксировали температуру равновесия калориметрической системы. Затем растворяли соль и измеряли температуру в калориметрической жидкости, до тех пор, пока её изменение станет незначительным (установиться термодинамическое равновесие). Наблюдаемый температурный прирост соответствует теплоте растворения данной навеске соли.

Результаты и обсуждения. В результате проведённого исследования получены графические зависимости прироста ΔT от массы растворённого вещества в постоянном объёме жидкости (рисунок 1).

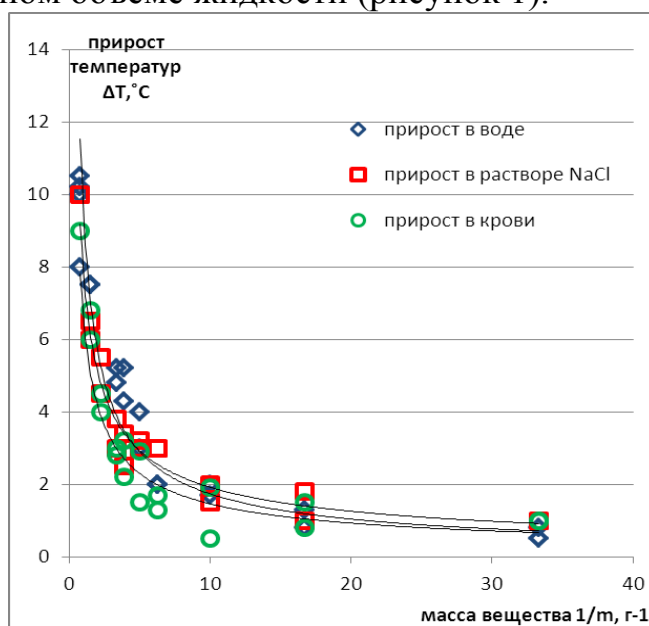


Рисунок 1. Зависимость прироста температуры ΔT в воде, в 0,15 М растворе NaCl и в крови от массы растворённого вещества (г^{-1})

Если, где c $\Delta T = \frac{Q}{c \cdot m}$ – теплоёмкость для данного вещества, то можно представить это выражение в форме:

$$\Delta T = \frac{Q}{c} * \frac{1}{m}$$

Графическая зависимость $\Delta T(1/m)$ носит нелинейный характер, с устойчивой пропорциональной зависимостью ΔT от m . Форма кривых

показывает принципиальное сходство процессов растворения и сопоставимость их экзотермичности. Кривизна графиков соответствует величине Q/c , где Q – теплота растворения (изменяется в зависимости от массы). Различия между кривыми растворения соли алюминия представленных на рисунке 1 показывают, разницу между устойчивостью исследуемых сред.

С термодинамической точки зрения процесс растворения наглядно характеризуется с помощью теплоты, рассчитать которую можем из формулы $Q = c \cdot m \cdot \Delta T$, что позволяет нам численно характеризовать критерии течения данного химического процесса в изучаемых средах. (рисунок 2). Очевидно, что процесс растворения хлорида алюминия в исследуемых жидких средах носит нелинейный характер. Однако при малых массах соли алюминия экзотермичность реакции подобна. При дальнейшем увеличении массы соли различия в системах становятся наглядными. Для выявления точек перегиба (бифуркации), отражающих процесс самоорганизации в системе, к каждой кривой построим касательные до пересечения их друг с другом, что соответствует производной первого порядка исходной кривой.

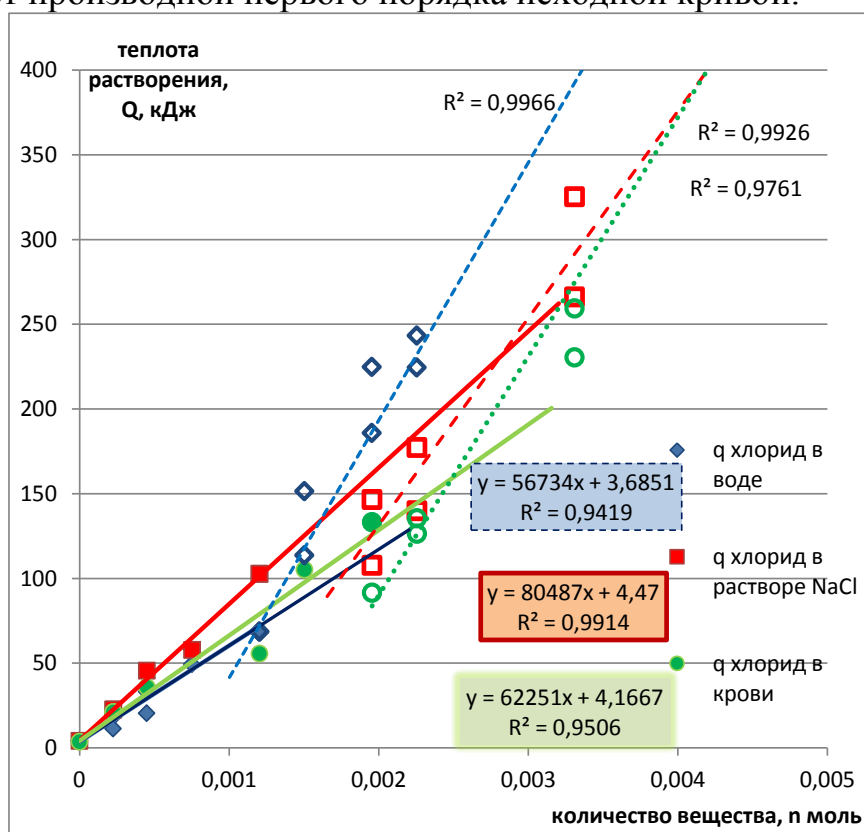


Рисунок 2. Зависимость Q от количества вещества, растворённого в воде, в 0,15 М растворе NaCl и в крови

Сопоставление точек перегиба кривой воды с точками для раствора 0,15М натрия хлорида, показывает, что температурное изменение при самоорганизации системы в растворе 0,15М NaCl значительно выше, чем в воде. Это связано с необходимостью структурного преобразования сольватов Na^+ и Cl^- .

Выводы. Таким образом, энергия растворения $AlCl_3$, является специфичной для физиологических сред (вода, 0,15М раствор NaCl, кровь).

Численные характеристики точек бифуркации демонстрируют различия в системах $AlCl_3$ /вода, $AlCl_3$ /раствор NaCl и $AlCl_3$ /кровь.

Для самопроизвольных процессов $\Delta H < 0$ (экзотермический эффект). По нашим экспериментальным данным можно определить степень самопроизвольности указанного процесса для каждой массы соли, что позволяет конструировать необходимую систему растворения с заданной активностью процесса.

Список литературы.

1. Махмудов Ю.Ю., Александрова А.В. Современные гемостатики и их применение в медицине // Материалы VIII междунар. студенческой науч. конф. (15 февраля – 30 марта 2016г.; М.). Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2016/1597/17647> (дата обращения 16.03.2019).
2. Snyder D, Tsou A, Schoelles K. Efficacy of Prehospital Application of Tourniquets and Hemostatic Dressings to Control Traumatic External Hemorrhage. // Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. April 2014.

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ОРГАНОВ НОРИЧНИКА УЗЛОВАТОГО

Чертова Р.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – к.б.н., доцент Трембаля Я.С.

Норичник узловатый (*Scrophularia nodosa* L.) – многолетнее травянистое растение семейства Scrophulariaceae. Подземные органы – шишковидно утолщенные корневища. Надземные побеги высотой 40-120 см, несущие супротивно расположенные цельные яйцевидные листья с острой верхушкой и двоякопильчатым краем. Цветки зигоморфные, буро-зеленые или буро-красноватые, двугубые, собраны в редкое пирамидальное метельчатое соцветие [4]. Растение имеет специфический неприятный запах.

Норичник узловатый широко распространен в областях Средней России. В пределах Курской области растет на лесных опушках, среди кустарников, на злаково – разнотравных сырых и суходольных лугах, на пастбищах, около жилищ, канав и дорог [4]. Цветет с мая до сентября.

В литературе имеются сведения о содержании в норичнике узловатом иридоидов, фенолкарбоновых кислот, флавоноидов, сапонинов, алкалоидов, кумаринов, дубильных веществ, органических кислот, витамина С [5,6].

Современная научная медицина не использует норичник узловатый, но известно о применении норичника узловатого в народной медицине для лечения заболеваний щитовидной железы, почек и мочевыводящих путей, геморроя, экзем, дерматомикозов, гнойных ран [2, 5]. Экспериментально доказано, что настой, сумма флавоноидов, алкалоидов надземной части данного

растения оказывают кардиотоническое действие и обладают противосудорожными свойствами; иридидоидные гликозиды стимулируют регенерацию кожи; сухой экстракт проявляет антибактериальную активность [2]. Все это позволяет говорить о перспективности данного растения для внедрения в медицинскую практику. В связи с этим возникла необходимость изучения особенностей анатомического строения вегетативных и репродуктивных органов норичника узловатого, необходимых для проведения диагностики его сырья.

Целью работы является изучение анатомического строения вегетативных органов норичника узловатого. В данном сообщении приводятся результаты изучения анатомического строения стебля норичника узловатого.

Материалы и методы: в качестве материала для исследования были использованы надземные побеги норичника узловатого, собранные в окрестностях города Курск и фиксированные в 70% спирте этиловом, а также в смеси: спирт этиловый 96% – вода очищенная - глицерин (1:1:1) [3].

Изучение анатомического строения проводили по методикам, включенным в ГФ XIII издания [1] с использованием светового микроскопа «Биолам».

Результаты и обсуждения. В ходе проведенных исследований было установлено, что форма поперечного среза стебля четырехгранная с ясно выступающими ребрами. Эпидермальные клетки прозенхимные, ровноконтурные с хорошо заметной складчатостью кутикулы. Имеются немногочисленные устьица аномоцитного типа.

На эпидермисе встречаются головчатые волоски с многоклеточной головкой и тонкостенной двухклеточной ножкой, состоящей из более длинной базальной и короткой терминальной клетки.

Первичная кора включает уголковую колленхиму, паренхиму и эндодерму. На гранях стебля колленхима однослойная, в ребрах образует 3-4хрядные тяжи. Паренхима первичной коры по строению неоднородна и включает хлорофиллоносную паренхиму, локализованную в основном в ребрах и запасающую ткань, представленную довольно крупными тонкостенными овальными клетками с хорошо выраженными межклетниками. Эндодерма представлена одним рядом овальных клеток с поясками Каспари.

Центральный цилиндр имеет неодинаковое строение на разных уровнях стебля. Так, на уровне средних междоузлий побега центральный цилиндр стебля имеет переходный тип строения, а в более нижних междоузлиях – непучковый.

Флоэма имеет незначительное развитие, представлена мелкими тонкостенными клетками. Лубяные волокна толстостенные, располагаются 1-2х рядными группами по всему периметру центрального цилиндра. Сосуды ксилемы на поперечном срезе овальной или округлой формы. В ксилеме кроме радиально расположенных сосудов, значительное место занимают механические и основные ткани в виде склеренхимных волокон и толстостенных клеток склерофицированной паренхимы.

Сердцевина занимает очень большой объем, состоит из овальных, тонкостенных клеток, в которых встречаются включения игольчатых кристаллов.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при диагностике сырья норичника узловатого.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания. М. : МЗ РФ, 2016. Режим доступа <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online> (дата обращения 19.03.2019).
2. Дикорастущие полезные растения России./ Отв. ред. Буданцев А.Л., Лесиовская Е.Е. СПб, Изд-во СПФХА, 2001, 663с.
3. Дроздова И.Л., Трембаля Я.С., Минакова Е.И. Анатомическое изучение травы гравилата городского (*Geum urbanum* L.) // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. № 4. –С. 125-131.
4. Иллюстрированный определитель растений Средней России. Том 3: Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные) / И.А. Губанов, К.В. Киселева, В.С. Новиков, В.Н. Тихомиров. Ин-т технологических исследований. М.: Товарищество научных изданий КМК. 2003. 520 с.
5. Растительные ресурсы России. Дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т.4. Семейства Caprifoliaceae - Lobeliaceae / Отв. ред. А.Л. Буданцев. СПб.; М.: Тов-во научных изданий КМК, 2011. 630 с.
6. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав и использование. Семейства Caprifoliaceae – Plantaginaceae / Отв. ред. Соколов П.Д. СПб, Наука, 1990, 326с.

БИОИНДИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИСТЬЕВ *TILIA CORDATA* MILL

Шейхмагомедова П.А.

**Пятигорский медико – фармацевтический институт
Кафедра фармакогнозии, ботаники и технологии фитопрепаратов
Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Попова О.И.**

Актуальность исследования состоит в проведении биоиндикационной оценки состояния окружающей среды города Пятигорска на основе анализа флуктуирующей асимметрии листьев липы сердцевидной (*Tilia Cordata* Mill.). Флуктуирующая асимметрия как незначительные ненаправленные отклонения от строгой билатеральной симметрии в пределах нормы реакции организма является следствием несовершенства онтогенетических процессов, вызванных различными типами антропогенного воздействия [1, 5, 6]. В современной литературе приводятся убедительные данные о биологическом мониторинге на основе анализа стабильности развития (А.Б. Стрельцов, 2005 год). Связано это с

тем, что при антропогенном воздействии листья растений не только меняют окраску, но и имеют аномальную конфигурацию [2].

Метод флуктуирующей асимметрии основан на выявлении эффективности гомеостаза развития, который может быть оценен с морфологической, генетической, физиологической, биохимической, и иммунологической точек зрения. При оценке морфологических изменений как следствия нарушения гомеостаза основным является морфогенетический подход. Он характеризует стабильность развития, процессы, снижающие фенотипическое разнообразие как следствие нарушений онтогенеза. Это приводит к отклонению разнообразных морфологических признаков, которые оцениваются по величине флуктуирующей асимметрии [2].

Целью исследования является определение экологического состояния среды города – курорта Пятигорска по результатам анализа показателей флуктуирующей асимметрии листовых пластинок липы сердцевидной.

Материалы и методы: образцы сырья листьев липы сердцевидной, для выявления степени флуктуирующей асимметрии были собраны на трех участках города:

- курортного назначения (парк «Цветник») – участок № 1;
- общественный городской центр (парк им. Кирова) – участок № 2;
- вдоль проспекта Калинина, где наблюдается активное движение автотранспорта – участок № 3. На каждом участке выделяли по 5 пробных площадок, на которых собирали с 7 деревьев на высоте 1,5–2 м от поверхности почвы по 50 листьев [3, 4].

На каждой листовой пластинке, с левой и правой сторон относительно главной жилки, определяли показатели по нескольким параметрам:

1 – ширина полупластинки листа. Для измерения лист складывали пополам, прикладывая верхушку листа к основанию, потом разгибали и по образовавшейся складке производили измерения;

2 – длина второй жилки второго порядка от основания листа;

3 – расстояние между основаниями первой и второй жилок второго порядка;

4 – расстояние между концами этих же жилок;

5 – угол между главной жилкой и второй от основания жилкой второго порядка.

Анализ флуктуирующей асимметрии по указанным признакам проводили, определяя дисперсию асимметрии – относительной величины различия в промерах слева и справа, отнесенного к их сумме [1].

В справочнике-определителе «Деревья и кустарники СССР» в разделе «Определитель лиственных деревьев Северного Кавказа» приведены конкретные морфологические характеристики липы кавказской и липы сердцевидной (Н.А. Бородин, В.И. Некрасов, Н.С. Некрасова, 1966 год). Авторы отмечают, что эти виды отличаются по форме листьев, окраске молодых побегов. Консультативная помощь главного озеленителя города Пятигорск Л.Н. Кардаш позволила нам обосновать видовую принадлежность

объекта изучения как липу сердцевидную. Именно этот вид липы выращивается на территории Кавказских Минеральных Вод.

Результаты и обсуждения. В таблицах 1, 2 приведены показатели флуктуирующей асимметрии листьев *Tilia cordata* на экологически чистом участке (Курортная зона города Пятигорск) и на участке с высокой антропогенной нагрузкой.

Таблица 1. Показатели флуктуирующей асимметрии листьев *Tilia cordata* на участке № 1

№ площадки	Признак					Среднее значение
	1	2	3	4	5	
1	0,0177	0,0373	0,0333	0,0339	0,0362	0,03168
2	0,0177	0,0292	0,0332	0,0435	0,0361	0,03194
3	0,0177	0,0204	0,0332	0,0311	0,0362	0,02772
4	0,0197	0,0329	0,0333	0,0280	0,0362	0,03002
5	0,0193	0,0342	0,0331	0,0435	0,0332	0,03266

Таблица 2. Показатели флуктуирующей асимметрии листьев *Tilia cordata* на участке № 3

№ площадки	Признак					Среднее значение
	1	2	3	4	5	
1	0,0306	0,0123	0,0756	0,0435	0,0362	0,03964
2	0,0373	0,0123	0,0756	0,0354	0,0354	0,03920
3	0,0292	0,0128	0,0698	0,0432	0,0331	0,03762
4	0,0384	0,0135	0,0735	0,0435	0,0342	0,04062
5	0,0299	0,0154	0,0783	0,0435	0,0332	0,04006

На участке № 2 показатели очень близки к показателям участка № 1.

Выводы. Согласно полученным результатам, минимальные значения показателей флуктуирующей асимметрии листьев липы наблюдаются в районе парка «Цветник» (курортная зона) и в районе городского парка им. Кирова. Удаленность от промышленных объектов и автодорог делают эти территории менее загрязненными. В то же время вдоль проспекта Калинина, который для города Пятигорск является главной магистральной артерией и имеет очень интенсивное автотранспортное движение, показатели флуктуирующей асимметрии заметно выше. Таким образом, данные по флуктуирующей асимметрии указывают на экологическое неблагополучие в районах интенсивного транспортного движения и функционирования промышленных предприятий.

Список литературы.

1. Веселова Д.В., Степанова Э.Ф. Использование в современной медицине цветков липы сердцевидной // Фармация и фармакология. 2016. № 4. С. 4-9.
2. Мандра Ю.А., Еременко Р.А. Биоиндикационная оценка состояния окружающей среды города Кисловодска на основе анализа флуктуирующей асимметрии// Известия Самарского научного центра Российской Академии наук. 2010. Т.12. № 1 (8) С. 1990-1994.
3. Попов И.В. Изучение трудозатрат при заготовке лекарственного растительного сырья // Вестник пермской государственной фармацевтической академии. 2010. № 7. С. 160-163.
4. Попов И.В. Менеджмент качества фармацевтических услуг в фитотерапии на курортах Кавказских Минеральных Вод // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сборник научных трудов. Пятигорск, 2014. С. 448-450.
5. Попов И.В. Оценка качества фармацевтических услуг в фитотерапии с использованием современных форм аудита эффективности // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сборник научных трудов. Пятигорск, 2015. С. 409-412.
6. Попов И.В. Современный подход к организации обеспечения качества лекарственного растительного сырья и препаратов на его основе // Молодые ученые в решении актуальных проблем науки: материалы V международной научно-практической конференции. Владикавказ, 2014. С. 165-168.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ ЯСТРЕБИНКИ ВОЛОСИСТОЙ

Шкабунова М.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель – д.ф.н., профессор Бубенчикова В.Н.

В настоящий момент в современной медицине отводится значительное место препаратам, полученным на основе лекарственного растительного сырья, занимающих третью часть всего реестра лекарственных средств. Это обуславливается некоторым преимуществом фитотерапии перед использованием синтетических лекарственных препаратов.

В арсенале средств народной медицины, являющегося главным источником при поиске новых лекарственных растений, широко используются растения рода Ястребинка (*Hieracium*) семейства астровые (*Asteraceae*) [4].

Ястребинка волосистая – многолетник, широко распространенный в европейской части России, на Северном Кавказе, в западных районах Сибири [7]. Побеги прямостоячие, цветоносные, высотой от 10 до 30 см, с корзинкой на

верхушке и розеткой листьев при основании. Стебли опушены, волоски простые или звездчатые. Форма листьев от ланцетных до обратнойцевидных, сверху тёмно- или сизо-зелёные, покрытые рассеянными жёсткими длинными волосками, снизу бело- или сероваточные от звездчатых волосков. Цветки лимонно- или светло-жёлтые, краевые часто снаружи с красными полосками. Плод – семянка с хохолком, волоски хохолка двурядные [2,6].

Химический состав ястребинки волосистой еще точно не изучен, но хорошо известно, что в растении содержатся фенольные соединения, стероиды, тритерпеновые сапонины. Также присутствуют лектины, красящие вещества, алкалоиды, инулин, каучук, смолы, микроэлементы (молибден, марганец, цинк и др.). В листьях содержится большое количество витамина С [1].

Благодаря наличию некоторых лечебных свойств ястребинка волосистая имеет применение в народной медицине в качестве противовоспалительного, мочегонного, желчегонного, вяжущего и ранозаживляющего средства [3].

Целью исследования является исследование органических кислот травы ястребинки волосистой.

Объектом исследования служила трава ястребинки волосистой, заготовленная во время цветения в Курской области в 2017 году.

Материалы и методы: качественный состав органических кислот исследовали хроматографированием в тонких слоях сорбента водного извлечения на пластинках Sorbfil, используя систему растворителей: спирт этиловый 96% - раствор аммиака концентрированный (16:4,5), проявителем служил раствор бромкрезолового зеленого. Органические кислоты наблюдали в виде пятен желтого цвета на голубовато-зеленом фоне.

Определение количественного содержания органических кислот и кислоты аскорбиновой было проведено титриметрическим методом по методике ГФ XI издания. Определение органических кислот проводили в водном экстракте ястребинки волосистой. 10 мл полученного извлечения из лекарственного растительного сырья титровали раствором натрия гидроксида (0,1 моль/л) в присутствии смешанного индикатора (1 мл 1% раствора фенолфталеина и 2 мл 0,1% раствора метиленового синего) до появления пены красно-лилового цвета. При определении аскорбиновой кислоты в качестве титранта был использован раствор 2,6-дихлорфенолята натрия; раствор титровали до появления устойчивого розового цвета. Расчет содержания вели в пересчете на яблочную кислоту [5].

Результаты и обсуждения. В результате хроматографического анализа в траве ястребинки волосистой идентифицирована аскорбиновая кислота. Количественный анализ травы ястребинки волосистой позволил установить содержание суммы органических кислот и аскорбиновой кислоты, которое составило $4,25 \pm 0,20\%$ и $0,13 \pm 0,006\%$ соответственно.

Выводы. В траве ястребинки волосистой методом тонкослойной хроматографии определено наличие аскорбиновой кислоты. Установлено ее количественное содержание, а также содержание суммы органических кислот. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования травы ястребинки волосистой и расширяют сведения о её химическом составе.

Список литературы.

1. Антонюк В.А. Очистка и свойства лектинов из надземной части растений трех видов рода Ястребинка (HIERACIUM) // BIOPOLYMERS AND CELL. 2004. Т.20, № 6. С.493-497.
2. Атлас лекарственных растений СССР. М.: Гос. изд-во мед. лит., 2010. 702 с.
3. Вилкова Н.Д. Анализ лекарственного сырья, применяемого при лечении заболеваний почек и мочевыводящих путей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т.7, № 6. 1262 с.
4. Государственная фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье / МЗ СССР. 11-е изд., доп. М.: Медицина, 1989. 400 с.
5. Лекарственные растения научной медицины СССР, не включенные в фармакопею / А.Ф. Гаммерман, И.А. Дамиров, М.О. Каррыев, Г.П.Яковлев // Академия наук Туркменской ССР. Институт ботаники Ашхабад, 2011. 158 с.
6. Скворцов, В.Э. Флора Средней России. М. 2004. 481 с.
7. Шанцер, И.А. Растения средней полосы Европейской России (Полевой атлас). М. Изд-во КМК. 2007. 470 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС

Шупик А.С., Демьяненко Е.В., Серкина А.Н.

Луганский государственный медицинский университет имени

Святителя Луки

Кафедра медицинской химии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бойченко П.К.

Актуальность исследования заключается в чрезвычайно важной роли почек в становлении системы адаптации. Известно, что почки крайне чувствительны почкам к действию различных факторов среды, но в то же время в реализацию ответных компенсаторно-приспособительных механизмов вовлекаются все отделы нефрона [1, 2]. При стресс-реакциях в почечной ткани возникает гипоксия, вызывающая активацию свободнорадикальных процессов, развитие оксидантного стресса, интенсификацию процессов апоптоза [1, 5, 6]. Все это приводит к изменениям макроструктуры и микроструктуры почек, а, следовательно, и функции этого органа [2, 5, 6]. Ввиду значительной распространенности заболеваний почек среди населения возникает необходимость поиска новых инновационных методов лечения, одним из которых может быть трансплантация клеток с высоким пролиферативным потенциалом [3, 4, 7]. Наиболее перспективным направлением клеточной терапии считается использование мезенхимальных стволовых клеток (МСК)

костномозгового происхождения, благодаря их высокой миграционной способности, значительной пролиферативной активности и легкой индукции дифференцировки [4, 7]. Эти клетки способны стимулировать регенерацию и восстанавливать поврежденные клеточные структуры путем синтеза цитокинов и факторов роста [4,7].

Целью исследования является изучение влияния аллогенных мезенхимальных стволовых клеток на показатели функциональной активности почечной ткани крыс (суточного диуреза, концентрации креатинина и мочевины сыворотки крови и мочи, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), канальцевой реабсорбции) после 24-часового иммобилизационного стресса.

Материалы и методы: Исследование проведено на 208 самцах беспородных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Для выращивания клеточной культуры извлекали клетки красного костного мозга из полостей бедренных костей взрослых крыс после их декапитации под легким эфирным наркозом. Полученные клетки культивировали в питательной среде ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками 14 дней при 37° С условиях CO₂-инкубатора со сменой среды 1 раз в 5 дней. Культуру фенотипировали непрямым иммуофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител к СД 73, СД 105, СД 44, СД 90 и СД 54. Острый стресс моделировали 24 часовой иммобилизацией крыс в индивидуальных фиксирующих камерах. Животных разделили на группы: № 1 – интактную, № 2 – контрольную (после 24-часовой иммобилизации крысам вводили по 1 мл стерильного физиологического раствора в латеральную вену хвоста), № 3 – экспериментальную (после 24-часовой иммобилизации крысам вводили по 5 млн МСК в латеральную вену хвоста). Для сбора суточного количества мочи животных помещали в обменные клетки на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки наблюдения. Стандартными методами в моче определяли концентрацию креатинина и мочевины. Предварительно наркотизированных эфиром крыс декапитировали на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки мониторинга. Производили забор крови для получения сыворотки, в которой на биохимическом анализаторе определяли содержание мочевины и креатинина. Рассчитывали СКФ и канальцевую реабсорбцию воды. Данные обрабатывали программой «Statistica 10.0» с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Установлено, что иммобилизационный стресс существенно влиял на функциональные показатели почечной ткани крыс, которые значительно изменялись после применения МСК.

Уровни креатинина и мочевины сыворотки крови на 3 сутки были достоверно выше интактных значений как в группе № 2 (соответственно на 28,36% и 54,34%, $p < 0,05$), так и в группе № 3 (соответственно на 28,64% и 40,1%, $p < 0,05$). Интактные цифры креатинина достигались в контрольной группе к 30 суткам, а в экспериментальной – к 14 суткам наблюдения. У крыс группы № 2 уровень мочевины к 30 суткам был выше значений группы № 1 на 4,38%, а в группе № 3 уже на 21 сутки достигал интактных цифр. При этом

показатели группы № 3 были ниже контрольных значений во все сроки наблюдения.

Показатели мочевины и креатинина мочи в у крыс группы № 2 были ниже интактных значений в 1 сутки на 14,5% и 24,15% соответственно, на 3 сутки – на 33,53% и 40,88%, на 7 сутки на 26,96% и 32,73%, на 14 сутки – на 14,94% и 22,07% ($p<0,05$). У крыс, получавших клеточную терапию, в 1 и 3 сутки наблюдения показатели мочевины и креатинина мочи статистически не отличались от контрольных значений, на 7 сутки были выше контроля соответственно на 18,42% и 17,99%, на 14 сутки – на 14,46% и 23,53% ($p<0,05$).

Суточный диурез увеличился на 1 и 3 сутки как в группе № 2 (на 23,94% и 35,21%, $p<0,05$), так и в группе № 3 (на 18,31% и 32,39%, $p<0,05$). У крыс группы контроля суточный диурез вырос на 7 сутки на 28,17%, на 14 – на 19,72%, а у крыс экспериментальной группы был ниже контрольных значений на 7 сутки на 12,09%, на 14 сутки – на 12,94% ($p<0,05$). Скорость клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции в группе № 2 были ниже интактных значений в 1 сутки соответственно на 26,315% и 2,65%, на 3 сутки – на 37,6% и 4,56%, на 7 сутки – на 26,315% и 2,74%, на 14 сутки – на 13,53% и 1,51% ($p<0,05$). У животных группы № 3 показатели СКФ были выше контрольных значений на 7 сутки на 12,245%, на 14 сутки – на 9,57%. Значения канальцевой реабсорбции у экспериментальных крыс превышали цифры контроля на 7 сутки на 1,52%, на 14 сутки – на 1,28% ($p<0,05$).

Результаты исследования могут указывать на более выраженные нарушения фильтрационной способности почек при стрессовых воздействиях по сравнению с изменениями функции канальцев. Данные изменения характеризовались умеренной гиперазотемией и умеренным увеличением суточного диуреза. Экспериментально установлен положительный эффект клеточной терапии на показатели функциональной активности почечной ткани, что подтверждает высокий регенераторный потенциал МСК, реализуемый, вероятно, путем регуляции ангиогенеза и влияния на микроокружение тканей через внутриклеточные сигнальные системы [3, 4, 7].

Выводы. Установлено, что острый иммобилизационный стресс приводит к выраженному изменению показателей функциональной активности почек, что подтверждается снижением скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции на фоне повышения суточного диуреза и умеренного нарастания креатинина и мочевины сыворотки крови. Применение аллогенных мезенхимальных стволовых клеток способствовало более быстрому восстановлению значений функциональных показателей до интактных цифр у крыс экспериментальной группы по сравнению с контролем.

Список литературы.

1. Биохимические критерии острого и хронического стресса при иммобилизации крыс / А.И. Гурская, Е.А. Отвалко, Н.М. Яцковская, А.А. Чиркин // Веснік ВДУ. 2017. № 1 (98). С. 61–65.
2. Оценка влияния метаболического синдрома, андрогенного дефицита и стресса на развитие хронической болезни почек и печени у самцов

белых крыс / Е.А. Греков, В.И. Кирпатовский, С.А. Голованов и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 4. С. 8–13.

3. Кирпатовский В.И. Возможности клеточной терапии в восстановлении нарушенной функции органов мочеполовой системы // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2016. № 1 (56). С. 60–67.

4. Стволовые клетки в комплексном лечении хронической почечной недостаточности (аналитический обзор) / Б.А. Каюпов, С.С. Сапарбаев, С.К. Уалиева, Ж.А. Касымова Ж.А. // Клиническая медицина Казахстана. 2014. Т. 1, № 31. С. 7–16.

5. Тупикин В.Д., Родзаевская Е.Б., Уварова Н.А. Гистофункциональная характеристика кортикальных и околомозговых нефронов почки при реакции на экспериментальный стресс // Известия Саратовского университета, Серия «Химия, Биология. Экология». 2013. Т. 13. Вып. 4. С. 58–65.

6. Effects of Immobilization Stress on Kidneys of Wistar Male Rats: A Morphometrical and Stereological Analysis / D.B. Souza, D. Silva, C.M.C. Silva и др. // Kidney Blood Press Res. 2011. 34. P. 424–429.

7. Spees J. L., Lee R. H., Gregory C. A. Mechanisms of mesenchymal stem/stromal cell function // Stem Cell Research & Therapy. 2016. 7. P. 125.

РАЗДЕЛ 18.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

АНАЛИЗ ТОЛЩИНЫ КОЖИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОТЕЧНОГО РАКА

Антипова А.В., Волкова В.И., Жильцова А.В., Козлова М.Л., Хань А.В.

**Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии
кафедра дерматовенерологии**

**Научные руководители – ассистент Шевцова В.Я.,
к.м.н., доцент Пострелко М.Д.**

Отёчный рак молочной железы, относится к диффузным формам опухоли и встречается у 1-5% больных раком молочной железы [1]. Отечный рак является одной из наиболее злокачественных форм опухоли, имеет неблагоприятный прогноз – общая 5-летняя выживаемость в среднем не превышает 12-50% [3]. Типичными его признаками является отек, увеличение размеров груди и наличие подобного рожистому воспалению покраснения ее кожи. Типичные симптомы – втяжение кожи в виде лимонной корки и наличие плотного инфильтрата [2].

Целью исследования является изучение изменений толщины кожи при отечном раке молочной железы с помощью инструментальных методик.

Материалы и методы исследования: было проведено исследование толщины кожи у 60 женщин с помощью пликотрии, цифровой маммографии и УЗИ, а также статистический анализ полученных результатов. Возраст заболевших составил от 25 до 66 лет, средний возраст больных – 49 лет. Наибольшее число женщин – 48,2% – находилось в предменопаузальном периоде, в репродуктивном периоде – 25,6%, в менопаузальном - 36,2%.

Результаты и обсуждения. По результатам пликотрии увеличение толщины кожной складки было выявлено у 57 пациенток, таким образом, чувствительность метода составляет 95%. Среднее значение толщины кожи составляет $5,6 \pm 0,34$ мм. Минимальное значение – 1,8 мм, максимальное – 13,8 мм. Средние значения погрешности по сравнению с УЗИ и маммографией составляет 2-3 мм.

При цифровой маммографии увеличение толщины кожи пораженной молочной железы по сравнению с симметричной непораженной было выявлено у 58 пациенток, таким образом, чувствительность метода составляет 97%. Среднее значение толщины кожи – $6,3 \pm 0,22$ мм. Минимальное значение – 2,2 мм, максимальное значение – 13,7 мм.

При УЗИ утолщение кожи было выявлено у 59 пациенток, таким образом, чувствительность метода составляет 98%. Среднее значение толщины кожи – $5,6 \pm 0,14$ мм. Минимальное значение – 1,8 мм, максимальное значение – 12,5 мм. Однако, эхографическое значение толщины кожи, определяемой у одних и тех же пациенток, было в среднем на 1-1,2 мм меньше, чем при цифровой маммографии. Сравнительные результаты исследований приведены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели толщины кожи молочной железы при отечном раке, определяемые различными методами (n = 60).

Толщина кожи, мм	Пликометрия	Цифровая маммография	УЗИ
До 2	1	2	1
2,0 – 2,9	6	5	5
3,0 – 3,9	7	6	8
4,0 – 4,9	9	8	8
5,0 – 5,9	10	10	11
6,0 – 6,9	9	10	9
7,0 – 7,9	7	8	9
8,0 – 8,9	7	6	4
9,0 – 9,9	2	1	2
10,0 – 10,9	2	2	-
11,0 – 11,9	1	1	2
12,0 – 12,9	2	-	1
13,0 – 13,9	1	2	-

Выводы. Все полученные нами значения в среднем находятся в диапазоне 3,0 – 8,0 мм. Критерием эффективности изучаемых методов диагностики в определении наличия отека кожи является клинически диагностированный отек МЖ. Стандартные методы диагностики опухолей молочной железы имеют высокую чувствительность в определении утолщения кожи.

Список литературы.

1. Давыдов М. И., Ганцев Ш. Х. Онкология : учебник М.:ГЭОТАР Медиа, 2013. 920 с.
2. Любченко Л.Н. Наследственный рак молочной железы и/или яичников: ДНК-диагностика, индивидуальный прогноз, лечение и профилактика: дис. д-ра мед. наук. М., 2009. - 281 с.
3. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. Скрининг рака молочной железы // Практическая онкология. 2011. Т. 11. № 2. С. 60-65

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2013 ПО 2017 ГОД

Бородавкин Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии,

кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Исаенко Т.П.,

д.фарм.н., профессор Овод А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), остаются одной из ведущих проблем здравоохранения. По данным ВОЗ ежегодно в мире 537 млн. людей в возрасте 15-49 лет заболевают четырьмя невирусными ИППП – хламидиоз, гонорея, сифилис, трихомоноз. Большая часть сексуально активного населения инфицированы вирусом герпеса человека (ВГЧ) 2-го типа (более 3,7 млрд. чел.), а от 15 до 50 чел. на 100 тыс. населения мира вирусом папилломы человека (ВПЧ), наблюдается выраженная тенденция к их неуклонному росту во всех возрастных группах [3]. Последствия инфицирования могут быть достаточно серьезными. Бремя заболеваемости и смертности, связанное с ИППП, негативным образом влияет на качество жизни, сексуальное и репродуктивное здоровье людей. Доказана их роль в возникновении воспалительных заболеваний органов малого таза, рака шейки матки, бесплодия. Они косвенно способствуют распространению ВИЧ-инфекции, увеличению смертности от СПИДа. ИППП, являясь важной социально-экономической проблемой, тяжелым бременем ложатся на семейные бюджеты граждан и на бюджеты национальных систем здравоохранения. Так, по имеющимся оценкам, в России финансовое бремя ВПЧ-ассоциированных заболеваний - рака шейки матки, полового члена, вульвы, влагалища, анального канала и др. злокачественных опухолей может составлять около 33,1 млрд рублей в год [2].

В последние годы намечается тенденция к снижению заболеваемости ИППП, обусловленная вхождением в 2015 г. России в программу «Стратегия сотрудничества ВОЗ и МЗ РФ 2014-2020» и реализацией «Проекта глобальных стратегий сектора здравоохранения: Инфекции, передаваемые половым путем, 2016-2021 гг.» [1].

Целью исследования является проведение детального анализа динамики и структуры заболеваемости ИППП среди взрослого населения Курской области за период с 2013 по 2017 гг. и сравнение полученных данных с аналогичными показателями за заданный период в ЦФО и в целом по России.

Материалы и методы: данные форм федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» по Курской области за период с 2013 по 2017 г. Для обработки данных использованы

показатели вариационной статистики (средняя арифметическая, дисперсия, среднее квадратическое отклонение, коэффициент вариации)

Результаты и обсуждения. Анализ полученных статистических данных свидетельствует о том, что показатели заболеваемости ИППП за последние 5 лет по Курской области снизились в среднем на 54% (с 4,6 тыс. в 2013 г. до 2,1 тыс. в 2017 г.). Ежегодно заболеваемость снижалась 16,7%. Заболеваемость трихомонозом в Курской области снизилась на 35% за данный период, в ЦФО – на 33,4%, в России – на 40%. Тем не менее трихомоноз продолжает занимать ведущую позицию в структуре ИППП, и на его долю приходится 37,5%.

Динамика заболеваемости хламидийной инфекцией имеет волнообразный характер, её доля в структуре ИППП за исследуемый период составляет 10,8%, в среднем это 302 зафиксированных случая хламидиоза в год. В целом, заболеваемость по России имеет четкую тенденцию к снижению и занимает второе место в структуре (22,7%), в год фиксируется в среднем 60 тысяч новых случаев заражения.

Отмечается отрицательный прирост заболеваемости сифилисом в Курской области и ЦФО, который составил 8,8% и 5,3% соответственно.

Заболеваемость гонококковой инфекцией в Курской области на протяжении 5 лет снизилась на 74,8%, в ЦФО – на 58,5%, в России – на 53,7%.

Аногенитальные бородавки (АБ), вызываемые ВПЧ, в структуре заболеваемости ИППП в Курской области занимают 18,9%. В течение двух последних лет заболеваемость АБ в Курской области увеличилась на 13,8%, в ЦФО – на 0,5%, в России – на 3,1%.

По данным 2017 г. генитальный герпес диагностировался у 5,8% жителей Курской области, у 8,5% жителей ЦФО и у 7,45% жителей России, средний темп прироста за 5 лет составил 2,8%, 3,2% и 4,1% соответственно.

Выводы. Анализ проведенного исследования даёт возможность сделать заключение о том, что на фоне снижения общей заболеваемости ИППП изменяется структура заболеваемости этими инфекциями – снижается уровень невирусных ИППП и происходит рост вирусных.

Список литературы.

1. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, в Российской Федерации и в ее субъектах / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина и др.// Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 3. С.12-28.

2. Эпидемиологический анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем в Курской области / Е.А. Тарасова, Т.П. Исаенко, И.В. Пашина и др.// Ученые записки Орловского гос. универ. Серия: естеств., техн. и мед науки. 2014. № 7. Т. 1. С. 176-178.

3. Newman L., Rowley J., Vander Hoorn S. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2016 Based on Systematic Review and Global Reporting. PLoS One. 2017;10 (12).

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ КУРСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Ганзюк А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Научные руководители – д.м.н., профессор Силина Л.В.,

д.ф.н., профессор Овод А.И.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время острота демографических проблем неразрывно связана с ухудшением состояния здоровья населения, в том числе с увеличением количества дерматологических заболеваний. Негативные демографические тенденции создают реальные и потенциальные угрозы устойчивому развитию общества не только на современном этапе, но и в перспективе: ухудшение здоровья каждого последующего поколения ведет к снижению качества и величины трудового потенциала страны [1]. Приоритетом социально-демографической политики государства должно стать оздоровление населения, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Формирование конкретных направлений государственной политики в этой области предполагает наличие разносторонней статистической информации о состоянии здоровья, закономерностях и факторах заболеваемости населения [2].

Целью исследования является анализ динамики госпитализаций дерматологических больных в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (КОККВД) в период с 2014 г. по 2018 г.

Материалы и методы: материалами для данного исследования послужили статистические данные заболеваемости кожных больных в стационарном отделении ГУЗ «КОККВД», в исследованиях использован комплексный подход, методы системного анализа, структурный и контент-анализ.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования, было установлено, что общее число больных, пролеченных в дерматологическом отделении КОККВД, постепенно снижалось с 13380 человек в 2014 г. до 8209 человек в 2018 г. Средний темп убыли за период 2014 – 2018 гг. составил 8,51% или 1034 человека ежегодно. Число госпитализированных кожных пациентов на протяжении периода 2014 – 2018 гг. постепенно уменьшалось, достигнув своего минимума 7844 человек в 2017 году (темп убыли к 2017 году 14,55%). В 2018 году отмечается повышение показателя на 4,6% или 365 человек.

В среднем порядка 57,6% пациентов КОККВД проходят лечение в круглосуточном стационаре, остальные 1269 человек (42,4%) - в дневном. Перевод большей части больных в условия дневного стационара позволяет снижать затраты на лечение пациентов в виде экономии на затратах основного лечебного отделения, параклинических служб, хозяйственной службы и некоторых других материальных затратах. На лекарственном обеспечении условия пребывания больных практически не отражаются.

В структуре госпитализации среди всех дерматологических заболеваний первое место приходится на больных с диагнозом псориаз – 1638 человек (54,7%). Второе место с удельным весом 10,9% занимает экзема (327 пациентов). На третьем месте другие локализованные изменения соединительной ткани 7,8% (233 пациента). На четвертом и пятом больные с диагнозами красный плоский лишай и псориаз артропатический 2,2% (67 человек) и 1,9% (59 человек) соответственно. Таким образом, можно сказать, что более половины всех пациентов, проходивших курс лечения в стационарном отделении это пациенты с псориазом.

Средняя длительность лечения больных с кожными заболеваниями, рассчитанная путем деления числа проведенных койко-дней на количество пролеченных больных, остается примерно на одинаковом уровне в анализируемый период и составляет 15,05 дней. Длительность лечения в круглосуточном стационаре в среднем в два раза выше, чем в дневном.

Максимальный уровень госпитализации в стационарном отделении диспансера наблюдается в начале года: февраль (17,34%), апрель (13,61%) и май (15,69%). Затем происходит постепенный спад числа госпитализированных пациентов с постепенным возрастанием их количества к концу года.

Выводы. Таким образом, анализ динамики госпитализаций дерматологических больных показал, что в целом отмечается положительная динамика в снижении количества числа госпитализаций, что является положительным фактором для системы дерматологической помощи в Курской области. Расчеты общего количества госпитализированных больных, средней длительности курса лечения, койко-дней, структуры госпитализаций по отдельным нозологиям полезны и обязательно должны учитываться при планировании кадрового и материального обеспечения отделения диспансера, особенно если имеют долгосрочный характер.

Список литературы.

1. Мищук С.Н., Аносова С.В. Здоровоохранение как фактор формирования и развития человеческого капитала региона // Уровень жизни населения регионов России. 2014. № 4 (194). С.138-147.
2. Никитенко А.И., Карелина М.Г. Статистический анализ уровня заболеваемости в регионах Российской Федерации // Молодой ученый. 2017. № 3. С. 376-380. Электрон. журнал. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/137/38084/> (дата обращения: 01.03.2019).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Гориводский В.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Силина Л.В.

В настоящее время возникающие вспышки заболеваемости сифилисом, его лечение и диагностика, меры профилактики представляют собой очень важную и актуальную проблему современной дерматовенерологии. Последнее двадцатилетие показывает чрезвычайно высокую заболеваемость в РФ и в странах Европы. В связи недостаточной регистрацией сифилиса реальные показатели заболеваемости практически в 5 раз превосходит данные официальных отчетов. По данным Всемирной организации здравоохранения, эпидемиологическая ситуация по сифилису трактуется резким упадом заболеваемости в РФ и в странах Европы.

По данным исследователей своевременная диагностика сифилиса у беременных женщин усложнена в связи с не выявленными симптомами, первенством скрытых форм заболевания, поэтому ведущая роль в постановке диагноза сифилиса принадлежит серологическим реакциям. Беременность у больных женщин сифилисом может закончиться различными проблемами состояния здоровья матери и ребенка - мертворождением, преждевременными родами, поздними или ранними самопроизвольными выкидышами, замершей беременностью, рождением ребенка с врожденным сифилисом. Исход беременности будет отличаться на разных периодах сифилиса, так как инфицирование плода зависит от действенности инфекции. Темперамент раннего выявления, полноценное специфическое лечение и полновесная регистрация больных беременных женщин сифилисом, детальное наблюдение за лечением способствует уменьшению случаев врожденного сифилиса и самопроизвольных поздних или ранних выкидышей.

Целью исследования является изучение заболеваемости сифилисом у беременных женщин на территории Курской области в годовой динамике.

Материалы и методы: были анализированы годовые отчеты ОБУЗ «Курский кожвендиспансер». Разрешение на выполнение данной работы получено в письменном утвержденном виде.

Результаты и обсуждения. В 2017 г. среднеобластной коэффициент заболеваемости сифилисом в Курской области на 100 тысяч населения составил 48,7 случая (всего 1080 случаев), что на 5,9% выше значений 2016 г. (46,5 случая на 100 тысяч населения), соответственно превышает среди всех групп населения в РФ.

За 9 месяцев 2018 г. зарегистрировано в Курской области всего 690 случая заболевания сифилисом, что составляет 27,6% случая на 100 тысяч населения Курской области; это ниже аналогичного периода 2017 г. на 12,4%.

За 2017 г. в Курской области выявлено 2 случая сифилиса у детей в возрасте от 0 до 14 лет. За предыдущие 5 лет снижение заболеваемости среди

данной категории произошло в 4 раза. За 9 месяцев 2018 г. в данной возрастной категории заболевших нет.

Женщин, страдающих сифилисом, на территории Курской области в 2015 г. было 406, в 2016 г. – 318, а в 2017 г. – 283. Беременных женщин было в 2015 г. 11,7% (n=95), в 2016 г. – 15% (n=93), в 2017 г. – 14,8% (n=82).

Исходы беременности по данным на 2017 г. были следующие: ранние самопроизвольные выкидыши – 10 случаев (9,7%), самопроизвольные выкидыши – 9 (8,5%), преждевременные роды – 12 (12,2%), мертворождение – 4 (3,6%), врожденный сифилис – 0, замершая беременность – 6 (4,9%).

по периодам сифилиса у беременных женщин за 2017 г.

Всего беременных женщин, страдающих сифилисом в 2017 году 82, из них первичный период 10, вторичный 25, скрытый ранний 41, скрытый поздний 8.

Таким образом, высокая степень заболеваемости сифилисом беременных вызвана низким социальным статусом данной категории женщин, недостаточностью совокупности мер пренатальной профилактики врожденного сифилиса, в т. ч. первичной профилактики сифилиса у беременных. Среди факторов сложившейся ситуации указаны организационные недостатки нужного сотрудничества между акушерско-гинекологической и дерматовенерологической службой. Заболеваемость сифилисом среди беременных в Курской области составляет 15,9%, т.е. каждая шестая женщина больна сифилисом. Среднеобластной показатель заболеваемости сифилисом по Курской области превышает показатель по РФ. Наибольший процент заболеваемости сифилисом регистрируется у лиц активного репродуктивного возраста. Наблюдается снижение уровня заболеваемости сифилисом у женщин по Курской области за период с 2013 по 2017 гг. В Курской области по итогам 2017 г. не зарегистрировано не одного случая врожденного сифилиса. Необходимо как можно раннее становление на учет беременности и своевременное обследование у акушера-гинеколога и дерматовенеролога. Необходимо умения врача вызвать доверие у женщины в правильности постановки диагноза и необходимости проведения лечения. Необходима активная санитарно-просветительская работа среди девочек старших классов, студенток техникумов и университетов (в чтении лекций, где объясняются симптомы заболевания, способы заражения и тд.). Необходимы периодические осмотры девушек. Необходимо своевременное обследование и розыск половых и бытовых контактов с выявлением источников заражения.

Выводы. Полученные данные должны учитываться при проведении профилактических мероприятий и лечения беременных по поводу сифилиса.

Список литературы.

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1024 с.
2. Клиническая лабораторная диагностика: нац. рук-во: в 2 т. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Меньшикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. Т. 2 С. 514-516.

3. Серологическая диагностика сифилиса: возможности повышения информативности / А.М. Иванов [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. Т. LIII, специальный выпуск. С. 126-127.
4. Струин Н.Л., Шубина А.С. Социальные инфекции у мигрантов, факторы, способствующие заболеваемости: обзор литературы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 5. С. 676-679.
5. Стуканова Н.П. Дерматовенерология.: КноРус, 2016. 256 с.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ В ПОПУЛЯЦИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зубцов М.С., Гокин А.Г., Чугуев А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Кафедра дерматовенерологии

Научные руководители – д.м.н., профессор Хвостовой В.В.,

д.м.н., профессор Силина Л.А.

Диагностика и лечение меланомы кожи являются одной из актуальных проблем в современной онкологии. Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5% [3, 4]. В России ежегодно регистрируется более 5700 случаев этой патологии и более 2200 человек умирают от нее [1]. В 2017г. стандартизованный показатель заболеваемости меланомой кожи в России у мужчин равнялся 4,4 и у женщин – 6,3 на 100 тыс. Прирост же абсолютного числа заболевших меланомой среди мужчин и женщин в 2017 г. составил, соответственно, 16,4 и 17,4%. В целом по России с 2012 по 2017 г. заболеваемость меланомой кожи увеличились на 16,7% [2].

Целью исследования является анализ клинико-морфологических особенностей меланомы головы и шеи в сравнении с другими локализациями.

Материалы и методы: материалом исследования послужили клинико-морфологические данные о 521 больных верифицированной гистологически меланомой кожи различных локализаций, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2013 по 2017 год. При анализе медицинской документации пациентов, включённых в исследование, фиксировались следующие данные: пол и возраст больного, анатомическая локализация и сублокализация опухоли. Детально регистрировались морфологические параметры первичной опухоли: толщина по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, наличие изъязвления, уровень митотической активности, степень лимфоидной инфильтрации, пигментация, клеточный тип и характер роста меланомы. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программного пакета STATISTICA 13 StatSoft, Inc.

Результаты и обсуждения. Гендерных различий в локализации меланомы в области головы и шеи по сравнению с туловищем и конечностями не выявлено. При оценке возрастного состава больных меланомой было выявлено, что средний возраст больных меланомой головы и шеи на 4,4 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 6,1 лет старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 5,8 лет. При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. При оценке клеточного типа опухоли было статистически достоверно выяснено, что при МГШ чаще других встречается веретенноклеточная форма, в то время при других локализациях чаще встречается эпителиоидноклеточная форма. При оценке уровня инвазии по Кларку статистически значимых различий между МГШ и меланомами других локализаций не выявлено. При оценке толщины опухоли по Бреслоу было выявлено, что МГШ толще на 3 мм, чем меланомы других локализаций. Выявлена умеренной силы корреляционная связь между глубиной инвазии по Кларку и толщиной опухоли по Бреслоу при локализации меланомы на туловище и конечностях ($r = +0,6$, $p < 0,05$). Данная связь немного сильнее, чем при локализации на голове и шее ($r = +0,43$, $p < 0,05$). При анализе пигментаций опухоли было выяснено, что пигментация в опухолях головы и шеи встречалась достоверно чаще, чем в опухолях головы и туловища. При анализе лимфоидной стромы опухоли статистически достоверно установлено, что умеренная и слабая инфильтрация в опухолях туловища и конечностей встречается в 1,8 раза чаще, чем в МГШ. При оценке частоты метастазирования опухоли было достоверно установлено, что при поступлении в стационар метастазы в лимфатические узлы отмечались у 12,05% больных МГШ и у 5,85% с локализацией опухоли на туловище и конечностях (в 2,06 раза чаще).

Выводы. Гендерных различий между МГШ и меланомами других сублокализаций не выявлено. Средний возраст больных меланомой головы и шеи на 4,4 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 6,1 лет старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 5,8 лет. МГШ клинико-морфологически характеризуются большей частотой веретенноклеточных форм опухоли; большей опухоли толщиной по Бреслоу (на 3 мм больше меланом других локализаций); более сильной пигментацией опухоли; слабой лимфоидной инфильтрацией; более частым метастазированием опухоли.

Список литературы.

1. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при первичных меланомх кожи головы и шеи // Вестник хирургии. 1998. № 10. С. 8-128
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 236 с.
3. Cutaneous melanoma of the head and neck. A review of 399 cases / G.S. Gussack, D. Reintgen, E. Cox [et al.] // Ann. Surg. Oncol. 2013. 10.P. 21-26
4. Risk Assessment in Localized Primary Cutaneous Mealnoma / R.J. Tuthill, J.M. Unger, P.Y. Liu [et al.] // American Journal of Clinical Pathology. 2012. Vol. 118, No. 4. P. 110-128

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ПОПУЛЯЦИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зубцов М.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Кафедра дерматовенерологии

Научные руководители – д.м.н., профессор Хвостовой В.В.,

д.м.н., профессор Силина Л.А.

Давно известно, что меланомы кожи головы и шеи (МГШ), которые составляют около 12% от всех меланом кожи, отличаются агрессивным клиническим течением и наиболее низкой выживаемостью больных [2, 3]. Так, по данным НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, 5-летняя выживаемость больных меланомой кожи головы и шеи при 1-ой стадиях оказалась равной 54,7%, тогда как при иных анатомических локализациях выживаемость варьировала от 60,6% до 70% [1].

Целью исследования является анализ клинико-морфологических характеристик меланом головы и кожи в зависимости от сублокализаций.

Материалы и методы: материалом исследования послужили клинико-морфологические данные о 89 больных верифицированной гистологически меланомой кожи головы и шеи, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2013 по 2017 год. При анализе медицинской документации пациентов, включённых в исследование, фиксировались следующие данные: пол и возраст больного, анатомическая сублокализация опухоли в области волосистой части головы, лица, ушных раковин, шеи. Детально регистрировались морфологические параметры первичной опухоли: толщина по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, наличие изъязвления, уровень митотической активности, степень лимфоидной инфильтрации, пигментация,

клеточный тип и характер роста меланомы. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программного пакета STATISTICA 13 StatSoft, Inc.

Результаты и обсуждения. При разделении МГШ на 4 анатомические зоны (волосистая часть головы, ушная раковина, лицо и шея), мужчины преобладали среди больных с локализацией опухоли на волосистой части головы – 60% ($\chi^2=6,45$; $p<0,05$), а у женщин, в свою очередь преобладали опухоли на лице – 87,1% ($\chi^2=13,86$; $p<0,001$). Средний возраст пациентов, страдающих МГШ – $69,4\pm3,4$; пациентов, страдающих меланомами других локализаций – $65,0\pm1,5$. При оценке возрастного состава сублокализации МГШ было выяснено, что самый большой возраст – у больных меланомой лица (79,9 лет; мужчины – 83,3 лет; женщины – 79,4 лет), самый маленький возраст у больных меланомой шеи (56,8 лет; мужчины – 57,1 лет; женщины – 56,4 лет). Нодулярная форма меланомы встречается преимущественно на шее (93%) и волосистой части головы (80%) по сравнению с ушными раковинами (79%) и лицом (71%), без статистически значимых различий. При исследовании уровня инвазии по Кларку у больных МГШ различных сублокализаций было установлено, что значимых различий в глубине поражения опухоли в зависимости от локализации нет. Наибольшей толщиной по Бреслоу обладали опухоли шеи и ушной раковины ($12\pm8,14$ и $9,33\pm3,22$ соответственно). При анализе МГШ статистически значимых различий в частоте изъязвления опухолей, пигментации, лимфоидной инфильтрации, частоте лимфогенных метастазов различных сублокализаций выявлено не было.

Выводы. 1. При оценке сублокализации опухолей на голове и шее мужчины достоверно чаще страдают меланомой волосистой части головы (в 1,5 раза чаще; $p<0,05$), а женщины чаще страдают меланомами лица (в 6,75 раз чаще мужчин; $p<0,05$).

2. При анализе возрастных особенностей пациентов с меланомами кожи головы и шеи оказалось, что средний возраст больных с опухолями лица (79,9 г.), достоверно выше, чем при других сублокализациях. Кроме того, при меланоме лица и шеи в отличие от других сублокализаций мужчины были старше женщин в среднем на 3,9 и 0,7 года соответственно ($p<0,05$; U-тест Манна-Уитни).

3. Не выделено статистически значимых различий форм роста при оценке сублокализации МГШ.

4. При анализе МГШ статистически значимых различий в частоте изъязвления опухолей, пигментации, лимфоидной инфильтрации, частоте лимфогенных метастазов различных сублокализаций выявлено не было.

Список литературы.

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные заболевания в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 250 с.
2. Epidemiological Features and Prognostic Factors of Cutaneous Head and Neck Melanoma/ A. Golger, D.S. Young, D. Ghazarian [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2017. 133 (5). P. 442-447
3. Cutaneous melanoma of the head and neck. A review of 399 cases / G.S. Gussack, D. Reintgen, E. Cox [et al.] // Ann. Surg. Oncol. 2013. 10.P. 21-26.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ БУЗ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «ЛИВЕНСКАЯ ЦРБ» ЗА ПЕРИОД 2013-2014 ГГ.

Мурских А.Д.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – к.м.н. Е.А. Есипова

Актуальность исследования состоит в том, что кожные заболевания занимают одно из лидирующих положений в структуре общей заболеваемости Российской Федерации. Доля данной группы в структуре заболеваемости составляет 10%. По данным министерства здравоохранения Российской Федерации 2017г. заболеваемость дерматозами продолжает оставаться стабильно высокой – 5724 на 100 000 населения [3]. Большая часть регистрируемой заболеваемости приходится на аллергодерматозы 30% и псориаз 25%. В связи со стабильно высоким уровнем заболеваемости и поиском грамотного подхода к правильному и своевременному лечению данной группы заболеваний, была обусловлена цель данной работы.

Целью исследования является анализ статистических данных по болезненности и заболеваемости за 2013 и 2014 годы.

Материалы и методы: статистические данные дерматологической службы БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» среди взрослых, подростков и детей.

Результаты и обсуждения. На основании проведенного исследования было выявлено, что среди аллергодерматозов наблюдается снижение заболеваемости во всех исследуемых возрастных группах - взрослые на 8%, подростки на 30% и дети на 8%. На втором месте по распространенности находятся инфекционные заболевания кожи, при этом среди взрослого населения наблюдается снижение уровня заболеваемости на 2%, а среди подростков и детей заметна тенденция к росту числа инфекционных заболеваний на 2% и 16% соответственно. Рост данной патологии среди детей и

подростков может быть обусловлен наиболее частой обращаемостью родителей в медицинские учреждения. Так же достаточно существенный вес в общей структуре заболеваемости имеют такие группы как вирусные заболевания, угревая болезнь и микозы. Причем среди подросткового населения наблюдается рост числа вирусных болезней на 43%, это может свидетельствовать о снижении реактивности иммунной системы подростков, связанном с гормональными изменениями в пубертатном периоде [1]. Среди детей наблюдается тенденция к росту числа микозов на 9%, что объясняется большей настороженностью и обращаемостью родителей за медицинской помощью. Среди хронических заболеваний, таких как псориаз и системные заболевания, наблюдается тенденция к снижению их доли в структуре общей на 2% и 1% соответственно. Это снижение вероятно связано со своевременной диагностикой данных форм, ранним началом и совершенствованием методов лечения.

Рассматривая каждую возрастную группу отдельно, было выявлено, что среди взрослого населения наблюдается рост числа пузырных заболеваний на 55%, системных заболеваний на 57% и вирусных заболеваний на 5%, в то же время наблюдается снижение среди грибковых заболеваний на 15%, злокачественных новообразований кожи на 50%. Среди подростков рост числа вирусных заболеваний на 43% и псориаза на 7%, при этом наблюдается тенденция к снижению числа грибковых заболеваний на 22%. Среди детей рост случаев псориаза 100%. В качестве причин приводящих к увеличению числа псориаза среди детей можно назвать: физические и психоэмоциональные стрессы [2]. В то же время наблюдается снижение числа аллергодерматозов среди взрослых и подростков на 8% и 30% соответственно (рисунок 1).

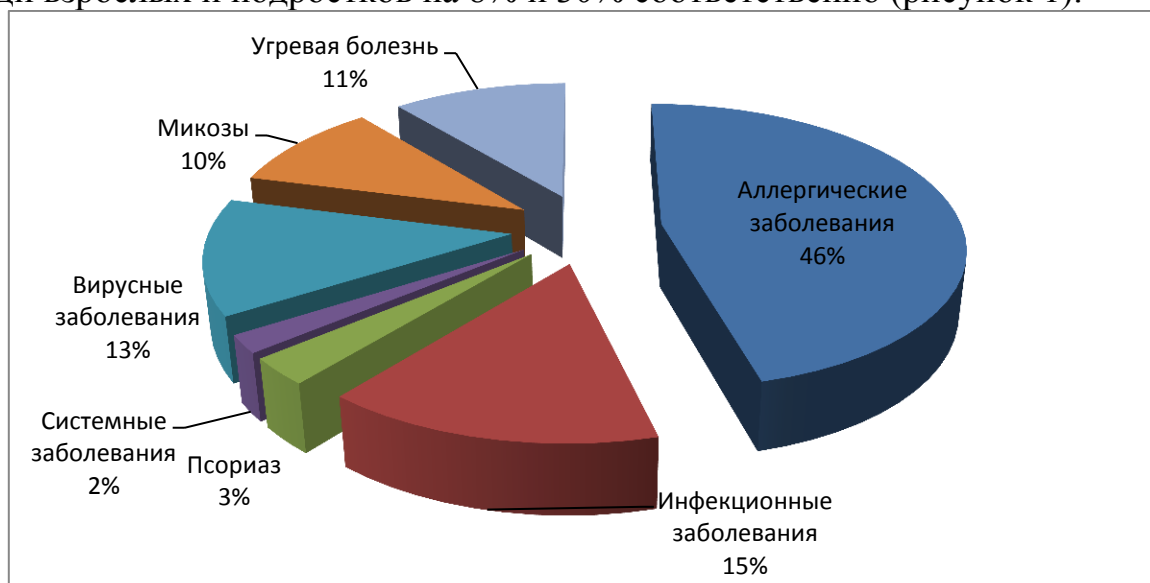


Рисунок 1. Структура заболеваемости

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о заметном снижении уровня аллергических заболеваний. Количество инфекционных заболеваний остается по-прежнему высоким. Уровень числа хронических дерматозов заметно снижается. Благодаря своевременному

статистическому анализу данных, полученному от дерматологической службы, мы имеем возможность проведения своевременной и полномасштабной профилактической работы.

Список литературы.

1. Кожные и венерические болезни. По ред. В.П. Адаскевич, В.М. Козин. М.: Медицинская литература, 2013. 672 с.
2. Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.А. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 2013. 264 с.
3. Статистический сборник 2017. Электрон. журнал. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskie-materialy> (Дата обращения: 15.02.2019).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА «TRIAGE AMALGAMATED DERMOSCOPIC ALGORITHM» И МЕТОДИКИ BLINCK В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Овсяников В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

кафедра онкологии

Научные руководители – д.м.н., профессор, зав. каф. Силина Л.В.,

к.м.н., доцент, зав. каф. Хвостовой В.В.

Актуальность исследования состоит в том, что злокачественные новообразования кожи занимают лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний в России, что указывает на важность их ранней диагностики. Наиболее доступным и информативным неинвазивным методом прижизненной диагностики кожи в повседневной клинической практике является дерматоскопия (эпильюминесцентная микроскопия). За рубежом дерматоскопия более широко внедрена в клиническую практику в связи с чем обеспечено выявление меланомы на ранних стадиях, что значительно улучшает прогноз для пациентов. Особенно ценную информацию это исследование позволяет получить в ситуациях, когда картина образования неоднозначна или клинические проявления невыразительны, а вероятность врачебной ошибки в выборе метода лечения очень велика.

Ценность наиболее ранней диагностики данной патологии обуславливает необходимость обучения пользования не только онкологами и дерматологами, но и специалистами первичного звена. Для этого необходимо внедрить специальные алгоритмы, суть которых заключается не в постановке конкретного диагноза на основании дерматоскопических признаков, а в

определении злокачественности или доброкачественности рассматриваемого образования, необходимости или её отсутствия в проведении биопсии

Целью исследования является сравнительный анализ применения дерматоскопической методики BLINCK и дерматоскопического алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» в диагностике меланомы кожи и других злокачественных кожных новообразований.

Материалы и методы: наблюдение производилось за 47 пациентами с 47 новообразованиями кожи, обратившиеся в поликлинику ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер» в 2017-2018 годах. Среди них женщин – 32 (68,1%), мужчин – 15 (31,9%); городские жители – 24 (51,1%); сельские жители – 23 (48,9%). Средний возраст пациентов, обратившихся на прием, составил 54,8 лет (максимальное и минимальное значения равняются 89 и 20 лет соответственно).

Дерматоскопическое исследование проводилось с помощью неполяризованного дерматоскопа HEINE mini 3000, фотодокументирование осуществлялось фотоаппаратом Panasonic DMC-FS14. В качестве иммерсионной среды использовался 70% этиловый спирт. Все пациенты подверглись тщательному клиническому исследованию. Была оценена клиническая и дерматоскопическая картина всех новообразований, а также выполнено их морфологическое исследование. Материал для гистологического исследования был представлен путем выполнения инцизионной и эксцизионной биопсии.

В исследовании всех кожных новообразований были использованы следующие дерматоскопические алгоритмы: алгоритм «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», методика BLINCK.

В ходе исследования дерматоскопической картины, клинического статуса больных, а также после проведения морфологического исследования мы сталкивались со следующими образованиями кожи:

- базально-клеточная карцинома – 11 образований у 11 пациентов;
- метатипический рак – 1 образование у 1 пациента;
- меланома (узловая, поверхностно-распространяющаяся) – 4 образований у 4 пациентов;
- болезнь Боуэна – 1 образование у 1 пациента;
- плоскоклеточный рак – 1 образование у 1 пациента;
- папиллома – 4 образований у 4 пациентов;
- гемангиома – 1 образование у 1 пациента
- невус (сально-волосяной, интрадермальный, пигментный, голубой) – 13 образований у 13 пациентов;
- фиброма – 2 образования у 2 пациентов;
- эпидермальная киста – 1 образование у 1 пациента;
- себорейный кератоз – 8 образований у 8 пациентов.

Дерматоскопические заключения, установленные с помощью всех вышеуказанных алгоритмов, были сопоставлены с морфологическими заключениями.

Результаты и обсуждения. При использовании методики BLINCK чувствительность метода составила 4,5%; специфичность – 66,3%; алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» чувствительность - 100%; специфичность – 72,4%. Таким образом, учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что алгоритмы могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи. Методика BLINCK (чувствительность 94,5%; специфичность – 66,3%) и «Triage amalgamated dermoscopic algorithm» (чувствительность 100%; специфичность – 72,4%), могут применяться в диагностике злокачественных новообразований кожи.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение методики BLINCK и алгоритма «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», с приоритетом использования «Triage amalgamated dermoscopic algorithm», в лечебных учреждениях онкологической, дерматологической службы, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля (кабинеты онкологов, дерматологов в детских поликлиниках, центральных районных больницах).

Список литературы.

1. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей / под. ред. Н.Н. Потекаева. М.: Студия МДВ, 2011 - 144 с.: ил.
2. Bourne, P. BLINCK—A diagnostic algorithm for skin cancer diagnosis combin-ing clinical features with dermatoscopy findings / P. Bourne [et al.] // Dermatol. Pract. Concept. 2012 Apr. Vol. 2, N 2. P. 12.
3. Rogers T., Marino M.L., Dusza S.W. et al. Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm (TADA) For Skin Cancer Screening // Dermatology Practical & Conceptual. 2017. № 2.

КУРСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДИНАСТИИ: К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАН Ю.К. СКРИПКИНА

Оробинская Я.В., Петроченко Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Исаенко Т.П.

25 мая 2019 года исполнилось бы 90-лет со дня рождения нашего земляка – выдающегося ученого и педагога, известного организатора высшего медицинского образования, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, академика РАН, доктора медицинских наук, профессора Юрия Константиновича Скрипкина.

Юрий Константинович родился в г. Курске в семье врачей. Во время одной из встреч с курскими дерматовенерологами, он сказал, что в профессию пришел не случайно, ведь в его семье было 45 врачей самых разных специальностей: прадед был акушером-гинекологом, прабабушка – акушеркой, мама, Татьяна Ивановна – терапевтом, отец, Константин Александрович –

хирургом, подполковником медицинской службы, брат Климентий Константинович – судмедэкспертом, внучка Полина стала дерматовенерологом.

В Курске и за его пределами хорошо известна семья врачей Скосаревых. Светлана Константиновна, родная сестра Ю.К. Скрипкина, более сорока лет проработала офтальмологом, долгие годы заведовала глазным отделением областной больницы, вернула зрение многим больным, ее муж – Юрий Петрович Скосарев, талантливый хирург и ученый, был доцентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Курского медицинского института. Студенты любили его – могли прийти к нему запросто и поговорить обо всем, что волновало, потому что знали, что он всегда даст дельный совет и окажет поддержку. Но вместе с тем, Скосарев был строгим преподавателем и никому никогда никаких поблажек не делал. Юрия Петровича уже давно нет с нами, но его бывшие ученики и коллеги хранят о нем светлую память.

Светлана Константиновна и Юрий Петрович познакомились на первом курсе мединститута и прошли рука об руку всю жизнь, воспитали не одно поколение врачей, а их дети и внуки тоже стали врачами.

«В роду Скрипкиных был только один врач – наш отец, говорит Светлана Константиновна, – а вот по маминой линии, в семье Ошкадеровых – целое врачебное гнездо! Мамин брат, Василий Иванович – профессор, возглавлял кафедру анатомии в Воронежском университете. Когда мы с братьями уже учились в мединституте, мама вспоминала об одном эпизоде из своей студенческой жизни, который, когда она о нем рассказывала, вызывал у нас дружный смех, хотя самой ей тогда было отнюдь не весело. Оказывается, Василий Иванович завалил сестру на экзамене по анатомии – запутал намеренно, а студентка от такой лобовой атаки родного брата просто растерялась, хотя была хорошо подготовлена. «Настоящий врач не должен теряться в любой ситуации – просто не имеет на это права, потому, что больной доверяет ему свою жизнь» – сказал ей тогда брат».

Другие братья Татьяны Ивановны тоже были врачами. Один из ярких представителей династии Ошкадеровых – Иван Иванович, он был первым в Курске заведующим губздравотделом, открыл первую детскую молочную кухню, оснастил службу «Скорой помощи» машиной – до этого ездили на лошади. Потом его перевели в Иркутск, где он создал кафедру социальной гигиены. А в тридцать седьмом его расстреляли по доносу как врага народа.

Еще один брат, Валериан Иванович, был хирургом на корабле Балтийского флота. И вот во время войны, когда корабль, наскочив на мину, получил пробоину и стал тонуть, он как раз оперировал матроса. Уже спускали на воду последнюю шлюпку, и Валериана Ивановича предупредили, что надо уходить, а он ответил: «Как же я, врач, брошу на операционном столе человека с открытым животом, заранее зная, что обрекаю его на смерть?» Так и утонули вместе – корабль, хирург и матрос [1].

Будущему академику повезло не только родиться в семье, где свято исполняли врачебный долг, но и встретить на своем пути замечательных учителей, настоящих профессионалов своего дела. Юрий Константинович вспоминал, что его первым учителем в дерматологии был Владимир

Афанасьевич Леонов, будущий профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Курского медицинского института. Леонов заметил талантливого студента еще на третьем курсе и пригласил его в кружок дерматологии, старостой которого Скрипкин позже стал.

В те годы, с 1948 по декабрь 1951, кафедру возглавлял ставший впоследствии одним из ведущих дерматовенерологов нашей страны профессор Михаил Митрофанович Желтаков. «Он и привил мне настоящую любовь к дерматовенерологии» – вспоминал Юрий Константинович, а когда Желтакова перевели во 2-ой Московский медицинский институт, то он пригласил меня поступить к нему в ординатуру. Михаил Митрофанович был интереснейший человек и настоящий профессионал. В свое время Желтаков совершил прорыв в дерматологии. Большая часть из 120 его научных работ посвящена проблемам нейроэндокринного патогенеза аллергических механизмов заболеваний. Это новое направление включало изучение роли аллергии, нарушений функции гипофизарно-надпочечниковой системы, половых гормонов, щитовидной железы, нервно-эндокринных процессов в патогенезе хронических дерматозов. По учебнику М.М. Желтакова «Кожные и венерические болезни», который он написал во время своей работы в Курском медицинском институте, училось не одно поколение студентов медицинских вузов».

После смерти М.М. Желтакова в 1968 году Ю.К. Скрипкин возглавил кафедру кожных и венерических болезней 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова.

В 1984 году Юрий Константинович был избран членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, а в 1988 – действительным членом (академиком) Академии медицинских наук СССР. В 2013 г., в ходе присоединения РАМН к РАН, он стал академиком РАН.

В 1980 г. Ю.К. Скрипкин был назначен директором Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института (ЦНИКВИ Минздрава СССР), который возглавлял в течение 19 лет [2].

Ю.К. Скрипкин – автор более 600 научных трудов, в том числе книг, учебников, руководств, являющихся основными источниками для изучения дерматовенерологии.

Юрий Константинович щедро передавал накопленные им знания ученикам, коллегам, специалистам практического здравоохранения.

Под его руководством выполнено и защищено более 39 докторских и 72 кандидатских диссертаций. Среди его учеников есть и курские профессора – Вадим Алексеевич Жигулин, заведовавший кафедрой кожных и венерических болезней нашего университета с 1991 г. по 1998 г., и нынешний ее руководитель – Лариса Вячеславовна Силина.

Юрий Константинович был почетным профессором Курского государственного медицинского университета. Он никогда не забывал о своем родном институте, часто бывал на кафедре кожных и венерических болезней – выступал перед врачами-дерматовенерологами, читал лекции, проводил обходы, консультировал больных со сложными и непонятными диагнозами.

По инициативе Ю.К. Скрипкина и при его живейшем участии на базе Курского государственного медицинского института в 1974 г. проводился Пленум правления Всероссийского научного общества дерматовенерологов, в 1979 г. – выездное заседание Президиума Ученого Медицинского Совета Минздрава РСФСР, не раз проходили заседания учебно-методической комиссии по дерматовенерологии Минздрава РФ.

Юрий Константинович Скрипкин умер 29 августа 2016 г., он прожил долгую, интересную, содержательную и деятельную жизнь и оставил заметный след в мировой и отечественной дерматовенерологии.

Список литературы.

1. Белунова А. Из альбома нежно смотрит молодость... // Курская правда. 2015. 7 июля.
2. Памяти академика РАН Юрия Константиновича Скрипкина // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 5. –С. 108.

АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Райденко С.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии,

кафедра управления и экономики фармации

Научные руководители – д.м.н., профессор Силина Л.В.,

д.фарм.н., профессор Овод А.И.

Дерматозы, или кожные патологии, представляют собой большую группу врожденных или приобретенных заболеваний [1]. Болезни кожи и подкожной клетчатки в настоящее время составляют 2,6% от числа всех болезней. Высокая распространенность, хроническое рецидивирующее течение, постоянно увеличивающиеся темпы роста, разнообразие клиники, а также значительное количество осложнений относят аллергические заболевания к приоритетным междисциплинарным проблемам современной медицины [2]. Атопический дерматит с первыми манифестациями в детском возрасте на сегодняшнее время наблюдается у 45-60% взрослых пациентов [3].

Целью исследования является оптимизация медицинской и лекарственной помощи больным аллергодерматозами.

Материалы и методы: 100 историй болезни пациентов аллергическим и атопическим дерматитом, находящихся на стационарном лечении в КОКВД в 2015-2018 гг., методы: системный, логический, контент-анализ, маркетинговый, группировки.

Результаты и обсуждения На первом этапе был проведен анализ заболеваемости больных аллергическими заболеваниями кожи за период 2007-2016 гг. Так, в 2016 г. заболеваемость атопическим дерматитом по Российской

Федерации составила 202,8 на 100 тыс. человек. На протяжении периода 2007-2016 гг. наблюдается тенденция к ежегодному снижению данного показателя, наиболее высокий показатель зарегистрирован в 2007 г. и составляет 256,1 на 100 тыс. населения. Заболеваемость контактным дерматитом в 2007-2009 гг. имеет тенденцию к повышению, однако с 2010 г. зарегистрированный показатель стал снижаться и составил 1049,7 на 100 тыс. человек. Средний показатель заболеваемости контактным дерматитом составил 1089,1 на 100 тыс. населения, что говорит о высокой распространенности данной патологии. Аналогичная ситуация наблюдается и в Курской области.

На втором этапе был изучен социально-демографический портрет больных аллергодерматозами. Представители обоих полов, страдающих аллергическими заболеваниями кожи, занимают практически равную долю, о чем свидетельствует высокий уровень обращаемости как женщин, так мужчин (соответственно 52% и 48%). Следует отметить, что большинство больных (77%) проживают в г. Курске, 23% госпитализируются в стационарные отделения КОКВД по направлениям специалистов центральных районных больниц.

Структура пациентов представлена возрастными группами от 18 до 30 лет (37%) и от 31 до 45 лет (26%), лица от 46 до 60 лет составляют 20%, чуть меньше (15%) приходится на долю больных 61-75 лет и лишь 2% пациентов имеют возраст 75 лет и выше. Средний возраст пациента с аллергодерматозом составил 39,1 года.

В ходе исследования выявлено, что 52% больных аллергодерматозами состоят в зарегистрированном браке, в то время как 48% проживают вне брака. По социальному статусу значительную долю занимают лица, являющиеся служащими (26%) и рабочими (24%), пенсионеры составляют 22%, чуть меньше (19%) приходится на долю учащихся. 9% больных аллергодерматозами являются безработными.

Исследование показало, что 62 человека были госпитализированы в КОКВД впервые, в то время как 38 человек проходили повторный курс лечения. Количество мужчин и женщин, страдающих аллергическим дерматитом, практически одинаково. Однако мужчины реже болеют атопическим дерматитом, чем женщины.

К наиболее распространенным сопутствующим соматическим заболеваниям у больных аллергодерматозами относятся гипертоническая болезнь (30%), сахарный диабет (10%), бронхиальная астма (9%), хронический гастрит, гастроудоденит, а также ожирение (по 7,5%). Реже встречаются ИБС (6%) и хронический пиелонефрит (4,5%). Менее распространенными заболеваниями являются остеоартроз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, церебральный атеросклероз, железодефицитная анемия и составляют по 3% в структуре всей сопутствующей патологии. Очень редко у больных аллергическими заболеваниями кожи встречаются хроническая болезнь почек, хронический бронхит, вазомоторный ринит, хронический холецистит (по 1, 5%).

На третьем этапе был проведен анализ фактической лекарственной терапии 100 пациентов аллергодерматозами на базе КОКВД.

В ходе маркетингового анализа определена полнота ассортимента. Так, общий ассортимент лекарственных средств для лечения больных аллергическими заболеваниями кожи включает в себя 73 торговых названия и 69 международных непатентованных наименований (МНН). Выявлено, что доля российских препаратов составляет 59,3%, зарубежных – 40,7%. Анализ ассортимента в разрезе стран-производителей показал, что для лечения больных аллергодерматозами использовались препараты 17 зарубежных стран-производителей, из которых ведущие позиции занимают Германия (6,3%), Венгрия и Хорватия (по 4,9%), Индия (3,8%).

Данный ассортимент представлен преимущественно в виде таблеток – 39,5%, растворов для внутривенного и внутримышечного введения – 13,7%, мазей – 11,1%, капсул – 8,6%, растворов для инъекций – 6,2%, кремов и суспензий – по 3,7%.

На следующем этапе маркетингового анализа изучена структура ассортимента согласно АТС-классификации. Данный ассортимент систематизирован по 10 группам: А – пищеварительный тракт и обмен веществ (21%), D – препараты, применяемые в дерматологии (21%), С – сердечно-сосудистая система (17,3%), R – дыхательная система (14,8%), В – кровь и система кроветворения (11,1%), Н – гормональные препараты системного действия, кроме половых гормонов и инсулинов (3,7%), J – противомикробные препараты системного действия (3,7%), N – нервная система (3,7%), P – противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты (2,5%), V – прочие препараты (1,2%).

Далее была изучена частота назначения лекарственных средств и коэффициент интенсивности (Ки). Было выявлено, что наиболее часто пациентам назначались следующие препараты: натрия тиосульфат (Ки=0,870), гемодез Н (Ки=0,650), преднизолон (Ки=0,610), циндол (Ки=0,540), акридерм (Ки=0,490), лоратадин (Ки=0,480), кетотифен (Ки=0,480).

На заключительном этапе методом группировки были определены низкая, средняя и высокая границы стоимости лечения. Экономическая оценка затрат показала, что для большинства больных аллергическими заболеваниями кожи стоимость за весь курс лечения характеризуется как низкая (359,34-1965,35 руб.) и средняя (1965,36-4374,38 руб.) - по 46%. У 8% пациентов лечение отличается высокой стоимостью и варьирует от 4374,39 до 6783,41 руб. в связи с осложненными формами заболевания и длительностью пребывания в стационаре от 13 до 16 койко-дней. Средняя стоимость курса лечения составляет 2289,12 руб. при средней длительности пребывания в стационарных условиях 11 койко-дней. В целом период нахождения в стационаре составил от 7 до 16 койко-дней. Стоимость лекарственной терапии за один день лечения колеблется в пределах от 35,93 до 515,06 руб., что связано с назначением лекарственных средств как с низкой, так и с высокой стоимостью.

Выводы. Таким образом, анализ медицинской и лекарственной помощи показал, что на фармацевтическом рынке присутствует целевой сегмент

лекарственных средств для лечения аллергических заболеваний кожи, что позволяет врачам-дерматологам осуществлять индивидуальный подбор лекарственной терапии для каждого больного в зависимости от возраста, тяжести заболевания, социального статуса и экономических возможностей пациента.

Список литературы.

1. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: «Фармарус Принт Медиа». 2014. 126 с.
2. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за 2003-2016 гг. / А.А. Кубанова., А.А. Кубанов, Н.Е. Мелехина и др. // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 6. С. 22-33.
3. Атопический дерматит: Инфекционная отягощенность как фактор хронизации заболевания / М.С. Давиденко, Т.В. Соколова, И.А. Дьячек и др. // Дерматология в России. 2018. № S2. С. 10-12.

ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Смирнова Е.Р.

**Курский государственный медицинский университет
Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.В. Силина**

В настоящее время, отдельное внимание заслуживает атопический дерматит, как наиболее раннее и частое проявление аллергодерматозов в детском возрасте [8]. Заболеваемость атопическим дерматитом достаточно велика, в Российской Федерации составляет от 5,2 до 17,4% детского населения [2].

Данное заболевание является мультифакторным, развитие которого связано с генетическими дефектами иммунного ответа и неблагоприятными воздействиями окружающей среды [9]. В виду чего, проблемы профилактики атопического дерматита, повышения эффективности его лечения, сложно решать, исходя только из аллергической природы заболевания. Наиболее важным является состояние эпидермального барьера, нарушение которого, приводит к прогрессированию атопического дерматита [1].

Известно, что кожа детей, страдающих атопическим дерматитом, претерпевает изменения в строении эпидермиса: нарушение целостности гидролипидной пленки, выполняющей защитную функцию, ведет к потере влаги, развитию сухости, шелушения и в конечном итоге к зуду, гиперкератозу, образованию микротрещин, что способствует проникновению в эпидермис аллергенов и микроорганизмов, запускающих воспалительную реакцию. В свою очередь, воспалительная реакция сопровождается продукцией свободных

радикалов, приводящих к дальнейшему повреждению клеток, перекисному окислению липидов и разрушению липидных структур эпидермиса [4-10].

На сегодняшний день наиболее патогенетически оправданной является наружная терапия, которая занимает ведущее место в лечении атопического дерматита и оказывает положительное влияние на течение патологического кожного процесса [4]. Целями наружной терапии атопического дерматита является восстановление поврежденного эпителия и дермы, стимуляция регенерации, поддержание влажности, значения pH, микробиома кожи, сохранение и восстановление липидного слоя и тем самым улучшение барьерных свойств кожи [3].

Препаратами, первой линии в наружной терапии атопического дерматита, отвечающими поставленным целям являются топические глюкокортикостероиды. Они оказывают выраженный клинический эффект как при остром, так и хроническом воспалении. Также обладают противовоспалительным, сосудосуживающим, антиаллергическим и антипролиферативным действием [6].

Наиболее прогрессивным направлением в наружной терапии атопического дерматита, является степ-терапия, которая дает хорошие клинические результаты и позволяет добиться стойкой ремиссии. Поэтому целью нашего исследования является: изучение особенностей наружной терапии у больных с атопическим дерматитом.

Материалы и методы: нами было обследовано 80 детей, из которых 50 человек составили основную группу, 30 человек контрольную в возрасте от 7 до 12 лет (младший школьный возраст). Длительность заболевания у детей составляла от 1 месяца до 6 лет. Врожденные аномалии, хронические патологии служат критерием исключения из основной группы.

Клинико-морфологические формы атопического дерматита в исследуемых группах: эритематозно-сквамозная 26,25% (n=21), эритематозно-сквамозная с лихенификацией 33,75% (n=27), и лихеноидная форма 40% (n=32), что характерно для детской стадии атопического дерматита [7].

Все пациенты проходили лечение в 1 педиатрическом отделении областной детской клинической больницы г. Курска, где получали стандартную системную и местную терапию. Диагноз атопического дерматита устанавливался на основании основных и дополнительных диагностических критериев [5].

В качестве местной терапии пациенты контрольной получали мазь Акридерм ГК (бетаметазона дипропионата 0,05%, гентамицина сульфата 0,1%, клотримазола 1%) дважды в день в течении двух недель.

Пациенты основной группы получали местное ступенчатое лечение мазью Акридерм ГК дважды в день в течении двух недель, после чего пациенты получили в качестве проактивной терапии крем метилпреднизалона ацепонат +2% мочевины (Комфодерм М2) один раз в день в течении двух недель.

Для оценки состояния пациентов и эффективности используемой местной ступенчатой терапии были использованы следующие показатели: Детский Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДДИКЖ) или Childrens

Dermatology Life Quality Index (CDLQI) и шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis).

Анкетирование пациентов проводили дважды – до и после проводимой терапии и информированного согласия пациентов.

Результаты исследования. На фоне лечения отмечается положительная динамика в двух подконтрольных группах: уменьшение субъективных и объективных симптомов заболевания. Однако, стоит отметить, что показатели детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ) и показатели индекса шкалы атопического дерматита (SCORAD) заметно лучше у основной группы пациентов, проходивших проактивную комплексную степ-терапию с последующим применением крема Комфодерм М2. После лечения ДДИКЖ в основной группе снизился до $4,7 \pm 5,4$ (в сравнении с контрольной группой ДДИКЖ $9,7 \pm 5,4$), индекс SCORAD в основной группе снизился до $6 \pm 1,0$ (в сравнении с контрольной группой SCORAD $11,5 \pm 1,0$). Побочных явлений отмечено не было. Переносимость препарата была хорошей.

Выводы. Показатели ДДИКЖ и индекса SCORAD лучше у пациентов основной группы, получавших комплексную степ-терапию с применением крема Комфодерм М2, чем у пациентов основной группы, получавших в качестве местной монотерапии только Акридерм ГК. Таким образом, степ-комбинация сильного глюкокортикостероида бетаметазона дипропионата и метилпреднизолона ацепоната - стероида среднего по силе в сочетании с 2% мочевиной, помогает справиться с клиническими симптомами заболевания и продлить межрецидивный период.

Список литературы.

1. Атопический дерматит в детском возрасте / В.К. Котлуков, Т.В.Казюкова, А.С. Айрапетян, Н.В. Антипова // Медицинский совет. 2015. № 1. С. 60-66.
2. Атопический дерматит у детей / Т.Б Касохов, З.А Цораева, В.В Касохова., А.И. Мазур // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 1. С. 8-26.
3. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. / Л.С. Намазова-Баранова, А.А. Баранов, А.А. Кубанова, Н.И. Вознесенская // Вопросы современной педиатрии. 2016. № 15. № 1. С.279-294.
4. Зайнуллина О.Н., Печкуров Д.В., Хисматуллина З.Р. Микробиоценоз кожи у детей с атопическим дерматитом //Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 4. С. 597-602.
5. Короткий Н.Г., Тихомиров Н.Г., Гамаюнов Б.Н. Современные подходы к лечению атопического дерматита // Фарматека. 2013. № 1. С. 93-96.
6. Пампура А.Н., Чусляева А.А. Современные подходы к терапии атопического дерматита у детей // Медицинский вестник Башкортостана. 2014. Т. 9. № 1. С. 93-98.

7. Ревякина В.А. Современный взгляд на проблему коррекции клинической симптоматики атопического дерматита у детей // Педиатрия (Прил. к журн. ConsiliumMedicum). 2017. № 1. С.93-97.
8. Смирнова Г.И. Микробиота кишечника и атопический дерматит у детей // Российский педиатрический журнал. 2016. Т 18. № 6. С. 46-53.
9. Смирнова Г.И. Микробиота кишечника и использование пробиотиков в профилактике и лечении атопического дерматита у детей // Лечащий врач. 2016. № 1. С. 6-10.
10. Уход за кожей – основное условие успешной наружной терапии детей, больных атопическим дерматитом / Р.М. Торшхоева, Л.С. Намазова-Баранова, А.И. Ермилова и др. // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12. № 2. С. 142-144.

РАЗДЕЛ 19.

ПРОБЛЕМЫ БИОТЕХНОЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНСКОЙ ИНЖЕНЕРИИ

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ДИТИЛИНА

Бабышкина В. М.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.**

Ежегодно во всем мире и в нашей стране миллиарды тонн твердых, пастообразных, жидких, газообразных отходов поступает в биосферу, нанося тем самым непоправимый урон как живой, так и неживой природы. В глобальных масштабах изменяется круговорот воды и газовый баланс в атмосфере. Для кардинального улучшения экологического состояния и обеспечения защиты населения и территории от последствий аварийных ситуаций техногенного характера необходимы разработка и применение новой природоохранной стратегии, позволяющей прогнозировать возникновение чрезвычайных ситуаций и принимать превентивные меры по предотвращению их последствий.

Целью исследования является разработка на основе физико-химических данных веществ технологической и аппаратурных схем переработки жидких и твердых отходов в производстве «Дитилина».

Материалы и методы: в ходе расчёта материального баланса производства дитилина нами определены следующие отходы по технологическим стадиям производства:

ТП 1.2 – «Промывка», отходом является промывной агент, в состав которого входит целевой продукт В, не вступившая янтарная кислота, примеси янтарной кислоты, избыток β-диметиламиноэтанола, примеси β-диметиламиноэтанола, толуол, поташ и вода. Образовавшийся отход на данной стадии необходимо обезвредить для этого необходимо разделить органический и водный слой, оставшийся водный слой необходимо подвергнуть биологической очистке, далее оставшийся осадок необходимо отфильтровать и произвести стерилизацию.

ТП 1.3 – «Экстракция с разделением», отходом является водный слой, в состав которого входит целевой продукт В, не вступившая янтарная кислота, примеси янтарной кислоты, избыток β-диметиламиноэтанола, примеси β-диметиламиноэтанола, толуол, поташ и вода. Образовавшийся отход на данной стадии необходимо обезвредить для этого необходимо нейтрализовать янтарную кислоту, отфильтровать поташ и произвести перегонку оставшихся компонентов.

ТП 1.4 - «Сушка» и ТП 1.5 - «Упаривание» отходом являются пары толуола, которые необходимо сконденсировать и вернуть обратно в цикл.

С ТП 1.6 – «Перегонка», в качестве отхода является целевой продукт В в небольшом количестве, который возвращаем в цикл.

На основе рассмотренных физико-химических свойств отходов, разработаны следующие технологические схемы, представленные на рисунках 1,2,3.

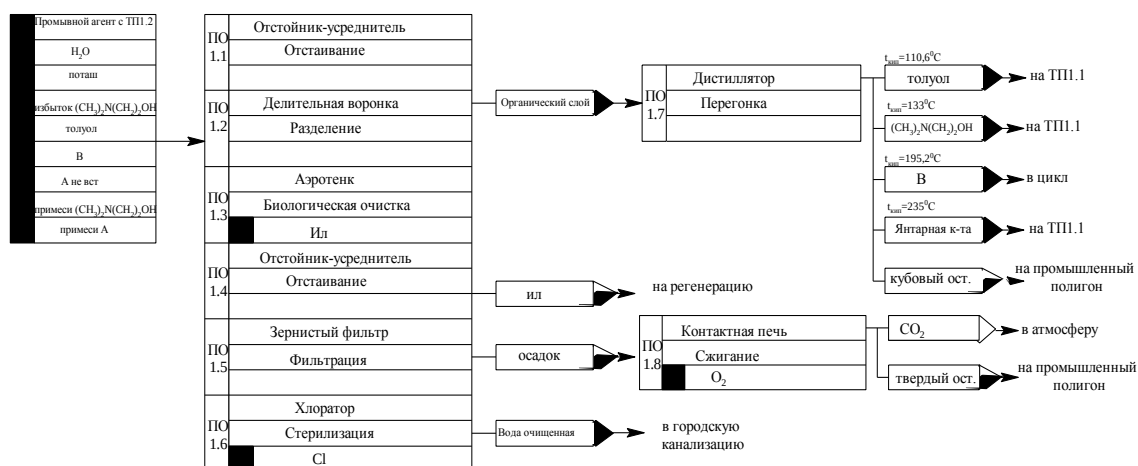


Рисунок 1. Технологическая схема переработки отходов с ТП1.2.

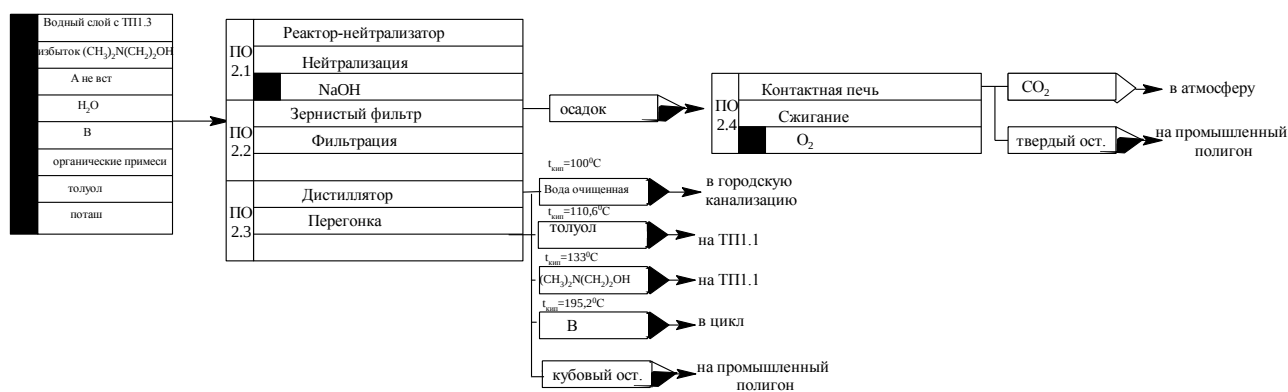


Рисунок 2. Технологическая схема переработки водного слоя с ТП1.3.

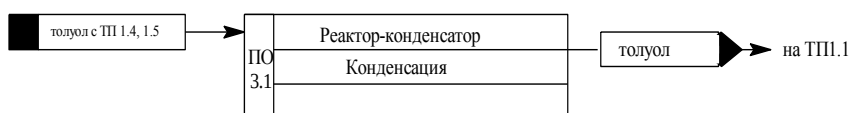


Рисунок 3. Технологическая схема переработки толуола с ТП1.4, ТП. 1.5

Выводы. Таким образом, правильная утилизация отходов способствует сохранению окружающей человека среды и предотвращает ее загрязнение. В нашей работе были проанализированы методы обезвреживания и утилизации производства «Дитилина», разработаны технологические схемы очистки отходов производства.

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Артепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин // Биомедицинская инженерия и биотехнология.-сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной.- Курск, 2015. С. 41-44.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ПРЕПАРАТА «ПАНТОГАМ»

Батырева В.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В**

Пантогам – это ноотропный препарат с умеренным седативным эффектом. Он оказывает прямое влияние на нейроны (нервные клетки) тем, что стимулирует в них обмен веществ. В итоге клетки потребляют меньше глюкозы и кислорода и работают более экономно, что улучшает состояние больных, имеющих определенные изменения со стороны ЦНС

Целью исследования является выбор метода очистки и переработки отходов производства пантогама.

Синтез препарата «Пантогам» имеет отходы со следующих операций:

ВР 1 «Получение этилата кальция – отходом является водород;

ТП 2.2 «Фильтрация» отход – осадок в составе: примеси этилата кальция, избыток этилата кальция, абсолютный этиловый спирт, избыток кальциевой соли аминалона;

ТП 2.4 «Фильтрация» отход – осадок в составе: примеси D(-) – пантолактона, примеси аминалона, абсолютный этиловый спирт, уголь;

ТП 2.6 «Фильтрация» отход – осадок в составе: избыток аминалона, абсолютный этиловый спирт, пантогам, избыток D(-) – пантолактона;

ТП 2.7 «Промывка» отходом является абсолютный этиловый спирт и избыток D(-) – пантолактона;

ТП 2.7 «Сушка» отходы являются пар абсолютного этилового спирта.

На основании анализа физико-химических свойств представленных отходов, нами предложены следующие варианты очистки:

Отходы, получаемые со стадии ТП 2.2 поступают в реактор, в котором происходит разложение этилата кальция при взаимодействии с водой на СаО и этиловый спирт. После фильтрации осадок - СаО используют в отрасли строительства, где с его помощью производят силикатный кирпич. Фильтрат отправляют в дистиллятор, этиловый спирт начинает кипеть при температуре 78,39°C, он поступает в конденсатор, конденсат собирают в сборник и возвращают в производство на стадию ТП 2.2. После отделения этилового спирта начинает кипеть кальциевая соль ГАМК при температуре 158°C, он поступает в конденсатор, конденсат собирают в сборник и продают. Схема очистки отходов с ТП 2.2, представлена на рисунке 1.

Уголь получаемый после очистки на стадии ТП 2.4 «Фильтрация» поступает на десорбцию. Уголь загружают в реактор и подают острый пар. Пары после процесса десорбции конденсируют, и поглощенное вещество выделяют из конденсата путем отгонки. Сначала из конденсата улетучивается абсолютный этиловый спирт при температуре 78,39°C, при температуре 100°C вода, далее при температуре 122°C – D(-) – пантолактон и при температуре

247,9 °С – аминалон. Вещества собираются в сборники. Воду отправляют в канализацию, остальные вещества в производство. Этиловый спирт на стадию ТП 2.2 «Фильтрация», аминалон – на стадию ТП 1.1 «Конденсация», D(-) – пантолактон - на стадию ТП 2.1 «Конденсация».

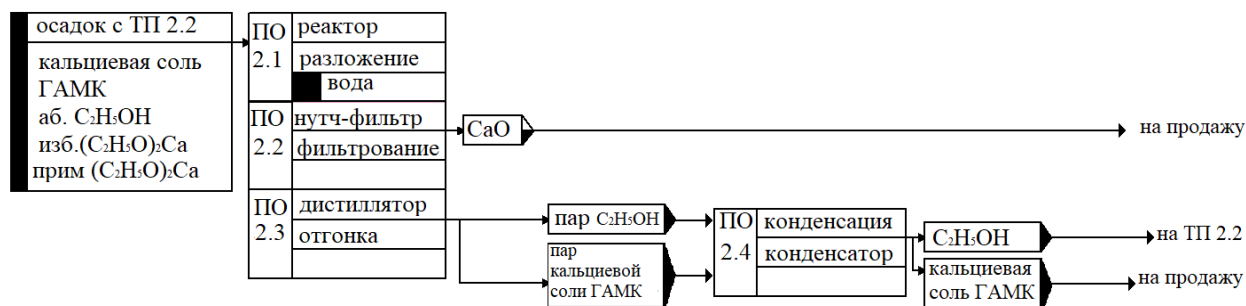


Рисунок 1. Схема очистки отходов с ТП 2.2.

Схема очистки отходов с ТП 2.4, представлена на рисунке 2.



Рисунок 2. Схема очистки отходов с ТП 2.4.

Отходы, получаемые со стадии ТП 2.6 «Фильтрация» поступают в дистиллятор для отгонки спирта. Спирт конденсируют и отправляют на производство. Кубовый остаток отправляют в реактор и разбавляют водой, так же к массе добавляют серную кислоту, происходит гидролиз пантогама с образованием D(-) – пантолактон, кислого сульфата аминалона и гипса. Гипс отфильтровывают используют в строительстве, как материал входящий в число основных компонентов для изготовления большинства распространенных строительных смесей: шпатлевок, наливных полов, штукатурки. Из водного маточника экстрагируют D(-)-пантолактон хлороформом. Из экстракта отгоняют хлороформ при температуре 61,2 °С (концентрат собирают и отправляют на ПО 4.4), D(-) – пантолактон собирают и отправляют в производство на стадию ТП 2.1 «Конденсация». Раствор, полученный после экстракции D(-) – пантолактона, содержащий сульфат аминалона и серную кислоту, нейтрализуют мелом, затем отфильтровывают осадок гипса, а аминалон отправляют в производство на стадию ТП 1.1 «Конденсация». Схема очистки отходов с ТП 2.6, представлена на рисунке 3.

Промывной этанол со стадии ТП 2.7 «Промывка» поступает в дистиллятор, где происходит отгонка с последующей конденсацией этилового спирта и сбор D(-) – пантолактона. Этиловый спирт поступает в производство на стадию ТП 2.2 «Фильтрация», а D(-) – пантолактон – на ТП 2.1 «Конденсация».

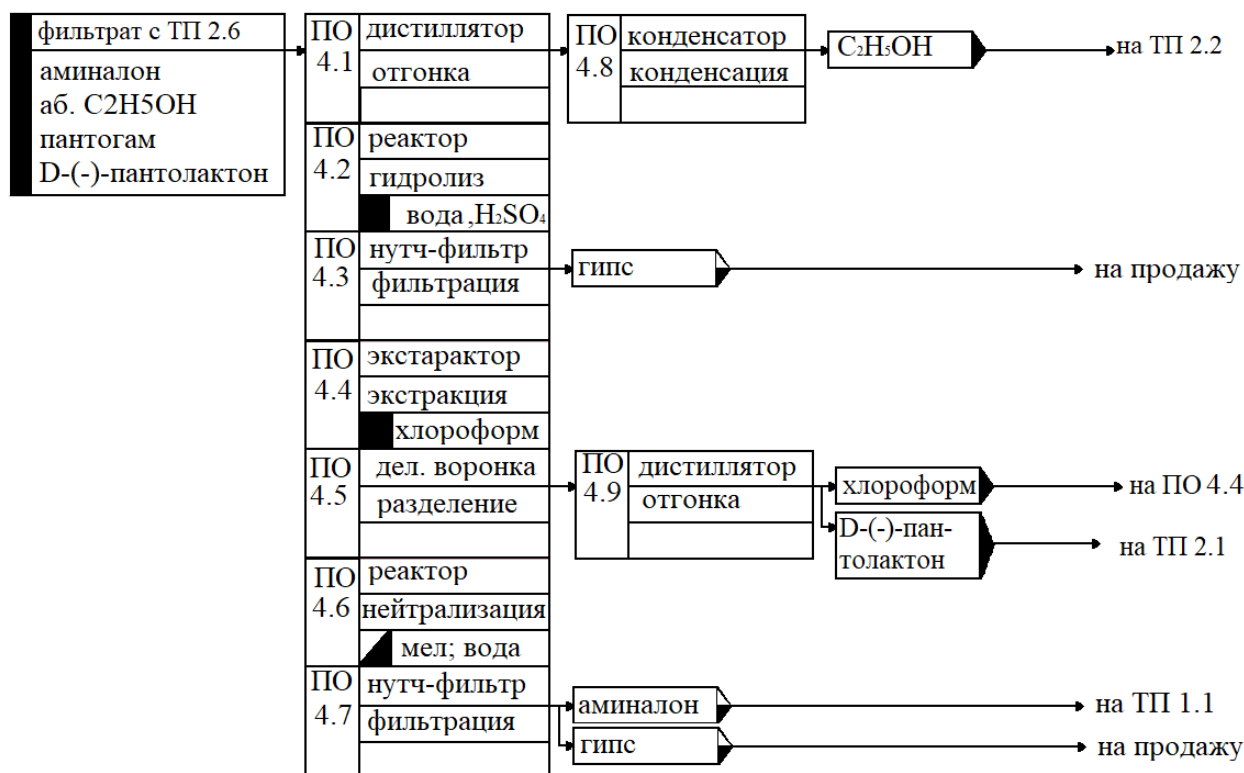


Рисунок 3. Схема очистки отходов с ТП 2.6

Схема очистки отходов с ТП 2.7, представлена на рисунке 4.

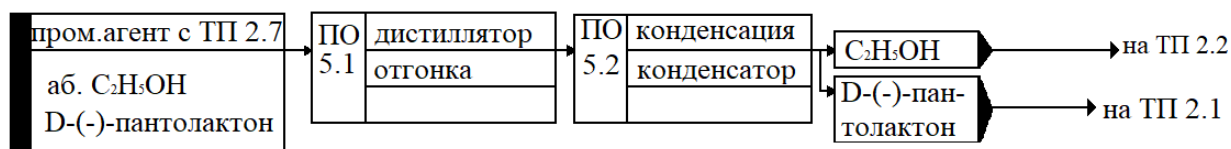


Рисунок 4 - Схема очистки отходов с ТП 2.7

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Атрепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология.-сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной. Курск, 2015. С. 41-44.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ЭТИЗИНА

Ермилова В.Д.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.**

В процессе производства лекарственных средств образуется большое количество отходов. Это связано с высокой материалоемкостью фармацевтического производства, с выпуском широкого ассортимента лекарственных средств, использованием большой номенклатуры субстанций и материалов, применяемых в процессе производства. Для решения экологических проблем необходимо устанавливать продуктивные установки по очистке и реализации отходов. Некоторые из них выбрасываются в атмосферу или канализацию, некоторые отправляются на реализации и либо возвращаются в цикл или отправляют на другое производство. Если отход не находит применения и выброс в атмосферу его опасен, то его утилизируют выбирая подходящий для этого способ исходя из физико-химических свойств вещества (сжигание, захоронение и тд).

Цель исследования является выбор метода очистки и переработки отходов производства этизина.

Материалы и методы: проанализировав материальный баланс и физико-химические свойства составляющих компонентов отходов производства этизина, нашли несколько методов очистки отходов, из которых выбрали оптимальный способ.

Результаты и обсуждения. При фильтрации суспензии целевой фракцией является фильтрат, а осадок идет в отход. Состав осадка: NaOH, NaCl, толуол, 2-диметиламиноэтилхлорид. Для разделения состава осадка можно воспользоваться перегонкой с последующей конденсацией веществ и дальнейшей их реализацией. Но этот способ будет неудобен, потому что температура кипения NaOH составляет 1403°C, а NaCl 800°C. Для отгонки в ректификационной колонне или выпарном аппарате придется поддерживать температуру кипения до 800 °C, что требует энергетических затрат на обогрев. Соответственно повышает себестоимость процесса перегонки. К тому же это повысит себестоимость оборудования, так как материал, из которого выполнен аппарат, должен выдерживать высокие температуры.

Целесообразнее перед процессом выпаривания провести процесс нейтрализации соляной кислотой. При взаимодействии кислоты и щелочи получится вода и NaCl. Вода не представляет собой биологической опасности, а полученный в ходе реакции NaCl выводится вместе с NaCl, который входит в состав осадка.

Фильтрат после стадии ТП1.4 «фильтрация» имеет следующий состав: толуол, 2-диметиламиноэтилхлорид, фенотиазин, вода. Для того чтобы разделить вещества в растворе можно закристаллизовать каждое вещество и

вывести его из раствора в процессе фильтрации. Далее потребуется дополнительная очистка для выведения чистого вещества.

Этот способ будет не выгоден из-за большого количества оборудования и многостадийности технологического процесса.

Все вещества имеют разные температуры кипения, сильно отличающиеся друг от друга, тем самым позволяя разделить раствор ректификацией. Этот способ менее энергозатратен, требует меньше единиц оборудования (ректификационная колонна, конденсатор, сборники), что заметно удешевляет переработку данного отхода. Пары конденсируют и отправляют на реализацию.

После технологической стадии ТП1.7 «разделение слоев», в отход идет водный слой. Состав водного слоя: вода, NaCl, вещество В, дихлорэтан. Опираясь на температуры кипения, можно сказать, что самая высокая температура у NaCl. Для того чтобы выделить кристаллы NaCl, необходимо выпарить раствор и сконденсировать для дальнейшей очистки. Кристаллы NaCl останутся в выпарном аппарате. Сконденсированный раствор можно разделить методом экстракции, или адсорбции на подходящих адсорбентах. Данный способ требует большого количества аппаратуры и многостадийности. Также выделение каждого вещества не является экономически выгодным.

Поэтому гораздо выгодней и удобнее будет провести перегонку в дистилляторе для выделения экономически выгодного дихлорэтана. Дихлорэтан конденсируют и отправляют на реализацию в производство. Дальнейший состав раствора не представляет собой экономической ценности, поэтому проводят аэрацию для выделения органического вещества в состав пены. Пену отправляют на сжигание. Оставшийся раствор, состоящий из воды и NaCl, не представляет экологической опасности, поэтому его можно просто слить в канализацию.

Данный метод переработки водного слоя будет наиболее выгоден для предприятия и представляет собой минимальное оснащение оборудования с выделением экономически важного дихлорэтана и разделением оставшегося раствора с последующей утилизацией.

Вторичный пар после стадии ТП1.8 «отгонка» имеет состав: вода и дихлорэтан. Выбрасывание такого пара в атмосферу без переработки будет экономически нецелесообразно. Также дихлорэтан является ядовитым веществом отравляющий организм, поэтому выброс его в атмосферу не допустим.

Для выделения дихлорэтана можно поставить адсорберы с подходящим адсорбентом для отделения дихлорэтана от воды. После необходимо выделить дихлорэтан из адсорбирующего агента. Необходим постоянный контроль за адсорбентом, чтобы он полностью поглощал дихлорэтан не допуская попадая в атмосферу. Такой способ требует постоянного контроля и замены адсорбирующего агента или его регенерации для последующего использования.

Наиболее выгодной будет установка конденсаторов для конденсации вторичного пара. Температура кипения дихлорэтана в 2 раза меньше температуры кипения воды, что позволяет сконденсировать два вещества в чистом виде. Дихлорэтан отправляют на реализацию а воду в канализацию.

Разработанные нами технологические схемы представлены на рисунках 1- 2.

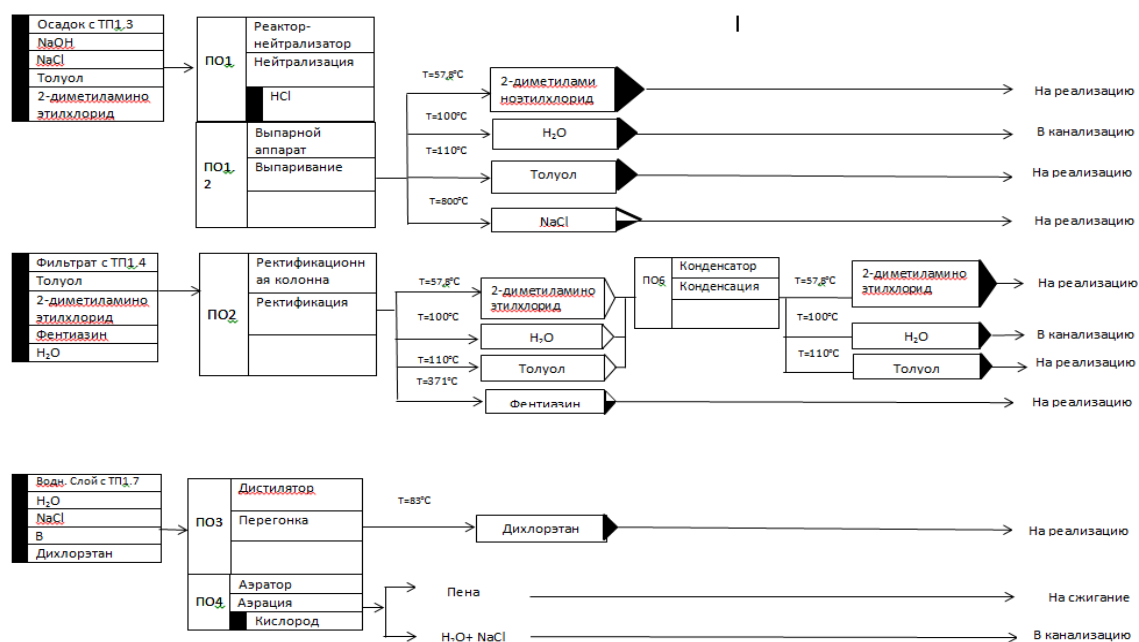


Рисунок 1. Технологическая схема производства этизина 1

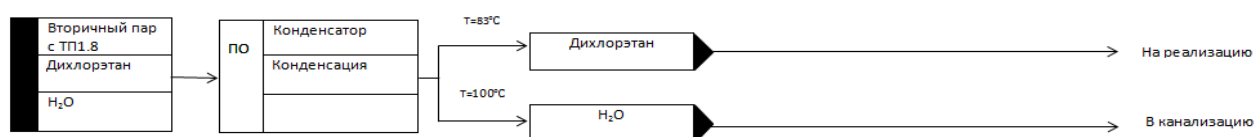


Рисунок 2. Технологическая схема производства этизина 2

Выводы. Таким образом, в данной работе разработаны технологическая и аппаратные схемы производства, обоснован выбор наиболее оптимальной технологии переработки отходов

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Артепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология. сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной. Курск, 2015. С. 41-44.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ПРЕПАРАТА «ПИРИДИТОЛ»

Осипенко А.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.**

Пиритинол оказывает ноотропное действие. Фармакологически препарат характеризуется ноотропной активностью со сложным спектром психотропной активности. Он усиливает эффекты фенамина, вместе с тем уменьшает спонтанную двигательную активность, пролонгирует снотворное действие барбитуратов, усиливает противосудорожное действие фенобарбитала. Препарат активизирует метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует ускорению проникновения глюкозы через гематоэнцефалический барьер, снижает избыточное образование молочной кислоты, повышает устойчивость тканей мозга к гипоксии.

Целью исследования является разработка схем очистки отходов производства препарата «Пиридитол», и выбор необходимого оборудования для очистки.

Разработанная технологическая схема переработки отходов решает вопросы удаления отходов производства. Отходами являются вторичный пар, фильтрат, промывная жидкость и сернистый газ.

Сернистый газ с ТП 1.1 (Тионилхлорирование) образуется в результате химической реакции. Так как этот газ является очень токсичным, необходимо его обезвредить. Одним из самых эффективных способов утилизации сернистого газа является каталитическое окисление. В качестве катализатора берем оксид ванадия. Таким образом SO_2 поступает в реактор, где под действием оксида ванадия вступает в реакцию с кислородом и происходит окисление. После окисления отработанный оксид ванадия отправляется на регенерацию, а образовавшийся SO_3 абсорбируется в абсорбере серной кислотой и водой, в результате чего получаем серную кислоту, которая может использоваться в различных видах производства.

Фильтрат с ТП 1.2 (Фильтрация) содержит в себе хлористый метилен, диметилформамид, воду, соль и примеси. Для разделения компонентов фильтрата целесообразнее использовать перегонку, потому что в фильтрате содержится много жидкостей. В качестве оборудования используют перегонный куб. Первым полетит хлористый метилен, потому что у него температура кипения 40°C , его конденсируют и отправляют в цикл на ТП 1.1 (Тионилхлорирование), ТП 1.3 (Промывка). Конденсацией называется процесс перехода пара или газа в жидкое состояние, проводимый путем охлаждения пара или сжатия и охлаждения одновременно. Аппараты, в которых осуществляется сжижение пара, называют конденсаторами. После полетит вода с температурой кипения 100°C , пары воды выпускают в атмосферу. И последним испаряется диметилформамид с температурой кипения 153°C , его

конденсируют так же как и хлористый метилен и отправляют в цикл на ТП 1.1 (Тионилхлорирование). В перегонном кубе остается небольшое количество соли и примесей. Их отправляют в многоподовую печь на сжигание. Огневой способ обезвреживания и переработки отходов является наиболее универсальным, надежным и эффективным по сравнению с другими. Образовавшиеся газы в результате сжигания выпускают в атмосферу, а твердый остаток отправляют на полигон.

Смесь жидкостей с ТП 1.3 (Промывка), образовавшаяся в результате промывки, содержит хлористый метилен и небольшое количество диметилформамида. Для разделения жидкости необходимо использовать перегонку. В качестве оборудования берут перегонный куб. Первым полетит хлористый метилен, потому что у него температура кипения 40°C , его конденсируют и отправляют в цикл на ТП 1.1 (Тионилхлорирование), ТП 1.3 (Промывка). После этого испаряется диметилформамид с температурой кипения 153°C , его конденсируют так же как и хлористый метилен и отправляют в цикл на ТП 1.1 (Тионилхлорирование).

Вторичный пар с ТП 1.4 (Сушка), содержащий пары хлористого метилена отправляют на конденсацию в конденсаторе. После получения жидкого хлористого метилена, его отправляют обратно в цикл на ТП 1.1 (Тионилхлорирование), ТП1.3 (Промывка). Схема представлена на рисунке 1.

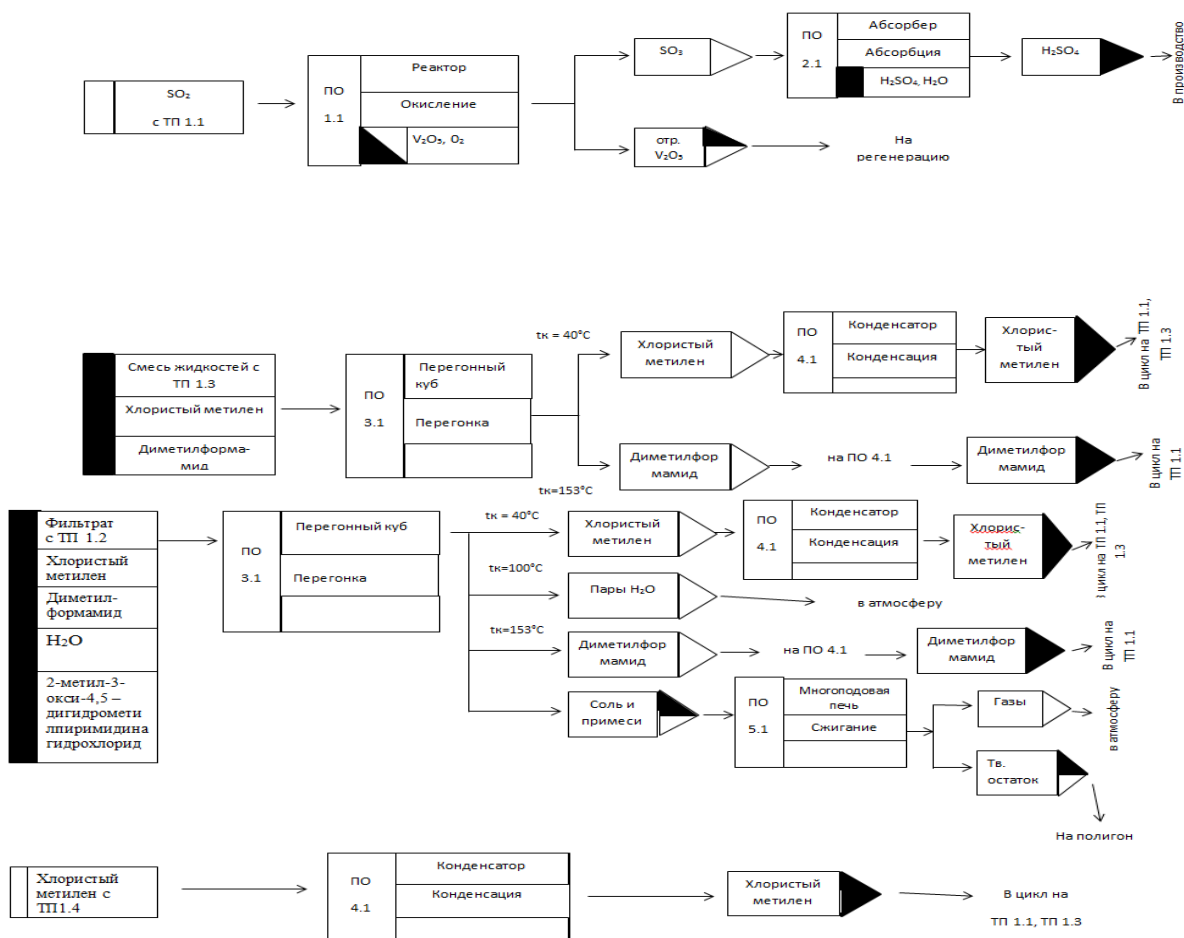


Рисунок 1. Технологическая схема переработки отходов препарата «Пиридитол».

Полная схема очистки отходов до норм, предъявляемых к соответствующему виду отходов, представлена на рисунке 2. Она включает в себя химический реактор, абсорбер, 2 перегонных куба, многоподовую печь и 5 конденсаторов.

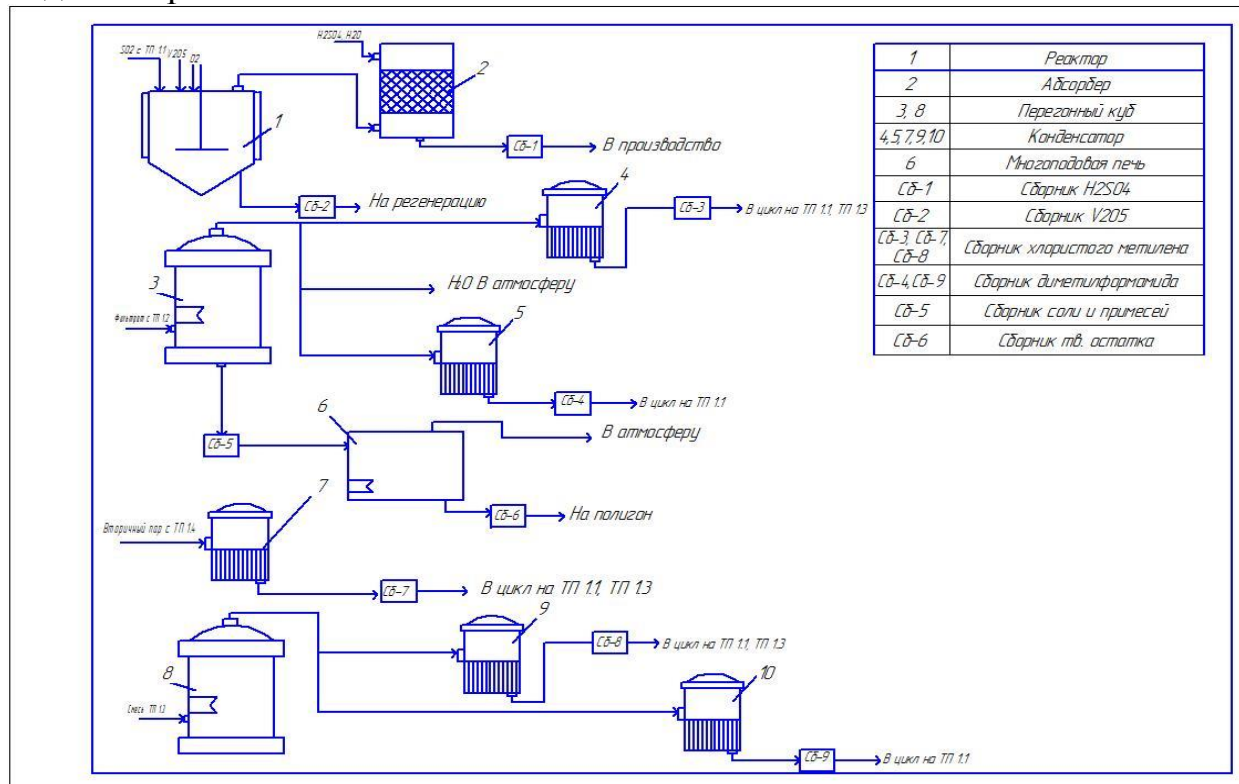


Рисунок 2. Аппаратурная схема очистки отходов

В данной работе разработаны технологическая и аппаратурная схемы производства, обоснован выбор наиболее оптимальной технологии переработки отходов.

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Артепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология.-сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной.Курск, 2015. С. 41-44.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ТРИМЕКАИНА

Панасюк С.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологической и химической технологии

Научный руководитель – к.т.н., Джанчатова Н.В.

В процессе производства лекарственных средств образуется большое количество отходов, поэтому фармацевтические предприятия в процессе своей деятельности загрязняют окружающую среду выбросами в атмосферу и сточные воды.

Целью исследования является разработка технологической и аппаратурной схемы по переработке отходов, получаемых в ходе химического синтеза производства препарата – «Тримекаина», на основе физико-химических данных веществ.

В ходе расчёта материального баланса определены отходы:

ТП1.2 – «Отстаивание и декантация» – отходом является маслянистый слой, в состав которого входит большое количество соли – хлорацетилхлорида, эта соль является основным реагентом в химической реакции, поэтому ее высаливают и возвращают в производство, значительное количество толуола и 2,4,6 – триметилаланина – это маслянистые жидкости, которые необходимо регенерировать и вернуть в цикл производства. Так же в небольшом количестве содержится соляная кислота и целевой продукт этой стадии – 2,4,6 – триметил-N-хлорацетанилид. Соляную кислоту нейтрализуют, а получившуюся соль сжигают, целевой продукт выделяют с помощью кристаллизации и направляют на вторую стадию производства препарата.

ТП1.4 – «Фильтрация» – отходом является фильтрат, в котором в большом количестве содержится толуол, который отделяют разделением и возвращают в цикл, соляную кислоту нейтрализуют, а незначительное количество целевого продукта кристаллизуют и направляют на следующую стадию.

ТП1.5 – «Промывка» – отходом является промывной агент, которым является толуол, с незначительными примесями 2,4,6 – триметилаланина. Этот отход объединяют с другими отходами и осуществляют их выделение по ранее рассмотренной технологии.

На основе рассмотренных физико-химических свойств веществ, являющихся отходами первой стадии синтеза препарата, была составлена общая технологическая схема переработки отходов (рисунок 1), так как все отходы находятся в жидком состоянии и состав их сходен.

На основании разработанной технологической схемы и выбранного оборудования составляем аппаратурные схемы переработки отходов, согласно ОСТ 64-002-86. Разработанная аппаратурная схема представлена на рисунке 2.

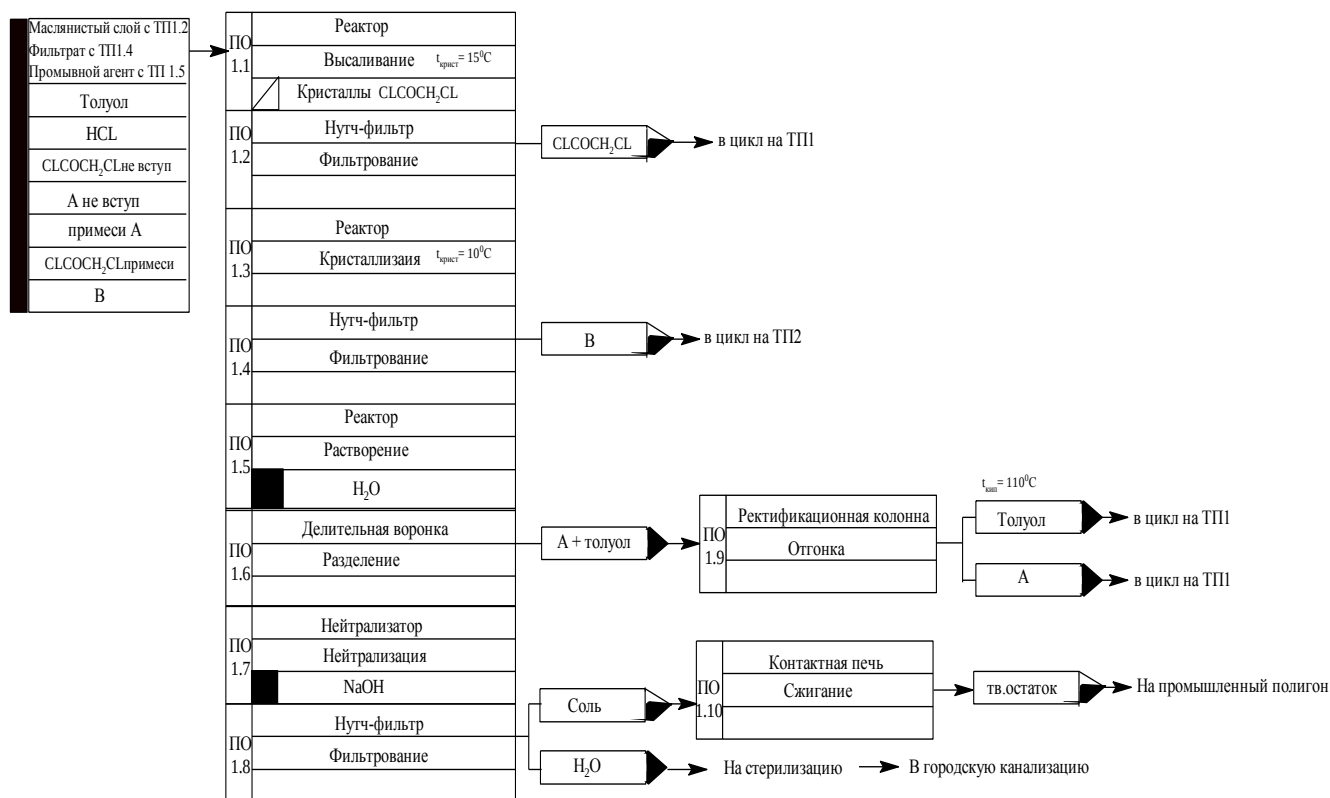


Рисунок 1. Технологическая схема переработки отходов первой стадии производства препарата

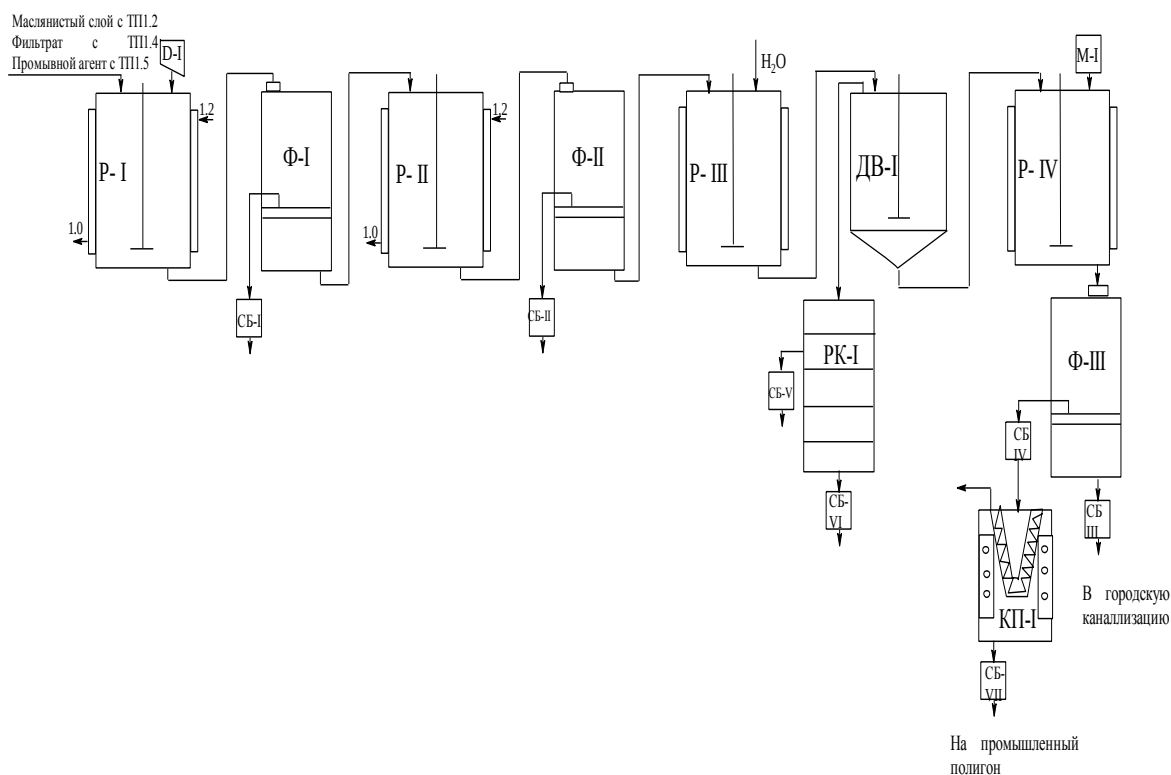


Рисунок 2. Аппаратурная схема переработки отходов

Отфильтрованные кристаллы направляются в сборник – СБ - I, а жидкая фаза переходит на следующую стадию – кристаллизации (ПО1.3). В реакторе – Р-II

поддерживают температуру, равную 10°C , благодаря чему в осадок выпадают кристаллы целевого продукта первой стадии производства препарата – вещество В. Далее реакционная масса попадает в фильтр – Ф - II - процесс фильтрации (ПО1.4), где кристаллы вещества В отфильтровываются от жидкой фазы, и направляются в сборник – СБ - II, откуда они будут направлены на вторую технологическую стадию производства препарата. Затем фильтрат поступает в реактор для растворения – Р-III – (ПО1.5), в качестве растворяющего вещества используют техническую воду, которая подается по трубопроводу, в результате растворения – Р - IV происходит разделение (ПО1.6) смеси на две фазы, что требует перевода смеси в делительную воронку – ДВ - I, где фазы будут успешно разделены. В делительной воронке произошло окончательное разделение смеси на верхний – маслянистый и нижний – водянистый слои. Верхний слой состоит из толуола и 2,4,6 – триметиланилина, эти вещества имеют разные температуры кипения, следовательно, для их разделения можно использовать ректификационную колонну - РК -I – процесс ректификации (ПО 1.9), в которой при нагревании до 110°C толуол будет испаряться, таким образом, произойдет разделение двух жидкостей, которые после этого можно будет вернуть в цикл производства. Нижний слой из делительной воронки передается в реактор – нейтрализатор – процесс нейтрализации (ПО1.7), куда так же подается и гидроксид натрия. Происходит химическая реакция, в ходе которой образовалась соль – хлорид натрия. Реакционную смесь переводят на фильтрацию (ПО1.8), где выпавшую соль отфильтровывают от воды. Затем воду подвергают стерилизации, а соль сжигают - КП - I (ПО1.10) в контактной печи, после чего твердый осадок направляют на промышленный полигон.

Выводы. В заключение можно сказать, что правильная переработка отходов позволяет не только уберечь окружающую среду от их неблагоприятного влияния, но и повысить степень повторного использования химических реагентов, что в свою очередь, снижает материальные затраты предприятия.

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Атрепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология. сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной. Курск, 2015. -С. 41-44.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ДИТИЛИНА

Сафронова А.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.**

Лекарственные препараты являются неотъемлемой составляющей медицинской практики. Их применение обеспечивает сохранение здоровья населения и, как следствие, приводит к повышению качества и продолжительности жизни. В то же время отходы фармацевтической промышленности все в большей степени оказывают влияние на живую природу, поскольку они утилизируются ненадлежащим образом.

В начале XXI в. Европейское агентство по окружающей среде (ЕЕА) обозначило влияние активных фармацевтических субстанций на окружающую среду как новую экологическую проблему. Учитывая постоянный рост объемов потребления лекарственных препаратов при отсутствии адекватных мер реагирования, в ближайшие годы можно ожидать ухудшения ситуации.

Целью исследования является разработка технологической и аппаратной схем очистки отходов производства динезина.

В ходе производства динезина на стадии ТП 1.2 «Экстракция с разделением» образуется отход – суспензия. В него входят: хлорид натрия, вода, гидроксид натрия, фентиазин, гидроксид натрия, бензол, гидрохлорид – 2 – диэтиламиноэтилхлорид, а также 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазин.

Для этих веществ необходима соответствующая утилизация, например, путем отгонки можно получить очищенный бензол, областями применения которого является синтез этилбензола для производства синтетического каучука и пластмасс. Синтез фенола через хлорбензол, бензосульфакислота или изопропилбензол (кумол).

В том же аппарате можно избавиться от органической жидкости – гидрохлорид – 2 – диэтиламиноэтилхлорида, температура кипения которого равна 172°C а вместе с ним уйдет и вода, так как ее температура кипения значительно ниже и составляет 100°C.

Для дальнейшего удаления гидроксида натрия и хлорида натрия необходимо растворение в воде и фильтрация, затем фильтрат направляют в выпарной аппарат, в котором удалятся вода и потом гидроксид натрия. Оставшуюся соль хлорида натрия можно использовать в дальнейшем, например, для борьбы с гололедицей на дорогах.

После всех проведенных операций, оставшийся на фильтре осадок, состоящий из кристаллов двух веществ, необходимо разделить. Путем добавления ацетона можно растворить 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазин. Полученный раствор необходимо передать на фильтр, для того чтобы задержать кристаллы фнтиазина, не растворимые в ацетоне. Затем путем отгонки, удалив растворитель (ацетон), можно получить очищенные кристаллы 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина.

Далее образуется осадок на стадии ТП 1.3 «Химическая сушка», который состоит из кристаллогидратов магния, небольшого количества бензола и 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина.

Для удаления кристаллов 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина, необходимо добавить воду и отфильтровать их на нутч – фильтре. Оставшийся в фильтрате бензол и воду можно отогнать. После отгонки получают очищенные кристаллы магния, которые можно в дальнейшем использовать в синтезе органических веществ.

После стадии ТП 1.4 «Фильтрация» образуется фильтрат, содержащий бензол, который можно передать на дальнейшую реализацию. На стадии с ТП 1.5 образуется вторичный пар, который также содержит бензол. Его можно сконденсировать и использовать для дальнейших целей.

На ТП 1.6 образуется кубовый остаток, в котором находится 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина. Готовые кристаллы подаются на следующую стадию производства динезина.

На основании проанализированных методов, нами составлена технологическая схема очистки отходов данного производства, которая представлена на рисунке 1

Суспензия с ТП 1.2 поступает сначала в выпарной аппарат, где происходит конденсация бензола при температуре 80°C, затем воды – при 100°C и гидрохлорид – 2 – диэтидаминоэтилхлорида – при 172°C, которые затем поступают в сборники. Далее необходимо с помощью мерника добавить воду, благодаря которой образуется раствор, затем его нужно отфильтровать. Полученный фильтрат направляют в выпарной аппарат. Сначала при температуре 100°C удалится вода, затем при 1403°C – гидроксид натрия. Кристаллы хлорида натрия из сборника передаются на дальнейшую реализацию.

После фильтрации смесь кристаллов можно разделить добавлением ацетона, а затем отфильтровать. Полученный фильтрат подают в выпарной аппарат, где отгоняется ацетон и получают кристаллы 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина. На фильтре останутся кристаллы фентиазина, которые собирают в сборник и передают на дальнейшую реализацию,

Осадок с ТП 1.3, который состоит из кристаллогидратов магния, небольшого количества бензола и 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина, необходимо разделить. Для этого в реактор смеситель подают из мерника воду. Полученный раствор необходимо отфильтровать для получения нерастворенных кристаллов 10-(2-диэтиламиноэтил)-фентиазина, которые можно из сборника подать на реализацию. Для выделения кристаллов магния нужно отогнать бензол в перегонном кубе, а затем выпарить воду в выпарном аппарате.

Вторичный пар с ТП 1.5 состоит из паров бензола. Его направляют в конденсатор. Процесс ведут при температуре 80°C. Сконденсированный бензол собирают в сборник и отправляют на реализацию.

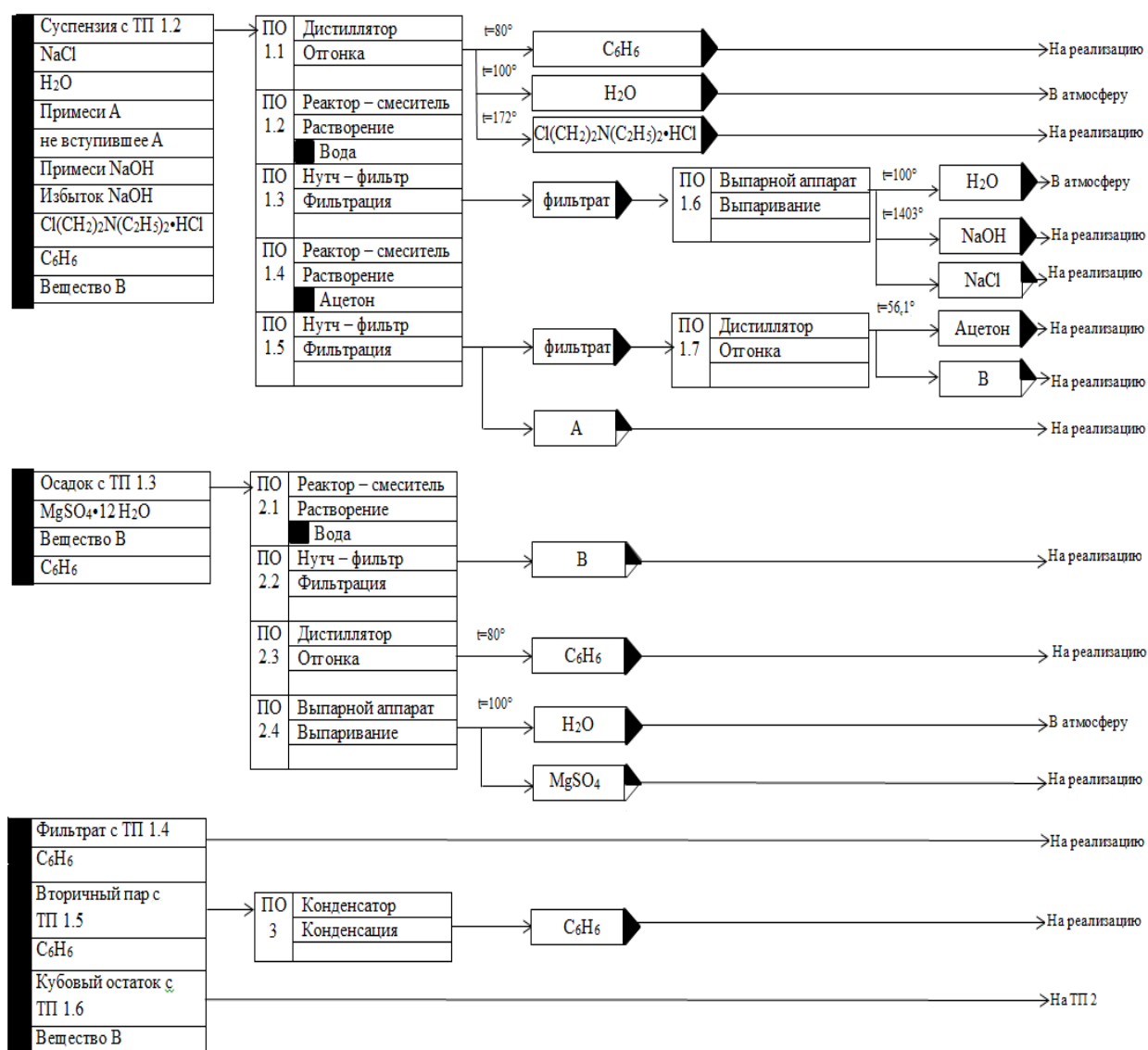


Рисунок 1. Технологическая схема очистки отходов

Отходы производств являются одной из причин загрязнения окружающей среды, поэтому они подлежат дальнейшей очистке и обезвреживанию.

В нашей работе были проанализированы методы обезвреживания и утилизации отходов производства препарата «Динезин», а также разработаны технологическая и аппаратурная схемы отходов.

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Артепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология. сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной. Курск, 2015. С. 41-44.

БИОТЕСТИРОВАНИЕ АТМОСФЕРНЫХ ОСАДКОВ

Селифонова Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологической и химической технологии

Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.

Качество поверхностных вод систематически проверяют специальные мониторинговые службы. Однако благодаря системе контроля с помощью реакций тест-организмов можно учитывать синергизм одновременного воздействия многих факторов, которые влияют на воду.

Биомониторинг и биотестирование является составной частью экологического мониторинга – слежение за состоянием окружающей среды по физическим и биологическим показателям. В задачи биомониторинга входит регулярно проводимая оценка качества окружающей среды с помощью специально выбранных для этой цели живых объектов.

Критерии выбора индикатора: быстрый ответ; надежность; простота; мониторинговые возможности (постоянно присутствующий в природе объект).

Целью исследования является изучение токсичности поверхностных вод Курской области с помощью анализа снежного покрова на пробных площадках методом биотестирования

Задачи исследования. Произвести отбор проб снега. Произвести биотестирование проб с помощью тест-растения – семян салата.

Материалы и методы: для отбора снежных проб были выбраны 4 района, отличающиеся как по степени интенсивности, так и по видам техногенного воздействия. Фоновый участок выбирали на территории, практически не подвергающейся загрязнению или испытывающей его в минимальной степени. Первая зона выбрана в так называемых «спальном» районе Курска, который расположен вдоль автодорог с различной интенсивностью движения автотранспорта (Проспект Победы). Вторая зона – г. Суджа с населением около 6000 человек. Из промышленных предприятий в данном районе имеется Суджанский завод тракторных агрегатов. Третья зона – село Сазоновка Пристенского района. Население данного населенного пункта порядка 15000 человек, крупных промышленных предприятий поблизости нет. Четвертая точка расположена в г. Курчатове, где находится одна из крупнейших атомных станций России Курчатовская АЭС, состоящая из 4 энергоблоков. Население данного района составляет 38 344 человека.

Подготовка пробы заключалась в растапливании отобранных образцов снега. В лабораторных условиях при температуре 25 °С исследуемые образцы снежного покрова расслаивались с образованием на водной поверхности темной водно-масляной эмульсии, а на дне – осадка из твердых дисперсных частиц.

Сконцентрированная жидкость в объеме 3,5 мл используется для определения токсичности талой воды.

Результаты и обсуждения. В простерилизованные чашки Петри положили кружки фильтровальной бумаги и вылили сконцентрированную воду. На

фильтры рассыпали по одному пакету семян салата массой 1 г. В контрольную чашку вылили 3,5 мл дистиллированной воды. Чашки Петри закрыли крышками и в течение недели наблюдали за изменениями.

Был проведен контроль семян на 3-й, 5-й и 8-й день. В третий день рост семян наблюдался уже в каждой чашке, но с разной интенсивностью. Лучше всего семена начали всходить в чашках с талой водой из Курчатова, Суджи и в контрольной чашке.

На 5-й день достаточное количество пророщенных семян наблюдалось в чашках с пробами из Курчатова, Курска, Суджи и в контрольной чашке. В чашке с пробой из Пристенского района рост семян замедлился.

Контрольным стал 8-й день наблюдения. Был произведен подсчет количества пророщенных семян, массы и средней длины ростка.

Масса пророщенных семян в каждой чашке с исследуемыми образцами составила 0,98 г. В контрольной чашке вес составил 0,99 г. Количество пророщенных семян представлены на диаграмме 1.



Диаграмма 1. Количество пророщенных семян

Средняя длина пророщенного ростка представлена на диаграмме 2.

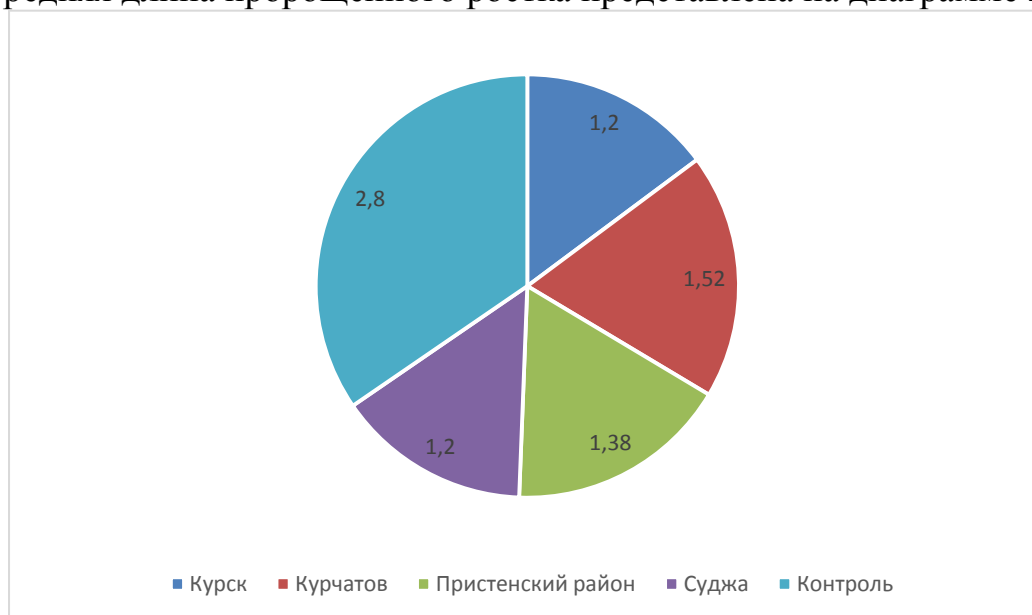


Диаграмма 2. Средняя длин пророщенного семени

Выводы. По результатам эксперимента можно сделать вывод, что наиболее всхожими оказались семена в контрольной чашке. Из исследуемых проб самой всхожей стала проба с использованием талой воды из Пристенского района. Самая токсичная - проба из Курчатова.

Список литературы

1. Бехтгольд Д.В., Джанчатова Н.В. Исследование биологической активности наноструктурных материалов. В сборнике: Горизонты биофармацевтики 2017. Сборник материалов Международной научно-практической молодежной конференции, посвященной 25-летию биотехнологического факультета. 2017. С. 64-65.
2. Джанчатова Н.В., Кетов В.Д. Получение и исследование каталитических свойств наноразмерного оксида системы Fe-Bi. В сборнике: Биотехнология и биомедицинская инженерия. Сборник материалов IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 71-75.
3. Джанчатова Н.В., Солодилова Ю.Н. Моделирование влияния наноразмерных оксидов системы Fe-Co на биологические объекты. В сборнике: Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы. Сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции. 2017. С. 224-227
4. Получение и биотестирование наноразмерных оксидов системы Fe-S / Н.В. Джанчатова, Ю.Н. Солодилова, Д.В. Бехтгольд, В.В. Финстерле // В сборнике: Биотехнология и биомедицинская инженерия. Сборник научных трудов по материалам X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию биотехнологического факультета и 20-летию кафедры биологической и химической технологии. 2017. С. 60-63.
5. Финстерле В.В., Бехтгольд Д.В., Корягина А.С. Получение наноразмерного порошка оксида железа(III) и изучение его влияния на биологические объекты. В сборнике: Инновации в медицине. Сборник материалов восьмой международной дистанционной научной конференции, посвященной 82-летию Курского государственного медицинского университета. Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Ткаченко. 2017. С. 153-155.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ОЧИСТКИ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ПРОМЕРАНА

Федяева О.Ю.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра биологической и химической технологии
Научный руководитель – к.т.н., доцент Джанчатова Н.В.**

Современные методы экологической биотехнологии позволяют обеспечивать эффективность очистки отходов, тем самым снижая вероятность загрязнения окружающей среды. Для снижения вредного влияния на окружающую среду следует разрабатывать эффективную схему обезвреживания и утилизации отходов.

Целью исследования является разработка технологической и аппаратной схем очистки отходов производства промерана. Производство данного препарата является достаточно токсичным, поэтому необходимы правильные подходы к обезвреживанию и утилизации образующихся загрязняющих веществ.

При производстве промерана на 1-ой стадии образуется фильтрат. В его состав входят: 3-ацетоксимеркури-2-метоксипропилмочевина, ацетат ртути II, метанол, вода, метилацетат, аллилмочевина, органические примеси. В результате взаимодействия метанола и уксусной кислоты образуются два новых вещества: вода в небольшом количестве и метилацетат. Последнее вещество можно отправить в производство клеев, композиционных лаков, магнитных лент, эфиров целлюлозы, поливинилацетата, полиметилметакрилата, многих смол. Очищенную воду необходимо сбросить в канализацию. Отогнанный метанол можно отправить обратно в цикл на ТП 1.1,

Осадок после коагуляции и последующей фильтрации, а также осадок после аэрации отправить на промышленный полигон, так как они содержат соединения ртути.

На основании проанализированных методов очистки нами составлена технологическая схема очистки фильтрата с ТП 1.3, которая представлена на рисунке 1.

Фильтрат поступает сначала в реактор, где происходит осаждение ртутьсодержащих соединений и примесей. Для этого загружают из дозатора сульфид натрия, с помощью которого происходит осаждение веществ, и для удаления всех вредных примесей проводят коагуляцию с добавлением сульфата алюминия. Далее необходимо провести фильтрацию, осадок отправляется в сборник, а оттуда на промышленный полигон; очищенный фильтрат идет на выпаривание. При температуре 57,1°C сначала отгоняется метилацетат, затем при температуре 64°C – метанол. Данные вещества являются ценными, поэтому целесообразно отправить их на конденсацию. Метилацетат и метанол собираются в разные сборники (метилацетат идет на реализацию, метанол – в цикл на ТП 1.1). В фильтрате остаются остатки органических веществ и небольшое количество воды, следует провести аэрацию. В результате

очищенная вода поступает в канализацию, а образовавшийся твердый остаток на промышленный полигон.

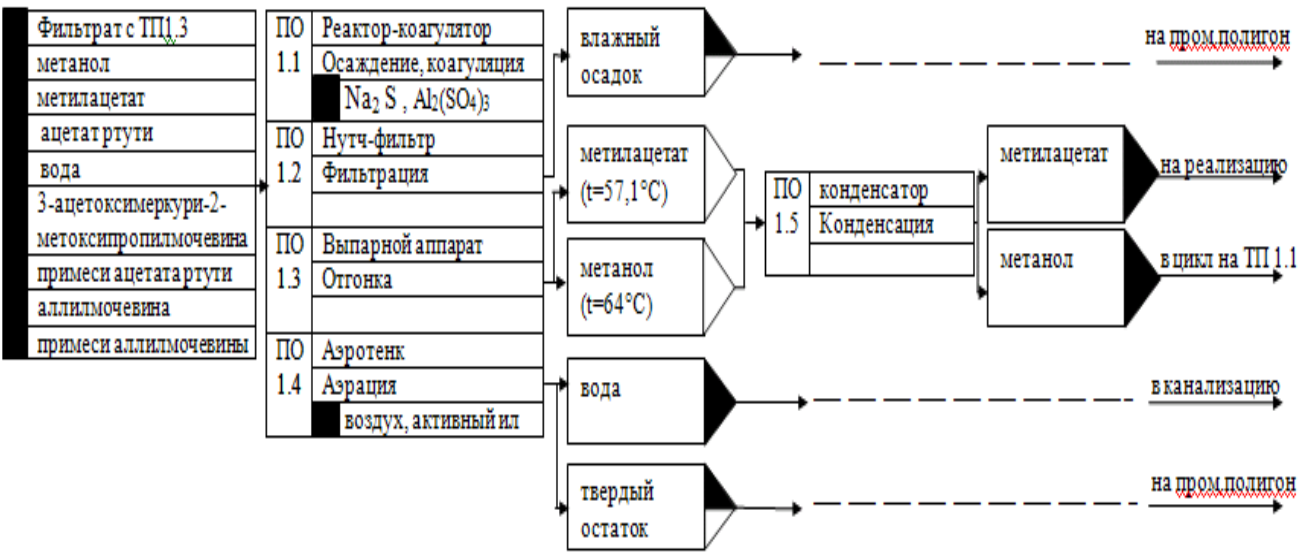


Рисунок 1. Технологическая схема очистки отходов с ТП 1.3

На рисунке 2 представлена разработанная аппаратурная схема.

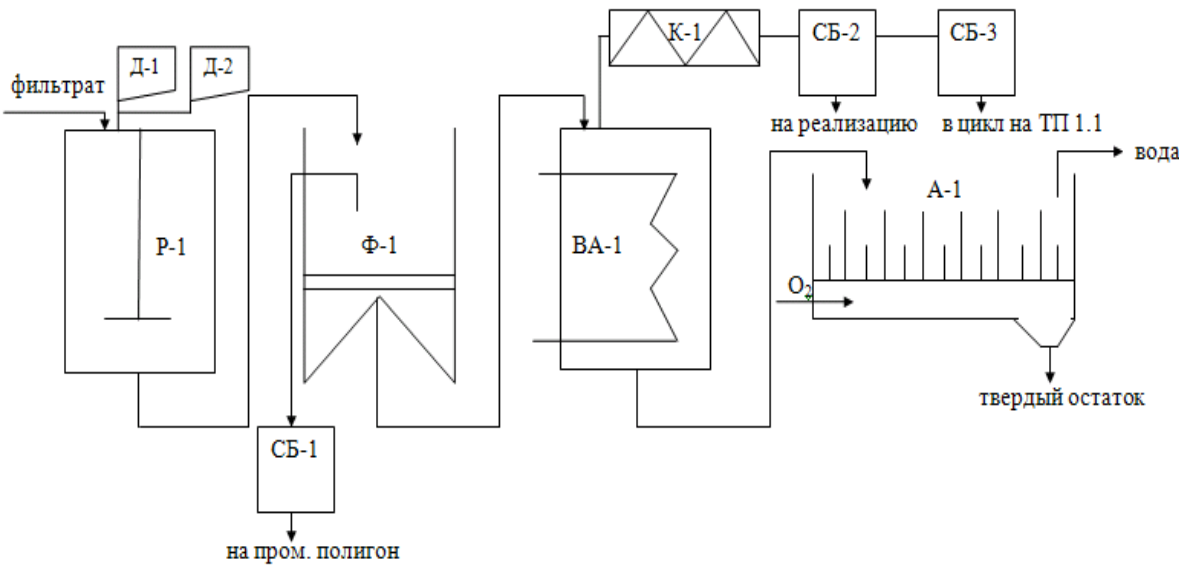


Рисунок 2. Аппаратурная схема очистки отходов с ТП1.3

Выводы. В работе были проанализированы методы обезвреживания и утилизации производства промерана, разработаны технологическая и аппаратурная схемы отходов

Список литературы.

1. Джанчатова Н.В., Артепьева Л.В. Организационно-проектный подход к изучению инженерных экологических дисциплин //Биомедицинская инженерия и биотехнология. сб. материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией П.В. Ткаченко, Л.П. Лазуриной. Курск, 2015. С. 41-44.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОИЗВОДСТВА ЭРИТРОПОЭТИНА

Яснюк М.Э.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра биологической и химической технологии

Научные руководители – д.б.н., профессор Лазурина Л.П.,

к.б.н., доцент Басарева О.И.

Гормоны – биологически активные вещества, вырабатываемые железами внутренней секреции. Поступая в кровь, они регулируют практически все виды обмена и функции большинства органов и тканей. К железам внутренней секреции относятся: щитовидная, паращитовидная, поджелудочная железы, надпочечники, гипофиз, половые железы. Нарушение их функции как в сторону уменьшения выработки гормона, так и увеличения приводит к развитию заболеваний, требующих терапии гормонами, гормональными препаратами либо антигормональными средствами.

Получают гормоны и гормональные препараты либо из соответствующих эндокринных желез животных, либо путем химического синтеза.

Одним из самых перспективных для использования при длительно текущих заболеваниях гормоном является эритропоэтин. Данный гормон участвует в процессе кроветворения, поэтому целесообразно его применение больным, страдающим различными формами анемий, а также при увеличении количества крови перед различными операциями.

Эритропоэтин (ЭПО, гемопоэтин) – гормон, продуцируемый интерстициальными клетками почек и регулирующий эритропоэз у млекопитающих. По химическому строению является гликопротеином. Филогенетически ЭПО относится к семейству цитокинов.

В настоящее время эритропоэтин получают биотехнологическим методом путём синтеза клеток тканей животных, иницированных плазмидой, содержащей ген человеческого эритропоэтина, то есть рекомбинантные препараты эритропоэтина.

Известен способ получения инъекционной формы рчЭПО. Способ состоит в том, что осуществляют получение геномного ДНК клона эритропоэтина человека гибридацией с зондами и его выделение, конструирование рекомбинантных плазмидных ДНК, кодирующих ЭПО

человека, с последующей трансформацией полученными ДНК штаммов клеток млекопитающих (например, cos I), выделением и очисткой целевого продукта.

В 2014 году был создан способ получения нанокапсулированной формы рекомбинантного человеческого эритропоэтина.

Основными достоинствами этого способа является нанокапсулированная форма и чистота получаемого препарата. Размеры нанокапсул обычно не превышают 100 нм, которые обладают высокой проникающей способностью и могут проходить даже в такие «закрытые» зоны организма, как головной мозг. Малый размер делает их невидимыми для клеток иммунной системы, что позволяет нанокапсулам длительное время циркулировать в кровотоке. Использование нанокапсул исключает выработку аутоантител организмом, что повышает безопасность использования лекарственных препаратов.

Указанный технический результат достигается тем, что в способе получения субстанции рекомбинантного эритропоэтина человека, включающем культивирование в роллерных флаконах штамма клеток яичника китайского хомячка, трансформированного предварительным введением плазмиды, содержащей ген человеческого эритропоэтина, последовательно в ростовой и в накопительной питательных средах с последующим выделением целевого продукта последовательно методами микрофильтрации и ультрафильтрации.

Указанный технический результат достигается также нанокапсулированной формой рекомбинантного эритропоэтина человека, включающей полиэлектrolит, в качестве которого выбран альгинат натрия, стабилизатор – сахарозу, отвердитель – желатозу, жидкую субстанцию рекомбинантного эритропоэтина человека (ЭПО) и мочевины.

На основании выбранного способа получения рекомбинантного препарата человеческого эритропоэтина была разработана технологическая схема производства. Технологическая схема включает вспомогательные стадии: получение ростового и накопительного питательного субстратов; получение штамма клеток CHO⁺E; подготовка стерильного воздуха, помещения и оборудования; приготовления растворов и смесей. Основной технологический процесс состоит из двух стадий: получение жидкой субстанции рЧЭПО и получение нанокапсулированной формы.

Проведенные расчеты продуктового баланса производства эритропоэтина при культивировании клеток CHO⁺E на ростовом и накопительном субстратах позволили определить выход целевого продукта, который составил 11,4 кг с активностью 500МЕ.

Создание рекомбинантного препарата человеческого эритропоэтина в нанокапсулированной форме открывает новые возможности для использования данного гормона, а также упрощает процессы его очистки от сопутствующих при культивировании веществ и повышает степень его чистоты.

Список литературы.

1. Басарева О.И., Джанчатова Н.В. Конкуренция на российском фармацевтическом рынке // Фармакология сердца: сб. тр. Всерос. науч.-практ.

конф. / Курск. гос. мед. ун-т ; редкол.: В.А. Лазаренко [и др.]. Курск, 2017. С. 29-33.

2. Патент РФ № 2518329, МПК C07K14/505, опубл. 10.06.2014 г.

3. Препараты рекомбинантных эритропоэтинов и их характеристика / Меркулов В.А. и др. // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2013. № 3(47). С. 4-11.

РАЗДЕЛ 20.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК И ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ И МЕДИЦИНЫ

ТЕМА ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА МЕДИЦИНСКИХ АГИТАЦИОННЫХ ПЛАКАТАХ XX-ГО ВЕКА

Айгистова М.Л.

Гомельский государственный медицинский колледж

Научный руководитель – Завертайло Е.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что важным аспектом будущей работы учащихся медицинского колледжа, получающих специальность «Фельдшер-акушер», является информационная деятельность по пропаганде навыков здорового образа жизни. Среди обсуждаемых вопросов, которые ставит сама жизнь, особое место занимают вопросы разумного материнства, грудного вскармливания, планирования семьи и т.д. Поэтому актуальность выбранной темы представляется бесспорной.

Целью исследования является изучение отражения темы защиты материнства и детства на медицинских агитационных плакатах.

Материалы и методы: анализ научно-медицинской и исторической литературы по данной проблематике.

Результаты и их обсуждения. Самое простое и точное определение: «Плакат – это сравнительно крупное по размеру изображение с текстом, в котором художественный образ возникает от взаимодействия слова и изображения». Формирование целостности передачи идеи происходит через остроту слогана и образное графическое решение.

Из сплава традиционных лубочных картинок и рекламных вывесок в европейской манере родились русские агитационные плакаты Первой мировой войны. Очень часто они призывали к пожертвованиям на поддержку вдов и сирот. После революции и двух войн страна была обессилена, разрушена и в подавляющем большинстве безграмотна. Плакаты оказались не просто востребованными, они стали незаменимым пропагандистским средством.

В первые месяцы после победы Октября 1917 года охрана материнства и младенчества была провозглашена приоритетным направлением государственной политики. Плакат «Митинг детей», выполненный А. Комаровым в 1923 году и неоднократно переиздававшийся в течение многих лет, до сих пор является удивительным образцом сочетания наглядности и доступности медицинских указаний родителям и воспитателям со своеобразным юмором.



Рисунок 1. Плакат «Митинг детей» (1923 г.)

Для многомиллионного крестьянства издавались плакаты с лаконичными лозунгами, например: «Дети не должны умирать», «Матери, не подкидывайте

детей!» и другие. Борьба с детской смертностью, особенно среди крестьянства, где по отношению к очередному новорождённому традиционно существовали понятия «жилец» и «не жилец», велась всеми возможными пропагандистскими способами.



Рисунок 2. Плакат
«Дети не должны умирать»
(1925 г.)



Рисунок 3.
Рекламный плакат (1923г.)

Отдельно следует отметить плакаты, рекламирующие изделия медицинского назначения. Самый известный рекламный плакат того времени «Лучших сосок не было и нет!» создан Александром Родченко и Владимиром Маяковским в 1923 году.

Тему заботы о детях значительно обогатили и плакаты предвоенного времени.



Рисунок 4. Плакат
«За счастливое детство»
(1936 г.)



Рисунок 5. Плакат о пользе
грудного вскармливания
(1950 г.)

Развязанная фашистами война, которая вошла в историю как самая ожесточённая и кровопролитная, не позволила завершить намеченные планы. Внимание всей медицинской службы и было приковано к решению важнейшего вопроса – организация своевременного выноса раненых с поля боя. В годы Великой Отечественной войны военно-медицинская служба успешно выполнила стоявшие перед ней исключительно сложные, обширные и ответственные задачи.

Советские послевоенные плакаты продолжают тему решения социальных и медицинских проблем. На плакаты возвращается тема заботы о военных сиротах, защита материнства и детства, борьба с абортами и венерическими заболеваниями, пропаганда грудного вскармливания.



Рисунок 6. Плакат «окружим сирот заботой!» (1948 г.)

И вновь появляется советская реклама «товаров для здоровья»: детского питания, средств гигиены и даже некоторых лекарственных препаратов. В 60-е годы, названные «оттепелью», плакаты очень заметно меняются стилистически: становятся более современными. Эти тенденции продолжают и в 70-е. «Старые» темы получают иное художественное воплощение, но появляется и что-то новое – попытка решить назревшие демографические проблемы того времени.



Рисунок 7. Плакат
«Один ребенок хорошо...»
(1968 г.)



Рисунок 8. Плакат
«Променяла» (1982 г.)

В 80-е годы коммунистическая партия и правительство СССР начинают беспрецедентную борьбу с пьянством и алкоголизмом. К сожалению, значимых результатов она не принесла, а вот интересные плакаты появились. Действительно, «черная» тема. А еще в 80-90-е на плакатах предостерегали от случайных связей, которые привели к всплеску заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем.

После обретения независимости в 1991 году каждая из бывших республик Советского Союза начала свою собственную историю. В 21-м веке плакаты сильно изменились в связи с использованием компьютерной графики и современного оборудования, добавилась новая терминология, неизмеримо выросло количество коммерческой рекламы.

Выводы. Сейчас плакат, конечно же, не является единственной наглядной формой проведения информационной работы, консультаций и волонтерских акций. В современном мире успешно используются видеофильмы, аудио- и анимационные ролики, но не стоит забывать и испытанные временем «верные» способы «достучаться» до человека, одним из которых, является плакат, созданный талантливыми и равнодушными людьми.

Мы надеемся, что знания, полученные во время работы по сбору материала по данной теме, помогут будущим фельдшерам-акушерам полнее

использовать потенциал агитационных плакатов – хорошо зарекомендовавшего себя средства для проведения информационно-пропагандистской работы.

Список литературы.

1. Бабурина, Н.И. Искусство русского плаката XX века. Реальность утопии / Н.И. Бабурина. – М.: Прогресс-традиция, 2004. – 415 с.: ил.
2. Снопков, А. Е. Снопков. П. А. Шкляр, А. Ф. Шестьсот плакатов / А. Е. Снопков и др. – М.: Контакт-Культура, 2004. – 192 с.: ил.
3. Толстая, Т. Н. Русский плакат / Т.Н. Толстая. – М.: Контакт-Культура, 2010. – 176 с.: ил.

ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Акулова К.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Крамаренко В.Ю.

В настоящее время в Российской Федерации достаточно актуальными являются вопросы совершенствования методов диагностики заболеваний, их профилактики, формирования здорового образа жизни населения. В основном медицинская диагностика направлена на то, чтобы распознать заболевание, оценить состояние больного и назначить адекватное лечение. При этом базой для всего этого является опрос, исследование органов и систем органов, использование дополнительных методов. На данный момент, использование дополнительных современных методов расширяет возможности медицинской диагностики, но главным фактором успешного распознавания недугов людей является клиническое мышление врача. Проведение каждого конкретного исследования целесообразно для подтверждения имеющегося предположения о возможном заболевании, а не для оценки случайно выявленных диагностических находок [3].

Таким образом, диагностика занимает центральное положение в процессе лечения человеческих недугов. По своей сути она представляет особый процесс познания, а, следовательно, может быть объектом философии познания. Последняя стремится разрабатывать и давать науке систему принципов и правил для ведения эффективных познавательных исследований в указанной сфере.

Целью исследования являлось определение особенностей гносеологических проблем в медицинской диагностике, что, в свою очередь, предполагает решение следующих задач: 1) определить особенности диагностики по сравнению с «чисто» научным познанием (последнее хорошо изучено и может являть базой для понимания других видов познания); 2) описать основные характеристики субъекта диагностической деятельности; 3) выявить особенности истинности диагностического знания.

В настоящее время основополагающей задачей современной науки-философии является расширение нашего представления о сущности медицинского знания, о возможностях медицины в пределах построения целостной, конкретно-научной теории человека, его физического состояния, в том числе болезни, а также духовных потенций, как историко-культурного субъекта. В связи с чем, в данной работе будут проанализированы работы отечественных и зарубежных философов, теоретиков и историков медицины, раскрывающих в своих работах рассматриваемую нами проблематику: Давыдовского И.В, Зайко Н.Н. и Быця Ю.В., Залманова А.С., Моисеева В.И. и др. Медицинское познание и знание представляют большой методологический интерес для философии науки в плане решения вопроса о том, как возможно конкретно-научное знание о человеке. Диагностика концентрируется на единичном объекте (пациенте), а не на обобщенном случае. В отличие от эксперимента в диагностической деятельности практически никогда нельзя получить чистый вид процесса протекания болезни. Врач, как правило, имеет дело с сочетанием нескольких заболеваний, которые протекают в индивидуальных условиях единичного человеческого организма. Результат диагностического познания не может быть отсрочен; врач не может, как это часто бывает в науке, перенести решение проблемы на будущее поколение ученых, довольствуясь частичным результатом. Диагностическое знание реализуется «здесь и сейчас»[3,5].

Врач как субъект диагностической деятельности отличается от кабинетного ученого и даже опытно экспериментатора. Если последний, как правило, полностью располагает своим объектом исследования, то врачу приходится иметь дело с пациентом, который обладает собственной волей, поставленными целями, особыми и зачастую иллюзорными представлениями о медицинской деятельности. Даже длительная практика не дает возможность врачу воспринимать пациента, как только объект, полностью избегая межличностного контакта [1,2].

Врач значительно жестче включен в профессиональную корпорацию, чем ученый. На каждом этапе диагностической деятельности ему приходится взаимодействовать с медицинскими сестрами, лаборантами, его собственными кураторами, административным аппаратом клиники. Если ученым может дистанцироваться от действий государства, врач, как правило, включен в систему властных решений, где принимаются решения о закрытии территории, пораженной эпидемией или о пригодности молодых людей к армейской службе [1].

В научной практике целью познания является истина. В диагностической деятельности эта цель познания переживает определенные трансформации. Эффективность лечения, которая выражается, в выздоровлении пациента, является критерием истинности медицинской диагностики. Однако, человеческая смертность накладывает отпечаток на этот, казалось бы, бесспорный критерий. Поэтому эффективность может трансформироваться просто в социальную приемлемость результатов или личную удовлетворенность пациента [3,4]

Таким образом, создание целостной научной картины человека в фундаментальной медицинской теории болезни базируется на опыте общения врача с пациентом, опыте борьбы медицины за утверждение здорового образа жизни, через широкое вовлечение в круг медицинских понятий философских категорий и духовного багажа современной культуры. Данный результат будет зависеть от возможности медицины воспроизводить сложившуюся установку на комплексную природу своего знания.

Список литературы.

1. Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. Изд. 2-е. М., 1972. 376 с.
2. Лощаков Д.Г. Методологические и социально-этические проблемы комплексного изучения человека. Об итогах Всесоюзного совещания по философским и социальным проблемам науки и техники // Вопросы философии, 1988. № 2. С. 127-131.
3. Ражина Н.Ю. Развитие мыслительных операций как условие формирования клинического мышления у будущих врачей // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. С. 34-36.
4. Федоров С.П. О мышлении врача // Новый хирургический архив. 1986. № 5. С. 10-23.
5. Хрусталеv, Ю.М. Философские проблемы медицины/ Хрусталеv, Ю.М., Царегородцев, Г.И. // Философия естественных наук / Под ред. С.А. Лебедева. М., 2006. С. 475-550.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕТАЛЬНОЙ ТКАНИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

Амелькина В.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Чальцева Т.А.

Современная наука не стоит на месте, с каждым днем величайшие умы делают маленькие шаги к великим открытиям. Каждый день ведется борьба между практической и этической сторонами медицины. Они, как «солнце и луна», такие же разные, но представляют единое целое и друг без друга существовать не могут. С одной стороны, этика сдерживает порывы экспериментальной медицины и внедрения ее достижений в лечебную практику, но, с другой, медицинская этика своими запретами и разными взглядами на один и тот же вопрос спасла немало жизней, возможно, уберегла мир от неисправимых последствий. В области трансплантологии, например, неоднозначные вопросы ставит фетальная трансплантология, представляющая собой раздел трансплантологии, занимающийся

использованием тканей и органов от абортированных зародышей в лечебно-экспериментальных целях.

Актуальность исследования состоит в том, что фетальная ткань является очень ценным материалом для трансплантации, поскольку обладает способностью к интенсивному росту, дифференциации и способностью интегрироваться в реципиента, также она меньше подвержена отторжению в процессе пересадки. Ее используют генетики для изучения заболеваний и нарушений человека, а также для выявления генов, контролирующих рост на самых ранних стадиях развития. Кроме того, фетальная ткань – источник стволовых клеток, которые активно используются в медицине, например, в лечении болезни Паркинсона. Так же проводятся клинические исследования у больных с сахарным диабетом, болезнью Гоше, синдромом Гурлера, болезнью Альцгеймера, врожденной сердечной недостаточностью, иммунодефицитом, апластической анемией, врожденной почечной недостаточностью, болезнью Фабри и множеством гематологических и эндокринных нарушений. Фетальная ткань играет важную роль в развитии репродуктивной терапии и контрацепции, а клетки почек плода используются для разработки вакцины против полиомиелита.

Целью исследования является рассмотрение этических аспектов использования фетальной ткани в медицине.

Материалы и методы: в качестве теоретической базы для данного исследования были использованы книги и статьи отечественных и зарубежных авторов, публицистическая (газеты и журналы) и научно-популярная литература, а так же иные источники, посвященные этой теме.

Результаты и обсуждения. Использование фетальной ткани является достаточно значимой проблемой и всегда контролировалось и регулировалось, например, в Великобритании. Так, в 1972 был введен Кодекс практики, который в 1989 году был заменен на рекомендации Polkinghorne, основанные на четырех принципах:

Решения, касающиеся аборта и последующего использования тканей плода, должны приниматься отдельно, а согласие на использование плода в исследовании или терапии может быть получено только после того, как женщина согласится на прекращение беременности.

Согласие женщины на использование плода в исследованиях является общим: ей не разрешается уточнять, как может или не может использоваться ее фетальная ткань.

Практика аборт должна быть физически отделена от использования фетальной ткани в исследованиях или терапии.

Разделение источника и пользователя должно быть полным: источник записывает личность женщины, но не разглашает ее пользователю, тем самым гарантируя, что пользователь ничего не знает о происхождении материала. Посредник рекомендуется в качестве наилучшего способа достижения разделения [1].

В 2004 году был принят закон о тканях человека, а в качестве надзорного органа создано Управление по тканям человека, отвечающего за контроль и

сбор, хранение и использование тканей человека. Эмбрионы не охватываются актом, но, хотя и не указаны явно, абортированные плоды, вероятно, попадают в него и квалифицируются как «соответствующий материал». «Новые стандарты и практика, связанные с согласием, донорством и хранением тканей человека, внедряются, но неясно, как они связаны с абортированными плодами [1].

На протяжении более 90 лет были выстроены вопросы о этичности и законности использования фетальных органов для медицинских исследований. И на основе этого был составлен список этических вопросов:

Является ли трансплантация эмбриональной ткани этически приемлемой?

Целесообразно ли ткани человеческого плода поместить в класс трансплантатов?

Должна ли беременная женщина дать согласие на ткань ее плода, которая будет использоваться в исследовательских целях? И должна ли она знать на какие исследования она идет?

Если женщине разрешено прерывать беременность, может ли трансплантируемая ткань быть использована для родственника?

Будет ли трансплантация тканей плода косвенно побуждать женщин выбирать аборт? Если да, то является ли этот эффект этически допустимым?

Возможна ли купля-продажа человеческих тканей? [2]

Этот вопрос рассматривается как этически сложная задача даже со стороны тех, кто выступает за ее использование в медицинских исследованиях. Озабоченность здесь заключается в том, что покупка и продажа человеческой ткани превращает людей в бездушных существ и уменьшает человеческую ценность и достоинство. Противники абортот считают использование фетальных тканей неэтичным, и обосновывают это тем, что большинство фетальной ткани используется от индивидуальных абортот, женщина сама соглашается на аборт, тем самым убивая развивающийся плод. То есть смерть плода вызвана неслучайно, а намеренно. Еще одним из аргументов является, то, что действительное согласие практически невозможно. Мать морально законного согласия дать не может, так как она является инициатором убийства. Но отказ от согласия еще больше превратил бы его в объект, поэтому мать дает согласие на использование ткани для трансплантации, якобы действуя в интересах нерожденного ребенка. По иронии судьбы, некоторые, кто поддерживает трансплантацию фетальной ткани, утверждают, что абортированный плод «желал бы» помочь тем, кто страдает от болезней, которые принесут пользу ткани. Эта идея фетального желания впервые была выдвинута в попытке оправдать исследование живых, но нежизнеспособных плодов [3].

Выводы. В России же использование фетальных органов большинство населения воспринимают как разновидность людоедства, в основе которого лежит изъятие зародышевых тканей для приготовления лекарств, косметических средств, а так же в химической промышленности, а распространение данного направления в медицине способствует деградации людей. При этом, предварительные выводы, основанные на

проанализированных иностранных источниках, указывают на положительный опыт зарубежных коллег, развивающих это направление. Все же на сегодняшний день вопрос о фетальной трансплантации остается открытым, и нет однозначного ответа о ее важности и этичности и, вероятно, еще не скоро такой ответ появится. Но в истории науки достаточно примеров, когда то, что кажется первоначально невероятным и невозможным, находит свое применение и используется на благо человека, главное, своевременно определить пределы допустимости и границы внедрения таких достижений.

Список литературы.

1. Kent J. Regulating the collection and use of fetal stem cells // BMJ. 2006 Apr 15; 332(7546): 866–867. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1440601>, свободный. – (дата обращения: 04.03.2019 г.).
2. Lee M. Sanders, Linda Giudice, Thomas A. Raffin. Ethics of Fetal Tissue Transplantation // Fetal medicine. 1993. № 159. P.400-407. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/14962274_Ethics_of_Fetal_Tissue_Transplantation, свободный. – (дата обращения: 04.03.2019 г.).
3. What Are The Ethics Of Research Using Human Fetal Tissue? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.science20.com/the_conversation/what_are_the_ethics_of_research_using_human_fetal_tissue-156871, свободный. – (дата обращения: 04.03.2019 г.).

СОВРЕМЕННЫЕ ТОТАЛИТАРНЫЕ СЕКТЫ И СТУДЕНЧЕСКАЯ МОЛОДЕЖЬ

Андреева Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что в последней трети XX века по различным социально-экономическим и общественно-политическим причинам наряду с мировыми религиями все более активно действуют нетрадиционные религиозные организации и культы. Исследование подобного рода организаций становится все более актуальным во многом по причине их нацеленности на молодежь. Данная тема широко освещена в трудах таких исследователей, как А.Л. Дворкин, А.Ю. Егорцев, Н.В. Кривельская, С. Хассен и др. В их работах представлена широкая классификация видов тоталитарных сект, история их возникновения, характерные черты.

Целью исследования является анализ и оценка уровня влияния тоталитарных сект на студенческую молодежь.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

Результаты и обсуждения. Следует отличать понятия «секта» и «тоталитарная секта». Эти два термина разные по своей сути и это легко объяснить. А.Л. Дворкин отмечает, что сектами принято называть множество религиозных движений, которые являются выходцами из традиционных религий, а сам термин не содержит в себе характеристики организации, которая несёт что-либо негативное [1]. Но существует целый пласт таких религиозных движений, которые идут вразрез со светскими законами. Их принято называть деструктивными религиозными объединениями. Их догмы открыто призывают к насилию над теми, кто не входит в внекультовый социум. В таких организациях разрушительный характер деятельности тщательно маскируется, но он ярко проявляется в виде криминальных эпизодах. В связи с действующими внутри секты тоталитарными порядками они могут носить название тоталитарной секты.

А.Л. Дворкин трактует данное понятие следующим образом: «это ... особые авторитарные организации, лидеры которых, стремясь к власти над своими последователями и к их эксплуатации, скрывают свои намерения под религиозными, политико-религиозными, психотерапевтическими, оздоровительными, образовательными, научно-познавательными, культурологическими и иными масками» [1, С. 14].

Молодежь, в силу объективных причин не накопившая еще достаточных знаний и жизненного опыта, лишенная объективной и критической информации в вопросах религии, склонна к воздействию сект с целью поиска решений проблем, ответов на беспокоящие вопросы о смысле и цели жизни, а также с целью выбора мировоззренческой позиции.

Специфическими для молодежи возрастными особенностями можно назвать категоричность и максимализм, тяга к новому, обостренный интерес к чудесам и сказочной таинственности. Все это способствует готовности вступать в неизвестные ранее организации, которые, в основном, и ориентированы на молодежь с учетом ее особенностей и запросов.

В результате проведенного нами социологического опроса, который был нацелен на выявление отношения молодёжи к сектантским движениям и их склонность к вступлению в секту, мы пришли к выводу, что представления молодых людей о способах вовлечения в секту достаточно широки. Нами было проведено анкетирование на данную тему, в котором приняли участие 50 студентов первых и вторых курсов лечебного факультета (25 девушек, 25 юношей) Курского государственного медицинского университета.

Опрос показал, что отношение респондентов к тоталитарным сектам отрицательное (в этом убеждены 64% опрошенных). Остальные 36% полагают, что существуют разные секты, и некоторые из них могут оказывать не только отрицательное влияние, но и положительное.

Проанализировав факторы, влияющие на стремление человека к вступлению в секту 82% опрошенных, считают, что наиболее этому подвержены неуверенные в себе, замкнутые или не понятые обществом люди.

Из числа респондентов, 20% студентов наиболее подверженными считают людей, выросших в неполных, неблагополучных семьях. 46% всех опрошенных, в свою очередь, убеждены, что одинокие люди склонны искать внимание и заботу в сектах. 32% респондентов считают излишне разговорчивых и доверчивых людей наиболее подверженными к вступлению в секту. И лишь 12% респондентов полагают, что к вступлению в секты склонны инвалиды и люди с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы. Большинство опрошенных нами молодых людей среди методов борьбы с влиянием и распространением сект на первое место поставили общегосударственную просветительскую программу в сфере религиозных культов, привлечение к уголовной ответственности организаторов сект. Не меньшее количество считает, что СМИ должны больше внимания уделять информированию граждан об опасности, представляемой сектами.

Список литературы.

1. Дворкин А.Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. Нижний Новгород, 2002. 554 с.
2. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. М., 1997. 344 с.
3. Егорцев А.Ю. Тоталитарные секты: свобода от совести. М., 1997. 108 с.

ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ: ЕЁ РОЛЬ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Ашихмина А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к. филос.н., доцент Е.Н. Немеров

Актуальность исследования состоит в том, что классическая система клинического медицинского образования не может полностью решить проблему качественной практической подготовки врача. Главными препятствиями к этому являются отсутствие непрерывной обратной связи между учащимся и педагогом, невозможность практической иллюстрации всего многообразия клинических ситуаций, а также морально-этические и законодательные ограничения в общении учащихся с пациентом [2].

Сегодня медицина интенсивно внедряет в практику технологии дистанционного обследования и диагностирования патологий самого различного происхождения. 1 января 2018 г. вступил в действие Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации, в котором четко определяется порядок и практика использования телемедицины и технологий [1]. Это открывает широкие перспективы для медицины, как в прикладном, так и в научно-теоретическом аспекте. Методика обучения реализуется в новом

формате: мастерство и опыт приобретаются путем многократного практического повторения сложных медицинских манипуляций.

Система симуляционного тренинга широко применяется в процессе обучения студентов. Макеты, фантомы, роботы используются в качестве тренажеров, благодаря которым будущие специалисты могут отрабатывать теоретические знания на практике. Этим обуславливается актуальность выбранной темы.

Целью исследования является выявление значения виртуальной реальности в процессе подготовки врачей к профессиональной деятельности. Профессиональное владение инструментарием является наиболее актуальной проблемой для молодых специалистов. Анкетирование является одним из наиболее распространенных исследовательских методов в психологии и педагогике, который позволяет быстро получать массовый материал и дает исследователю возможность проследить ряд общих изменений в зависимости от характера учебно-воспитательного процесса. Большое значение при организации и проведении анкетирования имеет его тематическая направленность.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

Результаты и обсуждения. В этой связи были составлены вопросы по данной теме, которые должны были выявить степень актуальности применения виртуальных технологий. Группа респондентов в количестве 97 человек (практикующие врачи, которые являются выпускниками КГМУ, а также преподаватели и студенты) прошли опрос, в результате которого было выявлено, что более 90% придают большое значение виртуальным технологиям как эффективной методике обучения. Из них 70% предпочитают практиковаться на тренажерах и муляжах, а 30% выбирают компьютерное моделирование. 65% считают, что очень полезно использовать виртуальные симуляторы для отработки практических навыков. Остальные 35% готовы потратить больше времени на освоение новейших технических средств обучения, которые максимально приближены к реальной больничной обстановке. На вопрос может ли макетный фантом помочь в приобретении практического навыка, большинство респондентов сошлось во мнении, что виртуальные технологии помогают студенту сильнее углубиться в учебный процесс, позволяют полностью отработать манипуляцию, разобрать и скорректировать ошибки. По мнению практикующих врачей, манекены помогают отработать некоторые манипуляции до автоматизма. А для отработки сложного навыка (проведение реанимационных действий) лучше использовать сложный фантом.

В результате анкетирования, было выявлено мнение респондентов, что обучение в симуляционном классе должно предшествовать обучению у «постели больного», использование симуляционного оборудования облегчает переход к практике в клинических условиях, делает более интересным процесс обучения. Почти 95% опрошенных утверждают, что формирование практических навыков напрямую зависит от количества повторов. И именно

виртуальные макеты помогают будущим врачам оттачивать полученные теоретические знания на практике. В ходе анкетирования, проведенного среди студентов, преподавателей КГМУ и врачей, большинство респондентов сходятся во мнении о том, что макетные фантомы необходимы в подготовке медиков. Частое повторение, детальный разбор позволяют студенту научиться без ошибок выполнять те или иные манипуляции. Но, несмотря на все положительные стороны, часть респондентов утверждает, что живой организм ни один фантом заменить не сможет и обучение «у постели больного» должно присутствовать в процессе обучения.

Выводы. Таким образом, виртуальный симулятор не подменяет традиционные формы обучения, а дополняет и обогащает методологию современного молодого специалиста, желающего быть востребованным и успешным в мире медицины.

Список литературы.

1. Симуляционное обучение в медицине / под ред. А.А. Свистунова М., 2013. 287 с.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

ПАРАПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА

Бабкин М.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Актуальность исследования лженаучной «медицины» очевидна всем, кто так или иначе сталкивался с псевдонаучными способами врачевания самых различных недугов. Телевизионные ток-шоу, интернет-сайты, очные выступления с участием как самозваных «народных» целителей, так и дипломированных представителей официальной медицины, ставший на скользкий путь фальшивых сенсаций ярко демонстрируют *differentia specifica* любой псевдонауки: внешняя маскировка якобы научными атрибутами (форма одежды, специальная терминология, ссылки на авторитеты и т.д.) абсурдного, противоречащего законам природы содержания [1, 2, 3].

Целью исследования является изучение методами социологического зондирования (фокусированное интервью, анкетирование репрезентативной выборки из намеченного контингента респондентов) представлений студентов-медиков о паранауке как таковой, в том числе о практикуемых ее представителями экзотических и альтернативных способах врачевания, относящихся к так называемой парапсихологии.

Материалы и методы: материалом рассмотрения нам послужили интернет-сайты и другие электронные ресурсы, предлагающие соответствующие услуги и обсуждающие парапсихологические темы. Основным методом их оценки послужила разработанная клиническим психологом из Чикаго Джонатаном Смитом «критическая сверка с реальностью» [5].

Результаты и обсуждения. Корни парапсихология уходят в древние времена, к архаичным социумам, практиковавшим магию и прочие формы язычества, но претензии на научность она стала предъявлять только с XVIII века. Парапсихология разрабатывает несколько направлений: телепатия, прекогниция, ретрокогниция, ясновидение, психокинез, реинкарнация, спиритизм и т.д. Каждое из явлений пытались проверить опытным путем, применяя разные методы – здесь отличились супруги Райны, К. Зенер, С. Соул, и другие. Ни одно из исследований так и не смогло дать вразумительного положительного результата. Все испытуемые или же испытатели были уличены в небрежности, обмане или невнимательности. Общей претензией всех разновидностей псевдопсихологии является передача информации через неизвестные нормальной физиологии и психологии каналы, а также материализаций некой «энергии», не регистрируемой приборами из арсенала официальной науки.

До сих пор нет ни одного четкого доказательства наличия парапсихологических явлений, хотя такие попытки до сих пор осуществляются, причем исследования перетекли из явно повседневных в чисто лабораторные. Наиболее тесно парапсихология связана с целительством и спиритизмом, в связи с чем именно парапсихология имеет более негативную репутацию у ученых. Был проведен анализ сайтов 4 парапсихологических центров, оказывающих различные услуги. По результатам применения к имеющейся информации так называемого «инструментария здравомыслящего критика» [7], нами были получены данные о наиболее явных уловках подобных организаций. Это двусмысленные фразы, ошибка категоризации, ошибочное сравнение, аргументация к эмоциям и другие психологические методы воздействия на клиента. В целом все сайты можно охарактеризовать мошенническими, продающими «воздух» за деньги [4]. Также был проведен опрос среди студентов КГМУ по поводу выявления элементов легковерия, либо скептицизма в студенческой среде. Результаты были получены довольно удручающие. В среднем около 15% опрошенных студентов верит в различные паранормальные явления, что является неприемлемым для будущих врачей. Чуть меньше половины лояльно относятся к вере в паранормальное, если это не помешает процессу лечения, что является спорным показателем [6].

Выводы. Для улучшения ситуации необходимо реанимировать погрязшую в предрассудках систему образования, которая пока не может заполнить все пробелы знаний у школьников и студентов, вследствие чего и случился новый рассвет паранауки, и только потом мы можем говорить об инновациях в экономике и медицине. Формирование научной картины мира у будущих медиков несовместимо и с клерикализацией школы, средней и высшей.

Хотя Русская Православная церковь тоже выступает против колдовского знахарства, вера в любые чудеса не способствует формированию научного склада ума у новых поколений российской молодежи [8].

Список литературы.

1. Бюллетень «В защиту науки». Комиссия по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме Российской академии наук // <http://kran.ru/bulletin>
2. Подымов Л.И. Псевдонаука. М.: АСТ, 2018. 478 с.
3. Саган К. Мир, полный демонов. Наука – как свеча во тьме. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 538 с.
4. Сингх С., Левитт С. Ни кошелька, ни жизни. Нетрадиционная медицина под следствием. М.: Corpus, 2016. 512 с.
5. Смит Дж. Псевдонаука и паранормальные явления. Критический взгляд. 4-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 556 с.
6. Фесенкова Л.И. Сциентизация эзотерики и псевдонаука // Социологические исследования. 2004. № 2. С. 92–98.
7. Шермер М. Скептик. Рациональный взгляд на мир. М.: Альпина нон-фикшн, 2017. 336 с.
8. Щавелев С.П. Паранаука, ее социально-психологические и когнитивные основы // Материалы пленарных и секционных заседаний учебно-методической и научной конференций, посвященных 70-летию Курского государственного медицинского университета. Курск: изд-во Курского гос. мед.ун-та, 2005. С. 14–20.

ОБРАЗ ВРАЧА В СТЕРЕОТИПАХ МАССОВОГО СОЗНАНИЯ РОССИЯН

Баев М. Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кульсеева Т.Г.

В обыденном сознании и средствах массовой информации о стереотипах распространено мнение как о сугубо отрицательном феномене. Однако формирование стереотипов необходимо человеку для обобщения информации об окружающих людях до ее функционального, рабочего уровня в условиях той или иной культуры. Стереотип в социальной психологии – это сформированный практикой жизни подход или образ того или иного явления, либо процесса, когда они вписаны в ценностную систему этой культур [1]. Просто стереотипы бывают более или менее адекватны объективной реальности, и диапазон их рациональности довольно широк – от трезвых оценок пользы или вреда некоего феномена – до полной фантастичности популярных мнений [3].

Актуальность исследования состоит в том, что реконструкции образа врача в глазах российского населения – определяется необходимостью постоянно оптимизировать процесс общения лекаря и больного, при котором вечные моменты психологии обоих сочетаются с некими инновациями в их взаимном восприятии. Эти последние связаны как с техническими достижениями отечественной медицины, которая постепенно принимает онлайн формы, так и с общим развитием социально-психологического климата в нашем социуме по ходу его истории последнего времени (повышение уровня правосознания, гражданской активности и деловитости, готовности защищать свои интересы законным путем в суде).

Целью исследования является выяснение того, как чаще всего воспринимают визит к врачу жители типичного провинциального города современной России – Курска.

Материалы и методы: методом достижения цели послужил социологический опрос с помощью интернет-сетей, и аналитика полученных в его ходе материалов [2].

Результаты и обсуждения. Стереотипы о профессиональной деятельности врача разделяет большинство людей, но многие из этих стереотипов являются ложными (в той или иной степени). Наиболее распространены следующие стереотипы о деятельности врачей: врачи нередко ошибаются в постановке диагноза; врачей обязательно нужно материально благодарить при любом обращении к ним; пожилые специалисты-медики более квалифицированные, чем молодые; среди медиков – круговая порука, они всегда стоят друг за друга и никогда не признают врачебной ошибки коллеги в случае расследования такого инцидента.

Нами был проведен интернет-опрос среди жителей г. Курска. В опросе приняло участие 100 человек разного возраста, путем случайной выборки. Выяснилось, что 67% опрошенных людей испытывает страх перед походом к врачу, причем самый высокий уровень стрессовых ситуаций, связанных с посещением врача выявлен у детей – 85%, что является высоким показателем медицинской тревожности в российском социуме. Поэтому люди сплошь и рядом начинают заниматься самолечением, без похода к доктору скупать лекарства в аптеках, руководствуясь советами в социальных сетях и интернет-поисковиках, что может привести к трагическим последствиям. Также мы спрашивали людей о необходимости материально благодарить врачей за оказанную ими медицинскую помощь. Оказалось, что 65% опрошенных людей считает, что врача необходимо благодарить материально, но не у всех людей есть возможность сделать это. Хороший доктор не будет по разному принципу, в зависимости от возможностей, лечить родственника чиновника и простого работника или обычного пенсионера, а ведь они могут попасть в одну больницу. Насчет качества предоставляемых услуг врачами 44% опрошенных людей считает, что врачи часто ошибаются в постановке диагноза и это неприемлемый результат, ведь от правильности постановки диагноза напрямую зависит ход дальнейшего лечения. Вместе с тем, почти все респонденты (свыше 90%) исключают возможность умышленного вредительства со стороны

медиков в отношении своего здоровья. Так что мрачные стереотипы советской эпохи о «врачах – убийцах» остались в тоталитарном прошлом. Еще мы интересовались о выборе между пожилым и молодым специалистом. 58% опрошенных людей отдает предпочтение пожилому врачу. 42% людей выбирает молодого специалиста. На стороне пожилого специалиста – профессиональный опыт, жизненная мудрость; на стороне молодого – новые методы лечения, ведь медицина не стоит на месте, она развивается с каждым годом. В данном случае люди доверяют больше опытным врачам, так как профессионализм и опыт врачей – один из определяющих моментов в борьбе с любым заболеванием.

Выводы. Разрушить стереотипное мышление своих пациентов, в том случае, если оно явно ошибочно, должен сам врач. Для этого необходимо расположить к себе пациента. Основой взаимоотношений врача и пациента должен стать принцип «информированного согласия», который уже довольно давно введен в России законодательно, но все-таки еще не до конца внедрен в практику взаимоотношения медицинского персонала с населением. Российская ментальность в отношении медицины еще нуждается в разумной «вестернизации», которая начинается с рационального отношения к своему организму.

Список литературы.

1. Агеев В.С. Стереотипизация как механизм социального восприятия. Общение и оптимизация совместной деятельности. М.: изд-во МГУ, 1987. 178 с.
2. Ванина О.Н. Методы исследования стереотипа // URL:<http://sociology.narod.ru>
3. Роллс Д. Женщины не умеют парковаться, а мужчины – паковаться. СПб.: Питер, 2011. 256 с.

ВЛИЯНИЕ ИДЕЙ НЕТРАДИЦИОННОЙ РЕЛИГИОЗНОСТИ НА СТУДЕНЧЕСКУЮ МОЛОДЕЖЬ

Базулина М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что последствием разрушения СССР стало активное проникновение нетрадиционных религиозных движений с Востока и Запада в нашу страну, которые вызвали немалый интерес в среде молодежи. Именно эта возрастная группа подверглась наибольшему влиянию, так как её представители не имели сформированных жизненных позиций и тянулись к свободе выбора. Существенные трансформации в обществе повлияли не только на взгляды на религию и церковь, но и на самоопределение молодежи. Само возникновение и развитие нетрадиционных религиозных

течений связано с поиском людьми своего места и роли в обществе. Ю.В. Рыжов отмечает: «Современный человек становится все более религиозным, но обращается к «неведомому Богу» (ignoto Deo), которого он ищет и находит не в старых церквях, а на улицах мегаполисов и в толчее супермаркетов, в шуме дискотек и на страницах глянцевого журналов, на экране телевизора или в сети Интернет» [2]. Формирование нетрадиционной религиозности не могло не оказать влияния на молодежь. Данные религии получили распространение в России и заняли свою нишу в период экономических и политических изменений. Опасность распространения нетрадиционных религиозных течений заключается в том, в практиках данных учений появляются признаки насилия и фанатизма. Б. Малиновский утверждает: «Даже для тех, кто не разделяет тяги к оккультному – этого легковесного стремления кратчайшим путем добраться до «эзотерической истины», этого нездорового интереса, который сегодня так свободно и пошло подогревается «возрождением» полупонятных древних верований и культов, сервируемых под именами «теософии», «спиритизма» или «спиритуализма», а также всяких иных псевдонаук (-логий и -измов) – даже для ясного научного ума тема магии имеет особую привлекательность» [1]. Создатели и учителя нетрадиционных религиозных движений своей целью ставят манипуляцию молодым и недостаточно опытным поколением, что маскируется под свободу выбора, приобретение богатства, счастья и других земных и неземных благ. Этим объясняется актуальность нашего исследования.

Классифицировать нетрадиционные религии достаточно проблематично из-за их большого разнообразия. Тем не менее, выделяют три основных типа специфических признаков, которые используются в качестве критериев для типологии: организационные, кадровые и вероучительные особенности. Чаще всего для нетрадиционных религиозных движений характерны следующие черты: стремление к качественной модернизации или деконструкции прежней традиции; склонность к размыванию границ между религией, наукой и философией; выход за рамки религиозного содержания.

Целью исследования является анализ основных аспектов влияния идей нетрадиционной религиозности на студенческую молодежь.

Материалы и методы: в ходе исследования, направленного на выявление влияния идей нетрадиционной религиозности на студенческую молодежь, были опрошены 100 студентов Курского государственного медицинского университета. Большинство респондентов оказались верующими, относят себя к христианству (86%).

Результаты и обсуждения. На вопрос об отношении к нетрадиционным религиозным движениям половина опрошенных ответили «Нейтрально». Одно из самых известных таких движений оказалось «Свидетели Иеговы». Большинство участников исследования полагают, что пропаганда нетрадиционных религий несет лишь негативные последствия, а 71% респондентов считают, что подобные организации представляют угрозу. Большая часть опрошенных не знакомы с людьми, которые придерживаются нетрадиционных религиозных движений, что говорит о молчании относительно своих религиозных взглядов. Из полученных данных можно сделать вывод о

том, что студенческая молодежь в большинстве случаев придерживается традиционной религии, но видит реальную угрозу со стороны нетрадиционной. При этом не осуждает людей, которые не разделяют ее взгляды.

Методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

По результатам исследования наблюдается картина нейтрального отношения, как к самим нетрадиционным религиям, так и к их последователям.

Однако значительное количество составляют молодые люди, у которых нетрадиционные религиозные движения и их приверженцы вызывают негативные эмоции.

Большая часть респондентов считают, что результатом деятельности нетрадиционных религиозных движений являются лишь негативные последствия. Участники исследования полагают, что это является следствием предубежденности молодых людей относительно нетрадиционных религий; трудностей, связанных с содержанием данного явления; разграничение нетрадиционных конфессий и сект, в том числе тоталитарных.

Выводы. Для объективного понимания роли и места религии в сознании молодежи необходимо учесть тот факт, что определенная группа молодых людей отрицает существование Бога и не относит себя ни к какой из существующих религий. Атеизм достаточно распространен и является модным направлением среди молодого поколения, которое считает себя самодостаточным без участия религии.

Список литературы.

1. Малиновский, Б. Магия, наука и религия. М., 1998. 304 с.
- Рыжов Ю. В. Ignoto Deo: Новая религиозность в культуре и искусстве. М., 2006. 328 с.

РОЛЬ РЕЛИГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Бережная А.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.ист.н., доц. Чальцева Т.А.

Актуальность исследования состоит в том, что в сфере здравоохранения в современные дни вопросы онтологического начала сосуществования медицины и религии остаются без ответа. В многовековой истории, христианство испокон веков учило и учит нас тому, что человек создан по образу и подобию Божьему, а в частности и его физическая оболочка – тело, которое нуждается в более высокой заботе и отношении, поскольку принадлежит Богу. В силу стремительной глобализации и модернизации, которые касаются также здравоохранение в целом, встает вопрос: «Логично ли в высокоразвитом обществе онтологическое существование медицины и религии, и как следствие

религиозных влияний на профессиональную деятельность самого врача?» Данный вопрос рассмотрим с коннотации христианства.

В статье православного журнала «Фома» протоиерей Игорь Фомин приводит примеры великих людей, которые служили как больным людям, так и Господу Богу. Прославившимся во врачебных и православных деяниях является житие святого Луки Крымского (Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого). По его методике общий наркоз стал заменяться местным. Его учебник по гнойной хирургии является лучшим и в современной России. Будучи прекрасным художником, он лично рисовал все схемы и изображения для данного учебника. Жизнь Луки Симферопольского и Крымского была наполнена постоянным желанием помочь людям как физически, так и духовно. Врачеватель тела и души человеческой Святой Лука, хирург Войно – Ясенецкий, высказывался о себе как о «скальпеле в руках Божих». Тысячи людей получили исцеление через руки и молитвы Крымского священнослужителя. Он оставил после себя целую плеяду верующих профессионалов – врачей, проводящих операции с Господней молитвой. Еще один врачеватель человеческого тела и душ, о котором говорится в статье Фомина – Николай Иванович Пирогов. Великий врач и философ. Студенты аплодировали ему, когда он завершал лекции. Н.И. Пирогов филигранно владел скальпелем, творя им чудеса. Профессор был на пути успешного благополучия в медицинской деятельности, но так же заявлял, что в ней процветают эгоизм и тщеславие, приоритет открытия ценится выше самого открытия. Из-за сбережения коммерческих тайн исчезает доверие между врачами, которые губят больных, прикрываясь лживой статистикой. Проведя в общей сложности более 12000 операций, он испытал глубочайшее потрясение, убедившись, что они часто сравнимы по трагическим последствиям с тяжелыми ранениями, и их надо рассматривать как последний путь спасения. Для этого важно, чтобы в специалисте, хорошо умеющем производить разрезы, не погиб «внутренний человек», способный любить людей. А это качество воспитывается не наукой, а прежде всего верой. Пирогов прошел сложную дорогу жизни, но сколько пациентов и раненых спас этот верующий ученый, отказавшись от ненужных опасных ампутаций, уродующих человека, в пользу гипсования и сберегательной медицины [1].

Целью исследования является изучение роли религии и веры в современной медицине.

Материалы и методы: рассматривая эти уникальные и бесценные факты о житие святых – врачевателей, был проведен опрос в виде анкетирования студентов 2 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждения. Среди 100 опрошенных студентов 98 являются «крещеными» по православным канонам. В Бога верят 64 человека, 11 исповедуют другую религию, не верующими являются 25 человек. Так же выяснилось, что в семьях опрошенных есть место религиозным убеждениям. На вопрос совместимости врачевания и религии в современном мире положительно ответили 72 человека, 28 – отрицательно. 57 человек

утвердительно ответили о моральной помощи религии врачам при лечении, 43 студента спокойно обошлись бы без этого. Однако, 96 будущих врачей считают, что вера во Всевышнего поможет их пациентам справиться с болезнью. На вопрос о возможности заниматься врачебной деятельностью без веры 57 человек ответили положительно, 40 человек считают, что в такой тяжелой профессии моральная поддержка все-таки необходима, но ее можно извлечь не только из религии, а 3 человека считают, что врач обязательно должен быть верующим человеком.

Проанализировав и систематизировав полученные статистические данные можно говорить с уверенностью о том, что подавляющее число подрастающих профессионалов всё-таки придерживаются высокоморальных концепций христианства.

Факты, взятые из жития святых, опросы будущих врачей, не могут подвергаться сомнению и свидетельствуют только об одном – о необходимости совместного существования медицины и религии во благо физического и эмоционального здоровья человека. Иногда наука просто бессильна перед теми фатальными ситуациями, которые встречаются в профессиональной деятельности врача и жизни самого пациента. Так же, не нужно забывать о нравственном долге каждого из нас – нести высокоморальные концепты в общество как можно чаще, тем более в современный социум, когда все хочет к себе высоконравственного отношения, забывая о том, как мы относимся друг к другу [2].

Выводы. Таким образом, сталкиваясь с проблемами здоровья, современный человек, будучи православным христианином, призывает себя положиться на благостную волю Божию, осознавая, что смысл существования человека не ограничивается только земной жизнью. Церковь, обращая внимания на этические причины человеческих недугов, приветствует профессиональные усилия медиков, направленные на исцеление болезней, что подтверждает безусловную связь медицины и религии.

Список литературы.

1. Митрополит Минский и Слуцкий Филарет. Православие и медицина // Альфа и Омега. 2002. № 33.
2. Святые врачи URL: <https://foma.ru/svyatyie-vrachi.html> (дата обращения: 13.03.2019).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПОВЕДЕНИЯ РАС И ЭТНОСОВ

Бирюкова А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.ист.н., д.филос.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, чтобы преподаваемые студентам-медикам учебные курсы биологии, генетики, философии и психологии учитывали новейшие открытия и публикации относительно продолжения, а не окончания эволюции Человека разумного, и не повторяли бы без конца устаревшие выводы о полной одинаковости рас и народов Земли в генетическом и психологическом отношениях.

Целью исследования является изучение генетических предпосылок поведения рас и этноса для внедрения новых материалов в курсы преподаваемых студентам предметов.

Материалы и методы: методом достижения цели послужил анализ литературы, переведенной на русский язык. Дополнительным методом проверки выводов этой литературы стал социологический опрос студентов международного факультета КГМУ

Результаты и обсуждения. Как известно, региональные условия существования человеческого вида сформировали на излете антропогенеза основные расы человечества. Генетическая приспособленность, мутации и дрейф генов под воздействием естественного отбора создали множество генетических наборов в каждой популяции. Тем не менее, и мировая, и отечественная наука о человеке (начиная с биологии и генетики) до сих пор утверждали принципиальное равенство всех без исключения рас и подрас в вопросах интеллекта, эмоций и других общечеловеческих способностей. Считалось – и преподавалось все новым поколениям школьников и студентов, что физическая и психическая эволюция вида *Homo sapiens* завершилась на момент выхода людей из Африки около 50 000 лет тому назад. Отдельные попытки пересмотра данных постулатов и доказательства разницы, пусть даже статистически пренебрежимой, между расами и народами, подвергались резкому ostracism со стороны большинства в научном сообществе. Так поступили, например, с нобелевским лауреатом, соавтором открытия формулы ДНК Джеймсом Уотсоном, который на основании многолетних исследований заявил о неравенстве рас в интеллектуальном отношении, которое имеет генетический характер [1, 2, 3].

В своей новой книге «Неудобное наследство» известный англо-американский писатель – популяризатор науки Николас Уэйд попытался суммировать открытия ученых относительно источника генетических и поведенческих различий человеческих рас [4]. Опираясь на обширный генетический, археологический и исторический материал, он проанализировал различные научные учения, как например «евгенику»; попытался ответить на вопрос, – почему существуют различия в материальном достатке,

интеллектуальном потенциале, правовых нормах между представителями различных рас.

Вопросу интеллектуальных способностей человека, как результату генетических или социальных различий Николас Уэйд посвятил отдельные главы книги, которые дают новый материал для размышлений о том, почему отдельные регионы Земли живут гораздо богаче других; одни страны гарантируют права человека. А в других эти права испокон веков и до сих пор нарушают.

Близки ли одни и те же ценности (в нашем случае интеллектуальный рост и образование) представителям различных человеческих рас можно проверить на примерах обучения иностранных студентов в КГМУ.

С 1990 года обучение в КГМУ начали представители из Индии, Марокко и Сирии. С каждым годом количество студентов только росло. Например, в 2009 году их было 1170, а в 2017 – 2500. В 2017 году КГМУ учились студенты из 42-х стран, в процентном исчислении, это составило третью часть от всех студентов нашего вуза. Лидерами по количеству иностранных студентов, приехавших для обучения в наш вуз, стали граждане Индии, далее – Малайзии, Бразилии, Нигерии, Таиланда. Анализ контингента иностранных студентов за 2017 год, показал следующее. Всего обучалось 2466 студентов. Распределение общего количества студентов по континентам выявило лидирующую позицию стран Азии – 1786 человек, далее страны Южной Америки – 348 человек, страны Африки – 306, из стран Европы – 22. Меньше всего студентов обучалось из стран Северной Америки всего 4. Анализ количества студентов по странам БРИКС, подавляющее большинство обучалось из Индии – 669, из Бразилии в 2 раза меньше – 343. Если анализировать количество студентов из стран СНГ, то чаще всего к нам приезжали студенты из Узбекистана – 33 человека, из Украины – 17, из Таджикистана – 14. Из Азербайджана, Казахстана, Молдовы и Туркменистана к нам приехало менее 10 человек из каждой страны.

Выводы. Приведенные данные подтверждают гипотезу о том, что для повышения уровня благосостояние странам «третьего мира» необходимы в первую очередь усилия по повышению их «интеллектуального капитала». А не просто денежные и прочие материальные вложения, которые сами по себе не принесут желаемого эффекта из-за генетических предпосылок поведения соответствующих популяций нашей планеты. Только повышением уровня образованности среди этих народов можно постараться нивелировать «неудобное наследие» антропогенеза и дальнейшей эволюции в тех природных и социальных условиях, в каких эти страны и народы находятся.

Список литературы.

1. Уотсон Дж. Двойная спираль. Воспоминания об открытии структуры ДНК. М.: Мир, 1969. 152 с.
2. Уотсон Дж. ДНК. История Генетической революции. СПб.: Питер, 2019. 512 с.

3. Уотсон Дж. Избегайте занудства. Уроки жизни, прожитой в науке. М.: Астраль, 2010. 463 см.

4. Уэйд Н. Неудобное наследство. Гены, расы и история человечества. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 377 с.

ИНТЕЛЛЕКТ ПРОВИЗОРА И ЕГО РАЗМЕРЫ У СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Богатырев Н.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.ист.н., д. филос.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что работа провизора усложняется год от года и требует довольно высокого уровня интеллектуальных способностей. По экспоненте растет число лекарственных препаратов; все усложняются формы их отпуска; обостряется конкуренция аптечных сетей в борьбе за покупателей, а государство повышает планку соблюдения интересов пациентов по сравнению с чисто коммерческим успехом аптечных продаж.

Целью исследования является определения уровня IQ у студентов первого курса фармацевтического факультета.

Материалы и методы: проведение теоретического анализа научной литературы по проблеме, а также анкетирование на базе тестов Г. Айзенка, которые помогают определить интеллектуальное развитие человека.

За время проведения опроса среди студентов первого курса фармацевтического факультета, которым отводилось ровно 30 минут для выполнения теста, состоящего из 40 вопросов, выявлены следующие результаты:

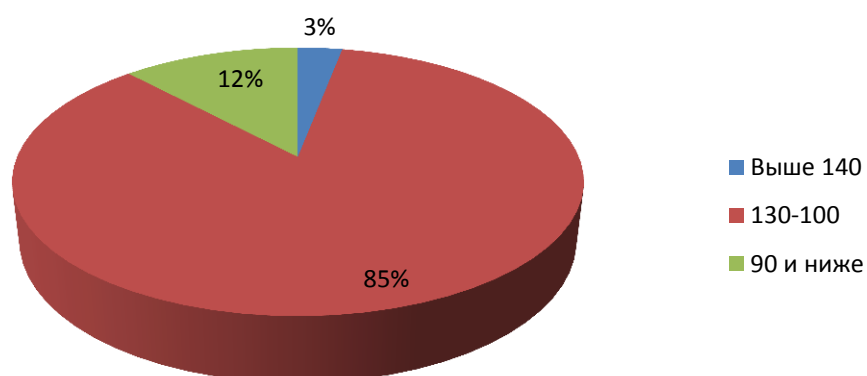


Рисунок 1. Уровень IQ у студентов фармацевтического факультета

Результаты и обсуждения. Психологи и нейрофизиологи согласны в том, что интеллект отражает умственные возможности человека, а также помогает

воспринимать, анализировать и использовать получаемую информацию для решения самых разных нетривиальных задач. Более строго определить интеллект затруднительно: сколько теоретиков, столько и определений, невесело шутят эксперты. Тем не менее, выработаны и успешно применяются как для школьного обучения, так и для профессионального отбора разные шкалы и методики измерения интеллекта отдельной личности.

Психологи обычно интеллект стараются связать с тестами интеллектуальности, созданные на основе типовых задач. По их мнению, тесты фиксируют уровень умственного потенциала, известного как коэффициент IQ. В наше время большую известность получил английский психолог Г. Айзенк, разработавший восемь различных тестов для отслеживания интеллекта. Вопросы сформулированы так, чтобы дать общую оценку интеллектуальным способностям тестируемого человека.

При изучении интеллекта психологами были разработаны различные методики. Прежде всего, это метод Д. Векслера, направленный на комплексные исследования, а также вычисления интеллектуального коэффициента IQ, и методика прогрессивных матриц Дж. Рейвена. Эффективность зарубежных тестов привела к тому, что отечественные психологи решили перенять чужие способы отслеживания интеллекта, начав применять их у нас в стране.

Существует теория о том, что интеллект в большей степени генетически детерминирован, и его уровень остается неизменным на протяжении всей жизни человека. Следует отметить, что данная теория основывается на доказательствах генетики: ряд хромосомных изменений, вызывающие тяжелую умственную отсталость. В результате исследования, я пришел к выводу, что интеллект человека во многом зависит от скорости умственного мышления. Данное качество у людей развито по-разному. Особенно важным оно является для людей, выбравших медицину. Прежде всего, медик всегда сталкивается с проблемами, которые должен уметь решить быстро и правильно, а также обладать: терпимостью, тактичностью, усидчивостью, богатым количеством знаний, умением работать в условиях повышенной нагрузки.

Известно, что у студентов с высоким уровнем интеллекта выше успеваемость в учебе, нежели у тех, кто имеет низкий IQ. Хочется отметить, человек всегда может повысить свой уровень мышления, если будет постоянно развиваться независимо от занимаемого статуса.

Выводы. Таким образом, по результатам табл.1 можно с уверенностью сказать, что студенты первого курса фармацевтического факультета обладают достаточным уровнем интеллекта для обретения специальности провизор. Лишь некоторые студенты, возможно, могут столкнуться с трудностями во время учебы, а потом на рабочих места в аптечной торговле.

Список литературы.

1. Адлер Г. Техника развития интеллекта. СПб.: Питер, 2001. 192с.
2. Айзенк Г. Классические IQ тесты: научно-популярная литература. М.:Эксмо, 2007. 191с.

3. Крамаренко В.Ю. Интеллект человека. Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1990. 182 с.

ФОЛЬКЛОР И ВОЙНА (СОБЫТИЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ В УСТНОМ НАРОДНОМ ТВОРЧЕСТВЕ)

Бондарева А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.ист.н., профессор Кравцова Е.С.

Актуальность исследования состоит в том, что Первая Мировая война является одним из самых широкомасштабных вооруженных конфликтов в истории человечества. События Первой Мировой войны существенно повлияли на развитие политической, социальной, а также экономической структуры государства и общества Российской империи [5].

Целью исследования является изменение устного народного творчества русского народа на протяжении войны.

Материалы и методы: в качестве теоретической базы для данного исследования были использованы книги и статьи отечественных авторов на данную тему.

Результаты и обсуждения. В годы Первой Мировой войны особую поддержку русской армии оказывал боевой настрой народа. Это проявлялось и в устном народном творчестве. В нем проявлялись идеалы и стремления народа, его чувства и переживания, протест против войны. Устное народное творчество, как зеркало отражало в себе традиции, культуру и быт русского народа [1].

В годы войны было написано множество стихов, песен и частушек. Авторы в своих работах рассказывали о силе и мужестве русских солдат. Они показывали, как тяжело было матерям отпускать своих сыновей на войну, рассказывали о том, что происходило в разгар войны, а также о том, как к войне относился народ.

О том, как провожали солдат на войну сочиняли множество частушек:

Полно, matka, горевать,
Мне солдат не миновать!
Бог поможет, может мне,
Отличиться на войне.

У зеленого вагончика
Стояла с дорогим,
Не военное бы времечко,
Уехала бы с ним [4, с.138].

В частушках рассказывали о том, как тяжело было солдатам прощаться с домом, с матерями, с женами и уходить на фронт. Но им было необходимо уходить на войну, на защиту своей Родины.

Много частушек написали о военных действиях, храбрости и стойкости солдат на войне:

Немцу ноченька не спится:
Казака очень боится,
Наш казак-то не дурак,
Знает ладить с немцем как!

Ты не трогай, немец, русских,
Ихних братьев и сестер,
Не даст русский их в обиду,
И тесак его остер.

Здесь народ показывал солдат героями, рассказывал, как они не боялись отдать свою жизнь, для защиты своих близких, для защиты своей Родины.

Мой-то милый на войне,
Служит в артиллерии.
Пришло от милого письмо –
Узнали все в деревне.

Ягодиночку убили,
Закрыли очи ясные,
Забыли прежние гуляночки,
Денечки красные.

Авторы частушек так же описывали не только героические поступки, но и множественные людские потери. Да, война уносила за собой много человеческих жизней. Тысячи солдат получали тяжелые ранения, многое были контужены. Со временем отношение народа к войне начало меняться. Сначала люди хотели справедливости, расправы над врагом. Этот патриотизм охватил все слои населения. Солдаты тоже хотели показать свое мужество и отвагу.

Генерал Брусилов бравый
Нас повел на немцев лавой,
Русский храбрый генерал
Его к Львову уже гнал [2, с. 227].

Собирай-котесь, ребята,
Кто к военной службе гож.
Зададим мы немцу перцу,
Пропадет он ни за грош [4, с. 140]!

К середине войны мнение поменялось, люди думали о войне уже как о смертельной опасности, так как были большие потери, было много раненных, солдаты осознали всю тяжесть войны.

У каждого дома осталась подруга,
Осталась молодая семья.
Зачем меня пуля так ранила рано?
Почему я лежу весь в крови?
Зачем санитары меня подобрали,
Зачем в лазарет повели?
Сестрица, сестрица, подай мне водички,
Подай мне холодной воды.
Сестрица, сестрица, давай лист бумаги,
Хочу я родным написать.
Родные получают письмо, прочитают,
Узнают, что ранен лежу.
Как вырастут дети, у матери спросят:
«А где же наш папа родной?»
А мать отвернется, слезами зальется:
«Убит на германской войне.
Убитый, убитый германским снарядом,
Зарыт на русской земле» [3, с. 227].

А под конец войны, уже уставшие солдаты, измученные войной, хотели, чтобы все закончилось, чтобы прекратилась война:

Ох, как эта-то война
До чего нас довела;
До чистого полюшка-
Хоть давился с горюшка [4, с. 139].

Выводы. Таким образом устное народное творчество существовало на всех этапах Первой Мировой войны, все это творчество показывало отношение русского народа к войне, мужество солдат, душевные переживания их близких, в нем отражено настроение, царившее в российском обществе в годы войны. Тем самым можно сказать что все эти песни и частушки сыграли огромную роль в ходе войны и даже повлияли на развитие ее событий.

Список литературы.

1. Аникин, В.П. Русское устное народное творчество / В.П. Аникин. – М., 2001. – 223 с.
2. Глинский, Б. Современная война в русской поэзии / сост. Б. Глинский. – Пг., 1915. – Вып. 2. – 242 с.

3. Городские песни, баллады, романсы [электронный ресурс] / А.В. Кулагина. – 1999. – URL: <https://www.litmir.me/br/?b=253358&p=17> (дата обращения 11.03.2019)
4. Селиванова, Ф.М. Частушки / сост., вступ. ст., подгот. Текстов и коммент. / Ф.М. Селиванова. – М., 1990. – С.138-140.
5. Уткин, А.И. Первая мировая война / А.И. Уткин. – М., 2000. – 198 с.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОГО ИСКУССТВА: «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ» ВЕРСИЯ

Бутырских Е.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность исследования состоит в изучении возможности учебного применения яркого материала по первобытному изобразительному искусству при подготовке будущих врачей, в особенности психиатров, неврологов и клинических психологов. Ведь археологи и искусствоведы позаимствовали из нейробиологии и клинической медицины многие аргументы и аналогии для объяснения самых древних образцов искусства, так что пришла пора «вернуть идейный долг» и обогатить подготовку медиков материалами из вроде бы далекой от их профессий сферы науки.

Целью исследования является сравнение и оценка предположения историков первобытности о связи пещерной живописи с аномалиями в работе головного мозга наших предков.

Материалы и методы: в качестве теоретической базы для данного исследования были использованы книги и статьи отечественных авторов на данную тему.

Результаты и обсуждения. Еще в середине XIX века археология подошла к признанию изобразительного творчества первого, древнего каменного века – палеолита благодаря Г. Кристи и Э. Ларте. В 1864 году они сделали значительное открытие произведений ископаемого искусства, обнаружив фрагменты бивня мамонта с гравированной фигурой «длинноволосого слона». Все последующие открытия памятников палеолитического искусства были сделаны позднее (среди них известные наскальные изображения в пещерах Франции и Испании – Альтамиры, Гаргаса, Шове, Ласко, Руффиньяк и других, вплоть до пещер российского Урала – Каповой, Игнatieвской, Бурановской и других. В связи с этим стало возникать много гипотез о происхождении искусства. Гипотезы «макарон», «руки» и «простого этапа», описанные и раскритикованные в работе А.Д. Столяра «Происхождение изобразительного искусства» [5], дают археологам по сути описание находок верхнего палеолита, что тоже немаловажно, но еще не объяснения того «эстетического взрыва», который произошел после освоения Европы кроманьонцами.

Но как же возникло образное мышление, которое в последствие привело к непосредственному рисованию? Чтобы материализовать способность к рисованию, необходима довольно высокая степень специализации полушарий головного мозга, но при условии их постоянного и тесного взаимодействия. Тогда возможно воспринимать реальность ярких образах и дискретизировать их при самом процессе рисования. Отчетливая доминанта правого полушария в таком случае резко повышает нагрузку на психику, довольно часто вызывая ее невротизация, по наблюдениям основоположника клинической нейрогенетики академика С.Н. Давиденкова [2] и других патофизиологов. Действительно, Н. Хамфри, Я.А. Шер, П. Спикинс, П.А. Куценков на разные лады предполагают, что психиатрические патологии были способны изменить мышление первобытного человека. Сторонники такой «психиатрической» версии в последнее время говорят о том, что умение фокусироваться на деталях и уникальная зрительная память, часто встречающиеся у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС), позволило возникнуть изобразительному искусству. Помимо этого можно выделить еще ряд признаков, по которым рисунки аутистов сходны с творчеством первобытных людей. К ним относятся доминирование анимализма, изображение животных в профиль, стремление к замкнутой форме, изображение только части животного (в некоторых случаях), передача перспективы перекрытием (ближняя к наблюдателю фигура закрывает часть более удаленной). Но, возможно, несмотря на особенности этого заболевания, первобытное общество принимало их и пыталось подражать им. Это может объяснить тот факт, что изображения «макарон», «руки» и те же изображения одинарной линией (в основном это изображения животных) возникли в одно время. Ведь на завершающей стадии палеолита разбросанное по Евразии человечество испытало сильнейшую угрозу в связи с максимальным похолоданием. Экстремальная жизнь в ледниковых условиях переключила естественный отбор с осмотрительных и уравновешенных персон на ярких и авантюристически настроенных личностей. Полихромные фрески на стенах страшных по условиям залегания карстовых пещер скорее всего представляют собой наследие такого рода лидеров [1,3,6]. Как известно психиатрам, шизофреники активно занимаются рисованием при обострении своей болезни, а после наступления ремиссии карандаши и кисти забрасывают.

Выводы. Недавняя расшифровка генома неандертальца группой С. Пэабо выявила, в частности, именно в результате его скрещивания к нашим далеким предкам, кроманьонцам, перешли участки генома, отвечающие за психиатрические расстройства и депрессию [4]. Возможно, это открытие поможет не только понять, как к современному человеку передались психиатрические расстройства, но и объяснит возникновение образного мышления, которое привело в дальнейшем к возникновению искусства.

Список литературы.

1. Бледнова Л.С. Вишняцкий Л.Б. и др. Первобытное искусство: проблема происхождения. Кемерово, 1998. 211 с.
2. Давиденков С.Н. Неврозы. Л.: Медгиз, 1963. 271 с.

3. Куценков П.А. Психология первобытного изобразительного искусства. М.: Прогресс-Традиция, 2007. 256 с.
4. Пэабо С. Неандерталец. В поисках утерянного генома. М.: Corpus, 2017. 416 с.
5. Столяр А.Д. Происхождение изобразительного искусства. М.: Искусство, 1985. 300
6. Шер Я.Д. Происхождение искусства как естественноисторический процесс // Историческое познание: традиции и новации. Материалы Международной теоретической конференции. Ижевск: изд-во Удмурдского ун-та, 1996. С. 19–36.

РОССИЯ НА ФОНЕ МИРА: ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Вахрамеева А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.ист.н., д.филос.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность состоит в том, что врачи и прочие медицинские работники, должны ясно представлять себе соотношение решенных и нерешенных задач в своей сфере, а также степень отставания нашей страны от десятков более цивилизованных государств мира по важнейшим показателям образа жизни людей.

Целью исследования является составление сводки такого рода данных, которые необходимо отразить в целом ряде учебных курсов на всех факультетах медицинского университета, прежде всего лечебном и фармацевтическом.

Идея создания интегрального показателя качества жизни людей появилась в конце XX века, и таким показателем стал индекс человеческого развития (ИЧР; HDI – Human Development Index). Его концептуальная структура принадлежит индийскому экономисту, лауреату Нобелевской премии по экономике Амартии Кумар Сену (Amartya Kumar Sen). В 1989 г. он представил процесс исторического развития не только как рост материального благосостояния человека, но и как расширение возможностей всего бытия людей в том или ином регионе Земли. Идею развил пакистанский экономист МахбубульХак (MahbubulHag) и в 1990 г. разработал ИЧР – альтернативный показатель общественного прогресса, противопоставляемый чисто экономическим оценкам. В 1990 г. ООН впервые опубликовала такой доклад – Отчет о развитии человечества, и с тех пор он выходит ежегодно [1].

ИЧР – интегральный показатель, который измеряет достижения страны по трем направлениям: здоровье (продолжительность жизни), образование и доход граждан. Они оцениваются путем расчета трех индексов: индекса ожидаемой продолжительности жизни, индекса образования и индекса

валового национального дохода на душу населения. Причем последний рассчитывается с учетом паритетной покупательской способности (ВНД по ППС). Среднее арифметическое этих трех индексов представляет собой совокупный показатель ИЧР [3].

Материалы и методы: в работе проведен анализ уровня индекса человеческого развития в разрезе его составляющих по трем странам: Норвегии как страны-лидера по этому показателю (ИЧР равен 0,953; 1 место в рейтинге), Центрально-африканской республики – страны-аутсайдера по уровню ИЧР (0,367; 189 место) и России – представителя стран с относительно, но не самым высоким индексом (0,816; 49 место из 189). Имеются как общемировые, так и специфически российские причины сравнительно низкой продолжительности жизни населения в РФ. Несомненна корреляция между уровнем медицинского обслуживания населения и уровнем ИЧР.

Результаты и обсуждения. Демографическая характеристика ИЧР Курской области за период с 2000 по 2017 г. находится на 19 месте из 85 субъектов Российской Федерации. Абсолютный размер ИЧР Курской области с 2000 по 2016 год вырос с 0,741 до 0,873. Эта динамика типична для провинции в европейской части страны, но может свидетельствовать о том, что решающий вклад в сравнительно высокий показатель ИЧР этого региона обусловлен его природно-климатическими, вообще географическими (в самом центре русской равнины на пути из столичного центра к южным окраинам государства) и демографическими (преимущественно великорусское население) условиями, а не эффективным менеджментом со стороны губернской администрации.

Минусом интегрального показателя ИЧР является его слитная структура – при повышении или понижении этого показателя той или иной страной остается неясным, за счет чего именно это произошло: то ли изменился доход граждан, то ли уровень образованности, например. Еще сложнее оценить динамику региональных ИЧР, поскольку входящие в этот индекс показатели могут сильно отличаться для центрального города и его районной периферии, а также за счет рабочей или иной миграции населения в нем [2]. Тем не менее, для уровня оказания именно медицинской помощи населению ИЧР сохраняет концептуальное значение, поскольку достаточно надежно фиксирует ее конечный результат на том или ином отрезке времени.

Выводы. Сравнение стран по структурным составляющим ИЧР, а именно по уровню дохода на душу населения, по уровню образования и продолжительности жизни, позволяет странам выявлять слабые места в экономической и социальной сферах, разрабатывать и внедрять на практике мероприятия по устранению недоработок и недостатков. Результаты анализа индекса продолжительности жизни, непосредственно связанного с уровнем здравоохранения в странах, могут быть использованы в качестве статистических материалов к лекциям и практическим работам для студентов медицинских учебных заведений.

Список литературы.

1. Бушуев В.В., Голубев В.С. и др. Человеческий капитал для социогуманитарного развития. М.: ИАЦ Энергия, 2008. 96 с.
2. Горбунова О.Н. Индекс человеческого развития: изменение методики. Индекс России в мире и среди стран постсоветского пространства // Социально-экономические явления и процессы. Тамбов, изд-во Тамбовского ун-та. 2012. № 11. С. 78–81.
3. HumanDevelopmentReport 2018 – Human Development for Everyone. Human Development Report United Nations Development Programme // http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf

РЕЧЬ И КУЛЬТУРА ОБЩЕНИЯ ВРАЧА: ОФИЦИАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ И «СЛЕНГ ДЛЯ ОРДИНАТОРСКОЙ»

Волкова А.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Чальцева Т.А.

Профессия врача – одна из самых сложных и ответственных. В ней важны коммуникативные умения, владение искусством корректного общения с коллегами, пациентами и их родственниками. Ещё в 19 веке известные психиатры утверждали, что нравственная сила убеждения является важнейшей частью лечебного процесса. Но и в современных условиях стремительного развития биологии и медицины эти качества не перестают быть актуальными. От уровня речевой культуры, умения врача владеть словом зависит профессиональная компетенция. По мнению российского лингвиста Н.И. Формановской, «врач – лингвоактивная профессия».

Актуальность исследования заключается в том, что исследование уровня речевой культуры врача дает возможность опираться на различные точки зрения сложившихся профессионалов в области медицины.

Материалы и методы: сравнение трех подходов к вопросу формирования профессионального общения медицинского работника с пациентом по данным отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и обсуждения. Автором первой концепции общения с пациентом – «активного слушания» – является российский психиатр М.П. Гринберг. Врачебную деятельность характеризует специфический вид коммуникации, основной целью которой является установление взаимопонимания между врачом и пациентом. В своей книге «Коммуникативная компетентность врача» автор пишет: «Активное слушание предполагает владение врача навыками коммуникативного самовыражения и действия, такими, как умение слушать и понять пациента, умение донести до пациента свое видение и намерения». Главная врачебная заповедь «не навреди»

должна распространяться не только на собственно лечебную, но и на языковую практику. Ведь врач в правильно выстроенном диалоге доносит информацию пациенту доступно, а больной понимает врача должным образом [1].

Вторая концепция формируется на основе теории американского врача Р. Ригельмана, который утверждает, что только взаимное доверие служит фундаментом отношений врача и больного. «По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. А для этого технически оснащённый врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным», – пишет он в своей книге «Как избежать врачебных ошибок». По мнению автора, сотрудничество доктора и пациента должно состоять из четырех главных компонентов: поддержки, внимания, уважения и сочувствия. Грамотное использование этих составляющих ведет к успеху в диалоге между врачом и пациентом.

Третья концепция основывается на мнении немецкого философа, военного врача Ф. Шиллера, утверждающего, что врач обязан быть образованным и высоконравственным человеком, который старается развиваться не только в медицинской области, но и в духовной сфере. Известно, какую огромную роль в качественном формировании личности играют поэзия, живопись, музыка, литература. Ф. Шиллер подчёркивает: «Просвещённый разум облагораживает нравственные чувства; голова должна воспитывать сердце». Мир искусства вызывает определённые волнения, сопереживания, тонкую восприимчивость к чужим страданиям, что очень ценно для медицинской профессии.

В медицинской практике не обойтись и без юмора. Ещё Аристотель утверждал: «Шутка есть ослабление напряжения». Общеизвестно высказывание английского врача XVII века Томаса Сидингема о том, что приезд в город хорошего клоуна полезней для здоровья, чем двадцать ослов, нагруженных лекарствами. Путешественник Тур Хейердал просил для своего экипажа «Ра» врача, который должен знать иностранный язык и обладать чувством юмора. Умные, добрые, деликатные шутки оказывают благотворное влияние на психику пациента, снимают состояние напряжения, страха и депрессии. Шведский философ XIX века Х. Бострем писал: «Весёлые люди быстрее выздоравливают, весёлые мысли хороши при всякой болезни». Однако надо чётко понимать, над кем и над чем можно смеяться, ведь неуместной шуткой можно оскорбить или унизить человека, стать причиной неприязни и даже враждебности. Академик Н.М. Амосов писал: «Бесят меня эти разговорчики и смешки в зале на утренней конференции, когда разбираются смерти. Каждая история – трагедия, а их что-то смешит» [2]. Пациенты клиник очень болезненно переносят ситуации, когда в палату на практические занятия входит группа студентов, не умеющих себя держать: шумят, хохочут. Для того, чтобы шутка была целебной, нужен немалый житейский и профессиональный опыт, а также совершенная культура общения.

Выводы. Древние философы утверждали: «Три орудия есть у врача: слово, растение и нож». Нетрудно догадаться, почему первым названо слово. В

медицинской практике оно служит не только средством общения, но и мощным лечебным фактором. При умелом использовании слово врача способно повысить жизненный тонус больного, облегчить страдания, внушить уверенность в благоприятном исходе болезни.

Список литературы.

1. Вагнер Е.А., Росновский А.А. О самовоспитании врача. / Е.А. Вагнер, А.А. Росновский– Пермь: Пермское книжное издательство, 1976 – 157 с.
2. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок / Р. Ригельман. – Пер, с англ. – М.: Практика, 1994 – 208 с.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ОБЫДЕННОЙ МЕДИЦИНСКИХ КУЛЬТУР

Гапонов Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педагогики

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Степашов Н.С.

Актуальность исследования заключается в том, что медицинская культура – термин, применяется в различных позитивных и негативных проявлениях, обеспечивает сохранность здоровья и улучшение качества жизни, изменяя в том числе и объекты окружающей среды в ходе целенаправленной деятельности человека. В этот вид культуры входят различные медико-социальные ценности, достижения научной сферы, оказывающие влияние на повседневную жизнь человека, обеспечивающие её улучшение, но и нередко воздействующие отрицательно. Данный вид культуры производит биомедицинские, естественно-научные и многие другие знания. Она способна произвести своё собственное представление о здоровье и повседневной жизни человека во всех её проявлениях. Черпая знания из самых различных источников на протяжении всего своего существования, медицинская культура создаёт множество подходов, охраняющих здоровье человека, вошедших в традицию и непрерывно видоизменяющихся. В профессиональной медицинской среде непрерывно развивается профессиональная медицинская культура. Она создаёт самые разнообразные практические и теоретические методы врачевания и охраны жизни людей, способствует развитию медицинской науки, непрерывно открывая новые подходы к профилактике и диагностике заболеваний.

Целью исследования является сравнение и анализ взаимодействия профессиональной и обыденной медицинских культур.

Материалы и методы: в качестве теоретической базы для данного исследования были использованы книги и статьи отечественных авторов на данную тему.

Результаты и обсуждения. Будучи системой открытой и, несомненно, сложно организованной, она способствует укреплению в обществе тенденций к получению профессиональных знаний в медицинской отрасли, а также к установлению высокоорганизованной медицинской структуры. Эта тенденция предусматривает развитие медицинского образования, создание специальных органов, открытие медицинских учреждений, предоставление страховки каждому гражданину, открытие научно-экспериментальных лабораторий. Профессиональная медицинская культура находит себя в массовом, общечеловеческом проявлении – открываются Всемирные медицинские организации, а также в индивидуальном, формируя у каждого специалиста медицинской отрасли строго определённое отношение к здоровью пациента. На сегодняшний день установилась парадигма доказательной медицины в сфере профессиональной медицинской культуры. Это произошло ввиду необходимости минимизировать профессиональные заблуждения медицинских сотрудников и сформировать у общества доверительное отношение к медицинскому персоналу. Каждый пришедший на приём рассматривается как индивидуальность, со стороны психоэмоциональных проявлений, но и со стороны своей собственной уникальной анатомической организации. В любом отдельно взятом случае происходит своя неповторимая ситуация, которую и рассматривает специалист с точки зрения её уникальности. Врач анализирует каждого пациента как индивидуальность и делает выбор из существующих лечебно-диагностических методов, средств, технологий, в пользу наиболее подходящих в данном конкретном случае, анализируя при этом их доступность и пользу для здоровья пациента. В профессиональной медицине используется полная диагностика, что помогает выявить все возможные сопутствующие основному заболеванию осложнения. Основным недостатком этого вида медицинской культуры является меньшая его доступность по сравнению с обыденной медициной. Однако он куда более привлекателен и врачу следует прибегать именно к нему.

Базируясь на повседневной жизни человека и народного опыта, выделяется обыденная медицинская культура. Для формирования её методов используются различные вненаучные знания из областей традиционной, народной медицины, сформированные в обществе религиозные убеждения и языческие предрассудки. Основываясь на собственных субъективных ощущениях, люди веками формировали представление о том, как протекают различные заболевания, подбирая лекарственные рецепты. О причинах возникновения заболеваний устанавливались самые разнообразные мистические объяснения, которые, несмотря на доказательность и объективность профессиональной медицины, не могут искорениться из представления некоторых людей до сих пор. Полученные обыденной медициной знания стали основой для развития современной медицинской науки, но, несомненно, стали рудиментарными и их использование целесообразно лишь в определённых случаях.

Опираясь на принципы обыденной медицинской культуры, врач усваивает нормы отношения к больному, ухода и заботы о нем. В современной

обыденной медицинской культуре сохраняется преобладание таких моральных и социальных норм, как милосердие, сострадание и забота о больных, создание благоприятных условий для сохранения и восстановления здоровья человека. Этот вид медицинской культуры используется в основном знахарями, народными целителями. В отдалённых от стационара местах, в случаях несерьёзного заболевания, в целях профилактики этот вид медицинской культуры практически незаменим. Он не требует использования диагностических приборов, сдачи анализов, хирургического вмешательства. Нередко он куда более доступен, многие лекарства разработаны на основе несинтетически полученных лекарственных средств, например, трав, плодов деревьев, ягод. А низкий порог переносимости и редкие аллергические реакции позволяют использовать его методы для лечения детей. Именно поэтому для многих людей он становится более привлекательным, чем профессиональный. Но есть в нём и ряд негативных моментов. Принятое за несущественное, заболевание может иметь ряд осложнений, которые никак не могут быть выявлены без полного медицинского обследования. А привлекательность обыденной медицины для простых людей может привести к росту недоверия к медицине профессиональной.

Современному врачу наиболее целесообразно использовать внеучные знания только после полного осмотра и диагностического анализа, для исключения возможных неблагоприятных побочных влияний от использования синтетически полученных лекарственных средств.

Следует обратить внимание на взаимодействие профессиональной и обыденной медицинских культур. Столкновение медицины народной и профессиональной – это проблема, которая преследует медицинского работника со дня становления этой древней профессии. Нередко на прием приходят пациенты, уже рассмотревшие проблему со стороны обыденной медицины и уверенные, что знают свой диагноз и методы лечения к нему, убеждённые в собственной правоте. Несомненно, несмотря на все плюсы, нельзя поддаваться слепой вере в безальтернативность её методов и всегда учитывать все варианты, выбирая более эффективный. Недоверие к профессиональной медицине также подкрепляет сложившийся стереотип о низком качестве медицинского образования в стране. Поэтому существенно вырос уровень скептицизма к предложенным врачом методам лечения и диагностики заболеваний. Специфика многих заболеваний как раз говорит в пользу приоритетности профессиональной медицины, потому что одной лишь профилактики и травной настойки может оказаться недостаточно, чтобы побороть все симптомы и причины развития заболевания. И тут здоровье пациента может оказаться под угрозой.

Выводы. Используя различные варианты сочетания этих видов культуры, врач может более комплексно взглянуть на проблему и подобрать наиболее подходящий для конкретного пациента подход. Так, забота о пациенте со стороны обыденной медицины позволит установить более доверительные отношения с пациентом, а проверенные временем традиционные способы врачевания нельзя списывать со счетов. Но, разумеется, профессиональная

медицинская культура куда более предпочтительна в использовании и основной задачей врача как профессионала является изменение отношения к ней пациента. Врач должен донести мысль о том, что использование методов лишь обыденной медицины может привести к неблагоприятным последствиям, вплоть до угрозы жизни пациента. И также учитывая как можно больший спектр возможностей врачевания, подобрать наиболее подходящий и эффективный в данной конкретной ситуации с данным пациентом.

Список литературы.

1. Жарова М.Н. Человек врачующий: целитель – врачеватель-врач // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2010. № 1 (32): в 2-х ч. Ч. 2. – С. 39-43.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИКИ ПУБЕРТАТА

Горкавчук В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н, доц. Пыжова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что человек на протяжении онтогенеза претерпевает изменения как соматические, так и психологические. Будучи существом биосоциальным, человек в своем индивидуальном развитии зависит не только от биологических детерминант, но и от социальной среды. Каждый период онтогенеза обладает своими особенностями, особенно интересным для медицины и психологии является подростковый возраст. Приходится этот период, как правило, на возраст с 13 до 16 лет (у мальчиков) и с 12 до 15 (у девочек). Характеризуется он, в первую очередь, развитием половой системы и вторичных половых признаков, что говорит о готовности организма к осуществлению репродуктивной функции.

Кроме изменений физиологических, происходят изменения и психические. Подросток переходит от этапа детства к юношеству, знакомясь со множеством социальных ролей. Буквально, ребенок взрослеет в глазах общества. Психосоциальных факторов в этом случае множество, как семья ребенка, так и коллективы, в которых подросток находится. В таких средах существуют установки как поощрительного, так и запрещающего типа, влияющие на развитие ребенка в обществе. Стоит заметить, что примерно до 13-летнего возраста практически вся активность ребенка тратится на учебную деятельность, и общение происходит между сверстниками как с партнерами по этой (учебно-игровой) деятельности. Теперь же, в периоде полового созревания, меняется отношение к окружающим [1]. Сверстники и иные лица теперь не просто одноклассники и партнеры по игре, а участники становления личности ребенка. Еще Зигмундом Фрейдом не раз подчеркивалось, что на всём

этапе становления психики человека основным модулятором является цель осуществления репродуктивной функции, то есть, реализации половой жизни [2].

Целью исследования является определение тенденции в формировании отношения подростка к проявлениям полового влечения, мы провели исследование в форме тестирования учащихся двух параллельных школьных классов, ученикам которых в среднем по 13 лет (всего 27 человек). Данный возраст некоторыми авторами выделяется как терминальный между вторым детством и пубертатом.

Материалы и методы: первый этап состоял из 10 тестовых вопросов. На втором этапе все той же группе было предложено пройти тест Роршаха: проанализировать два пятна – второе и шестое, так как эти картинки теста принимаются как сексуальная карта.

Результаты и обсуждения. Большинство опрошенных подростков (более 70%) утверждают, что имеют широкий круг общения, представленный лицами одного с ними пола. Респонденты отметили, что испытывали чувство симпатии к человеку (более 70%), при этом более 50% утверждают, что при этом испытывают преимущественно позитивные или смежные чувства. Стоит отметить, что основными качествами, привлекающими респондентов в человеке – субъекте их симпатии – являются красота, доброта, ум (то есть, по большей части, популярные, даже тривиальные, примеры человеческих положительных качеств). В то же время 37% респондентов, утверждают, что получают ответы на вопросы о явлениях любви и симпатии от родителей, 29% опрошенных ни с кем бесед по данному вопросу не ведут. По результатам теста Роршаха было выявлено отсутствие сосредоточенности респондентов на сексуальном подтексте пятен теста. Например, большинством респондентов пятна определялись как модели животных или шкур животных, что говорит об их определенной замкнутости в вопросе межличностных отношений (70% опрошенных). В то же время 20% респондентов определили фантазмагорические образы и инфантильные ощущения. И только 10% респондентов определили образы, характеризующие осознанное восприятие ими сексуального подтекста.

Выводы. Основываясь на результатах исследования, мы можем сделать предварительный вывод о том, что более 80% подростков не в полной мере понимают саму проблему симпатии и влечения и не воспринимают данные явления. Правильно будет предположить, что данной проблемы перед ними, как таковой, и не стоит. В первую очередь, здесь свою роль играет возраст: не полностью вошедшие в период пубертата, подростки ещё не чувствуют тех изменений, которые их ждут в данном возрасте. Нам же остается определить те психологические установки, что более распространены среди подростков данной возрастной группы.

Список литературы.

1. Девярых С.Ю. Динамика сексуальной активности и показателей ее интенсивности в связи с возрастом полового созревания // Охрана детства и материнства. 2008. № 1-11. С. 21–26.

2. Стетюха М.П. Обоснованность социальной регуляции сексуального поведения в работах Фрейда // Социально-гуманитарный вестник юга России. 2011. № 11 (19). С. 192–201.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ ИНТЕЛЛЕКТА

Гуреева А. В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.ист.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что долгое время считалось, что уровень интеллекта (IQ) генетически детерминирован, и его можно изменить условиями окружающей среды лишь на 20 процентов. Но современные исследователи утверждают, что мы недооценивали влияние внешних факторов, в особенности влияние условий социального окружения на развитие IQ. Социальная среда многогранна, и все критерии и результаты ее воздействия сложно отследить на протяжении всей жизни человека. Генетический аспект развития интеллекта однозначен в своем влиянии и не имеет такого огромного количества индивидуальных различий относительно одной единицы гена, как факторы социума. Но с развитием гуманитарных наук и новых технологий все большее внимание уделяется результатам и процессу воздействия социальной среды на человека.

Интеллект не имеет однозначного определения: одни ученые этим понятием определяли способность человека решать жизненные задачи, другие понимали под ним общие умственные способности, третьи предавали значение общей способности человека разумно и рационально действовать [1,2].

Большинство специалистов сегодня принимают определение, предложенное Джоном Кэрроллом: интеллект это общая когнитивная способность, проявляющаяся в умении рассуждать, решать вербальные, математические и пространственные задачи, быстро обучаться и усваивать большое количество знаний [3].

В настоящее время интеллект подразделяют на виды, так как однозначного определения интеллекта не существует, то и классификаций в зависимости от того, что понимают под этим понятием, создано огромное количество [5]. В этом исследовании изучались уровни: вербального, логико-математического, творческого, статокинетического, социального и эмоционального интеллектов, из самых распространенных и известных теорий.

Целью исследования является попытка отследить влияние основных факторов социальной среды в жизни человека на уровень развития интеллекта.

Так как основное формирование интеллектуальных способностей происходит в детском, подростковом и юношеском периодах, исследовался уровень влияние факторов, которые имеют наибольшее влияние в указанные периоды жизни [4]. Изучались взаимосвязи между IQ и степенью выраженности таких качественных критериев социума, как семья, школа, хобби и друзья,

Материалы и методы: исследование проводилось путем онлайн анкетирования среди студентов лечебного факультета второго курса КГМУ. Для создания анкеты использовались методики Г.Ю. Айзенка, определяющие уровень вербального и логико-математического развития мышления, Дж.Стайн – уровень творческого и статокинетического IQ, Дж.Гилфорда для определения показателей социального интеллекта, и Д.В. Люсина уровень эмоционального интеллекта(EQ). У 27 студентов были определены уровни интеллекта: вербального, логико-математического, статокинетического, творческого, социального и эмоционального интеллектов. Статистическую обработку данных осуществляли при помощи STATISTICA 6.0 для Windows (StatSoftInc, USA), а также Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждения. Проведенный с помощью метода ранговой корреляции r-Спирмена корреляционный анализ показателей уровня интеллекта и степени влияния факторов социальной среды дал следующие результаты. На уровне тенденции к связи ($p\text{-level} < 0,1$) и на уровне статистической значимости ($p\text{-level} < 0,05$) были обнаружены положительные и средне выраженные корреляции между шкалами «Уровень вербального интеллекта» и «Влияние школы на вербальный интеллект» ($r=0,589$), «Уровень социального интеллекта» и «Влияние школы на социальный интеллект» ($r=0,517$), «Уровень статокинетического интеллекта» и «Влияние школы на статокинетический интеллект» ($r=0,502$). Эти показатели указывают на значительное влияние обязательного образования, на развитие некоторых видов IQ. Также были выявлены слабые прямые корреляции между уровнем числового интеллекта и степенью выраженности влияния факторов: хобби ($r=0,499$) и друзьями ($r=0,458$), что может быть обусловлено формированием связи между успехами, собственной самооценкой и желанием заниматься этим хобби дальше, и психологической поддержкой друзей, которые своим примером подвигают дальше развивать свои способности. Кроме того, были выявлены такие же корреляционные связи между шкалой «Уровень статокинетического интеллекта» и степенью влияния семьи на этот интеллект ($r=0,484$), это может быть обусловлено генетической детерминированностью физического развития.

Выводы. Таким образом, данные факторы социальной среды оказывают умеренно значимое влияние на уровень развития различных качеств интеллекта. Степень влияния факторов этой среды может быть использована для многостороннего развития личности.

Список литературы.

1. Карпенко Л.А. и др. Краткий психологический словарь. Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 1998. 379 с.

2. Линн Р. Интеллект и экономическое развитие // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2008. № 2. С. 89–108.
3. Нисбет Р. Что такое интеллект и как его развивать. Роль образования и традиций. М.: Альпина Паблишер, 2015. 364 с.
4. Ревская Н.Е. Психология менеджмента: Конспект лекций. СПб.: Альфа, 2001. 240 с.
5. Степанов И.С. Психологические факторы становления эмоционального интеллекта // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2012. № 11. С. 205–217.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОГО И ДОНОРСКОГО СЕРДЦА

Джару А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доц. Пыжова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что с развитием медицинских технологий возможность имплантации механического сердца может поспособствовать решению некоторых этико-правовых проблем, возникающих при пересадке донорского сердца.

Целью исследования является рассмотреть этико-правовые вопросы, связанные с пересадкой донорского и механического сердца, опросить и определить отношение людей к данным видам трансплантации.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили учебные пособия и книги, статьи отечественных и иностранных журналов, результаты анкетирования. Методы эмпирического уровня: анкетирование, сравнение; теоретического уровня: анализ, синтез, изучение и обобщение. Согласно результатам и обсуждениям большинство за развитие медицинских технологий и внедрения в медицинскую практику механического сердца.

Результаты и обсуждения. Первая пересадка сердца была произведена Кристианом Барнардом в 1967 году. Он смог доказать смерть головного мозга, что поспособствовало развитию с 1969 года в мировой медицине интенсивных исследований проблемы смерти мозга [2,5]. В настоящее время в России выполнено около 2000 трансплантаций сердца, всего в мире ежегодно выполняется около 4000 трансплантаций сердца.

Несмотря на то, что пересадка донорского сердца в современной медицинской практике дело хорошо изученное, часть этико-правовых вопросов остаются актуальными для общества до сих пор. Во-первых, вопрос об установлении смерти человека и получение донорского органа.

В материалах работы специальной комиссии Гарвардского медицинского факультета был обоснован с юридической и клинической стороны диагноз «смерть мозга» [5]. Для открытия различных критериев определения смерти

прибегали к рассмотрению биофилософского контекста двух слов: «необратимость» и «постоянство», поскольку ранее считали основным показателем биологической смерти прекращение дыхания и кровообращения. С появлением аппарата ИВЛ стало возможным поддерживать и восстанавливать функции кровообращения и дыхания на время его подключения, поэтому «необратимость» прекращения работы мозга стала ключом к тому, чтобы считать пациента мертвым. Только после отключения аппарата ИВЛ мы сможем наблюдать «постоянство» прекращения кровообращения и дыхания. Данные критерии являются достаточными для определения биологической смерти [9,11]. Во-вторых, возможные изменения в жизни реципиента после пересадки донорского сердца.

Исследование привычек и характеров пациентов с «новым» сердцем на западе достаточно распространенное явление в медицинской среде. Так, люди, перенесшие пересадку сердца, имеют возможность узнать «своего» донора и познакомиться с его семьей, что является преимуществом для общественного обсуждения данного вопроса. Наши трансплантологи настроены более материалистично, утверждая, что убедительных данных для ответа на этот вопрос нет. Они отмечают, что действительно жизнь с новым сердцем меняется, но только из-за отношения к ней самого пациента. Так же в России скрываются данные о том, кто является донором органа, что тормозит обсуждение и решение данного вопроса [1].

Вследствие нехватки донорских органов, относительно недавно начали успешно пересаживать механические сердца людям. Данный вид трансплантации может расширить масштабы терапии, привести технологическую альтернативу, решить ряд проблем, обозначенных ранее. Однако остается нерешенным вопрос изменения привычек личности и ее психологического состояния после имплантации механического сердца. Например, механическое сердце достаточно шумное, это мешает как его обладателю, так и окружающим, провоцируя их на разного рода комментарии. Все внимание пациента приковывается к работе имплантата, сопровождаясь, например, боязнью его поломки. Возникает проблема, заключающаяся не только в жизни с механическим сердцем, но и в умирании с ним [9].

Был проведен опрос методом анкетирования на базе Курского государственного медицинского университета. В опросе участвовало 100 человек, согласно которому были выявлены следующие данные: 85,9% будущих медиков за пересадку донорского сердца, 6,1% – не задумывались над этим вопросом, остальные 8,1% против пересадки. Большинство опрошенных (56,6%) считают, что после пересадки донорского сердца не могут измениться привычки и личностные качества пациента, а 58,6% опрошенных знают о возможности имплантации механического сердца, при этом половина (50,5%) считают, что при имплантации механического сердца возможно изменение черт характера и отношения к жизни. В свою очередь, 46,5% респондентов ответили, что пересадка механического сердца решит частично эτικο-правовые проблемы, связанные с трансплантацией донорского сердца, а 76,8% –

утверждают, что после имплантации механического сердца пациенты нуждаются в психологической помощи.

Выводы. Появление и имплантация механического сердца лишь частично решают вопросы трансплантации сердца. Люди после данной операции нуждаются в психологической поддержке не только после трансплантации, но и в последующих периодах их жизни. В настоящее время механическое сердце довольно часто используется как временный механизм, обеспечивающий жизнедеятельность организма реципиента в ожидании донорского сердца. Возможность в скором времени имплантации механического сердца на постоянной основе может определить ряд новых этических проблем в современном обществе. Одна из них – проблема бессмертия.

Список литературы.

1. Анисимов А.С. Готье: Пересаженное сердце должно чувствовать себя «как дома» // РИА новости. 2011. 21 янв. URL: <https://ria.ru/20110121/324542176.html> (Дата обращения: 04.03.2019).
2. Белов Ю.В., Лысенко А.В. Трансплантация сердца // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2017. № 10(1). С. 4–10.
3. Иванюшкин А.Я., Юдин Б.Г., Попова О.В., Резник О.Н. Первая клиническая пересадка сердца в истории отечественной и зарубежной медицины // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2017. № 3. С. 104–115.
4. Хвастунова Ю.В., Философия сердца (медицинский аспект) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://e-lib.gasu.ru/konf/biodiversity/2008/2/54.pdf>, свободный. – (дата обращения: 04.03.2019).
5. Marsia S. Heart transplantation after the circulatory death; The ethical dilemma / S. Marsia, A. Khan, M. Khan, S. Ahmed, J. Hayat, A.M.K. Minhas, S. Mirza, N. Asmi, J. Constantin // Indian Heart Journal 70. 2018.P. 442-445.

АБОРТ В XXI ВЕКЕ: PRO ET CONTRA

Дмитриева Ю.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что с начала XX века вопрос о легализации абортов превратился в один из самых обсуждаемых. Он остается поводом для дискуссий специалистов, заседаний парламентов, споров ученых. С появлением аппаратов УЗИ, которые позволили наблюдать за развитием эмбриона, эта проблема получила новый импульс к обсуждению [3]. Такое неоднозначное отношение к данной процедуре объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне

нравственного, юридического, социально-политического, религиозного, научного сознания. С одной стороны, аборт – это сугубо личная, интимная проблема, которая кроме женщины, никого не касается. С другой стороны, аборт – это сложнейшая морально-этическая проблема, так как речь идет о жизни и смерти будущего ребенка. А после обращения в женскую консультацию, этический смысл проблемы усложняется вовлечением в нее третьего лица – врача, и если он делает аборт, то становится соучастником убийства [1].

Целью исследования является изучение вопроса регулирования рождаемости, поскольку аборты могут стать серьезной угрозой численности человечества. Следствием их увеличения является снижение рождаемости, что порождает демографический кризис [2].

Теоритические основания нашей работы подкреплены данными социологического исследования, в котором приняли участие сотрудники Ливенского завода малых гидротурбин (Орловская обл., г. Ливны) и студенты 3 курса стоматологического факультета КГМУ. Общее число опрошенных 50 человек: 31 женщина и 19 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет.

Дискуссия о моральной допустимости абортов затрагивает вопросы деонтологии – о праве эмбриона на жизнь. Учеными ведётся работа над выработкой критериев, которые помогут определить статус человеческого плода. На данный момент нет чёткого, общепринятого критерия, по которому можно однозначно сказать, является ли эмбрион человеком. Анкетирование же выявило, что преобладающим в обществе остается мнение, что эмбрион это еще не человек. Так считают 64% опрошенных.

Во всём мире сохраняется противоречивое отношение к абортам. Общество разделилось на три группы: 1) те, которые считают, что эмбрион не обладает сознанием, следовательно, его нельзя признать самостоятельным человеческим существом. Отсюда следует, что женщина имеет право совершить аборт на любом сроке беременности по собственному желанию. Это сторонники либерального подхода; 2) те, которые отрицают право на аборт, так как считают, что «человек становится человеком» с момента зачатия. Такую же позицию занимает и христианская церковь; 3) и те, которые признают моральный статус эмбриона на определённой стадии развития [2]. Разносторонность подтверждается и данными анкетирования. Большинство опрошенных являются сторонниками умеренного подхода (допускают аборт по медицинским показаниям) – 32%, сторонников консервативного подхода (полностью отвергавших процедуру абортов) – 30%, либерального (считая, что в жизни всякое бывает) – 24%, 14% – затруднились ответить.

Анализируя разные точки зрения, становится ясно, что полностью запрещать аборты нельзя. Так, полный запрет абортов в Польше в 2016г. вызвал забастовку женщин всей страны. «Черный понедельник» – такая акция прошла во всех городах Польши. Женщины надели всё чёрное, не вышли на работу, пропустили занятия в университетах и отказывались выполнять свои домашние обязательства. Общий смысл большинства лозунгов гласил: «Мое тело – мое дело». Большинство женщин Польши уверены, что запрет абортов – это

нарушение прав женщины, а, следовательно, нарушение гражданских свобод. Согласно данным опроса, 70% респондентов не поддержали попытку запретить аборт.

Выводы. При выявлении случаев допустимости аборт выяснилось, что и женщины и мужчины большинством голосов допускают только два случая прерывания беременности – это угроза жизни и здоровью матери (52%) и патология развития плода (52%). На вопрос «Является ли аборт убийством?» 52% человека ответили положительно. Таким образом, общество признает аборт злом. В многообразии споров по проблеме аборт важно искать практические пути решения этой проблемы. Так, 86% респондентов считают, что избежать нежелательной беременности возможно путем разумного подхода к планированию семьи. Современная медицина предлагает также следующие способы: половое воспитание юношей и девушек, использование мер контрацепции, воспитание у населения нового, ответственного отношения к любви, сексу, деторождению и браку [2].

Список литературы.

1. Антипова Н.Д. Аборт как этическая проблема: дис. ...канд.филос.н.: 09.00.05: утв. 27.10.2005. М., 2005. 120 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/abort-kak-eticheskaya-problema>, свободный – (дата обращения: 03.12.2018).
2. Саввина О.В. Деторождение: от прежних табу до технологии улучшения человека. Прошлое, настоящее и будущее медицинских вмешательств в репродукцию человека М.: Ленанд, 2018. 200 с.
3. Саввина О.В. Развитие пренатальной диагностики в середине XX века: научное издание // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 4. С.62-64.
4. Щеглов. К. Кто выступит в защиту жизни? Россия запрещает рекламу аборт, но отвергает радикальные методы борьбы с ними // Медицинская газета. 2014. № 24. С. 7 – 8.

КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ БИЗНЕСЕ

Добромиров И.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

**Научные руководители – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.,
д.фарм.н., профессор Раздорская И.М.**

Актуальность исследования. В связи с ростом розничной торговли в XX веке, развитием рыночных отношений и бизнеса, появилась потребность в корпоративной культуре. Она нужна прежде всего для обособления компании на фоне конкурентов. Ядром корпоративной культуры в сегодняшней России

являются профессиональные стандарты, которые стремятся практически в полной мере отразить ее.

Целью исследования является сравнение профессиональных стандартов по оказанию аптечных услуг населению и компиляция их лучших параграфов в наиболее «успешный» гипотетически профессиональный стандарт.

Материалы и методы: материалами послужили различные ресурсы сети интернет, литературные источники, профессиональные стандарты различных фармацевтических учреждений. Методы исследования: сбор и компиляция данных, сравнение, контент-анализ, сравнительный анализ.

Результаты и обсуждения. Результат исследования представляет собой выборку параграфов профессиональных стандартов, наиболее полно соответствующих критериям, их компиляцию в единое целое.

Корпоративная культура это совокупность ценностей, установок и моделей поведения, приобретённых компанией в процессе приспособления к внутренней интеграции и внешней среде, которые показывают высокую продуктивность и положительно воспринимаются большей частью сотрудников компании. Становление корпоративной культуры нелёгкая задача, но результат полностью оправдывает принятые меры [3].

Корпоративная культура включает в себя различные элементы, которые в фармацевтическом бизнесе могут быть очень разнообразны. Несмотря на то, что все аптеки чем-то похожи, они одновременно и отличаются друг от друга. Корпоративная культура, служит, своего рода, фильтром, показывающим принадлежность тех или иных уникальных черт организации, задача которых, сплотить коллектив, заставить работать сотрудников на максимуме своих возможностей и помочь посетителям идентифицировать любимую аптеку, понравившийся тип обслуживания, и впредь посещать её снова. Различают внешние и внутренние элементы корпоративной культуры. Задача внешних элементов подчеркнуть уникальность архитектуры здания, униформы сотрудников, постараться сделать информацию для клиента как можно доступней. Так же, они должны положительно восприниматься клиентом, иными словами «радовать глаз». Внутренние элементы не менее важны, чем внешние, ведь именно от работы сотрудника зависит то, вернётся ли клиент в знакомую аптеку. Они наиболее полно отражаются в профессиональном стандарте [5, 6].

В профессиональном стандарте заключаются такие важные компоненты корпоративной культуры как: дресс-код, коммуникационная система и этика общения с посетителем, сотрудниками и коллегами, профессиональные модели поведения в повторяющихся ситуациях, порядок действий, благодаря которым, происходит стандартизация обслуживания, повышение качества работы персонала, постановка норм, влияние на ценности сотрудников. В какой-то степени, профессиональные стандарты помогают в адаптации новых сотрудников [1, 4].

Используя материалы статьи, были взяты четыре блока проблем, решением которых, согласно статье, является разработка и написание профессиональных стандартов. Используя различные ресурсы сети интернет, и

литературные источники, были собраны и проанализированы профессиональные стандарты. Критериями, по которым происходила их оценка в этом исследовании, являются четыре блока проблем представленных в статье, так как именно их должны решать профессиональные стандарты [2].

Заключением сравнительного анализа являются четыре таблицы, по каждому из критериев, показывающие, насколько успешны те или иные профессиональные стандарты в преодолении каждого блока проблем. Так же была сделана выборка параграфов профессиональных стандартов, их компиляция и иллюстрация, представленные в работе.

Выводы. Таким образом, на основе компиляции успешных параграфов профессиональных стандартов, был сформулирован «успешный» профессиональный стандарт, практически полностью отвечающий на четыре блока проблем, наиболее важных при решении профессиональных задач сотрудником аптеки.

Список литературы.

1. Раздорская И.М., Тимошенко Е.Ю.. Стандарт фармацевтического обслуживания потребителей эфирных масел: методические рекомендации. Белгород: изд-во БГНИУ, 2011. С. 5-6.
2. Раздорская И.М., Тимошенко Е.Ю., Л.Н.Кучерявенко. Разработка концепции формирования новых персонал-технологий в фармацевтических организациях. Тихоокеанский медицинский журнал, № 2, 2010. С. 87-90.
3. Корпоративная культура аптеки (URL: <http://pharm-business.ru/organizaciya-biznesa/2005>) (дата обращения 19.03.2019)
4. Основы формирования корпоративной культуры (URL: https://studme.org/1307010726213/menedzhment/sozdanie_korporativnoy_kultury) (дата обращения 19.03.2019)
5. Стандарты обслуживания в аптеке (URL: <http://www.edemenko.ru/statii/49-standarty-obsluzhivaniya-v-apteke>) (дата обращения 19.03.2019)
6. Стандарты обслуживания работа над ошибками (URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/12357>) (дата обращения 19.03.2019)
5. 7. Функции корпоративной культуры (URL: <https://studfiles.net/preview/5996857/page:22/>) (дата обращения 19.03.2019)

РЕЛИГИОЗНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Евтушенко А.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Краснов А.М.

До появления психологии как науки, роль «психологов» выполняли священнослужители, которые всегда могли выслушать и поддержать прихожан

в тяжелых для них жизненных обстоятельствах, направить их при выборе пути решения возникшей проблемы. Психология и религия, хотя и взаимодействуют между собой, но имеют разные послышки, методы и задачи. Основное отличие в том, что психология – это научное знание и ее утверждения проверяемы. Религия же является противоположностью научному знанию, она не требует доказательств и проверок своих истин. Однако же психолог может быть верующим, несмотря на то, что специфика его работы включает в себя научную деятельность. Есть и православные священники, которые изучают и используют психологические принципы в своей работе, чтобы помочь людям.

Актуальность темы исследования. С давних времен психология и религия шли бок о бок. Главной точкой соприкосновения этих, казалось бы, разных областей знания является идея души. Первые представления о душе существовали еще в древности. Они возникали в системе первобытных верований людей, в мифологии и религии. «Догматы религии – это итог, результат систематизации непосредственного опыта, реальных и иллюзорных представлений, которые формируются массовым сознанием» и, благодаря своей организации помогают человеку объединять свои знания об окружающей действительности, а также выбирать правильную стратегию поведения, исходя из своего мировоззрения [2]. Сократ, сформулировав начальные психологические понятия, впервые указывает на разграничения между душой и телом и объявляет о нематериальности и невещественности души. Таким образом, предметом психологии стало понятие души. В современной психологии предмет ее изучения изменился. Но, несмотря на то, что сейчас она изучает психику человека, связь этих двух областей не разрывается. Ведь религия является одной из особенных сфер проявления психики человека. Она связана с поиском духовного, сакрального, трансцендентного и функционирует в виде верований. Религия помогает людям в их повседневных трудностях и переживаниях. Психотерапия – это система воздействия на психику человека, направленная на улучшение его эмоционального состояния. Целью психотерапии является исцеление души, целью же религии является спасение души. Религия не направлена на выздоровление или предупреждение болезней, но в своем результате, непреднамеренно, она оказывает психотерапевтическое воздействие. Это происходит вследствие того, что она дает человеку возможность убедиться в существовании трансцендентного, абсолютного. В процессе психотерапии мы можем убедиться в подобном результате, когда человек возвращается к истокам утраченной религиозности. Но, несмотря на то, что подобное происходит, врач не имеет право ставить перед собой подобную задачу. Так как в таком случае врач обращается с человеком не как с пациентом, а как с приверженцем его веры. Люди всегда стремились выйти за пределы своего существования, обрести смысл. В случае если психотерапия станет рассматривать религию не как верование в Бога, а как более обширную веру в смысл, то она имеет право ввести явление религии в область собственного интереса и работать с ним. Этот взгляд совпадает с мыслями Альберта Эйнштейна о том, что задаваться вопросом о смысле жизни – значит быть религиозным. И психотерапия, и религия стремятся к спасению и

исцелению души. Они обе стремятся через душу спасти и исцелить всего человека. В этом они едины. Но есть между ними и различия: психотерапия, своим происхождением обязана медицине, поэтому ей свойственен критический настрой по отношению к религиям. Своими открытиями психотерапия вынуждает религию к очищению, то есть к отходу от мифических образов, надежд и страхов, к возвращению к корням и истокам. И психология, и религия могут помочь человеку преодолеть тяжелые жизненные ситуации.

Объект исследования: сотериологические аспекты религии и психотерапии; принципы религиозно-ориентированной психотерапии.

Предмет исследования: взаимосвязь религии и психотерапии в вопросе помощи людям при душевных переживаниях.

Цель исследования: выявить и проанализировать установки религиозно-ориентированной психотерапии; оценить уровень осведомленности студентов о возможности взаимодействия религии и психотерапии в вопросе помощи человеку при травмирующих обстоятельствах его жизни.

В рамках исследования проводилось анкетирование, состоящее из 8 тематических вопросов, с целью оценить уровень осведомленности студентов о возможности взаимодействия религии и психотерапии. В нем приняли участие 56 студентов Курского государственного медицинского университета в возрасте 17-23 лет, всех курсов и факультетов. Результаты проводимого исследования оказались весьма интересными. У студентов различное мнение на счет того, к кому обратиться за помощью, но 91% опрошиваемых все же считает, что православный священнослужитель не может помочь справиться с жизненной проблемной ситуацией. В этом случае лучше обратиться к психотерапевту (психологу), который является специалистом в области оказания психологической помощи, или попытаться разобраться самому. Несмотря на то, что почти все опрошенные являются сторонниками какой-либо религии, лишь 9% из них обратились бы за помощью к священнослужителю. Они все же предпочитают консультацию специалиста или простой душевный разговор с родными и близкими. Тем не менее, 37% респондентов все же обращались к священнослужителю за помощью в трудной жизненной ситуации. Но вопрос о том, насколько эффективна оказываемая ими консультация по интересующим человека вопросам, остается открытым. Может ли священнослужитель объективно посмотреть на проблему, дать независимое мнение и грамотно направить человека на путь истинный? Согрешил – покайся, верь лучше, молись больше, причинно-следственные связи не имеют значения. Поможет ли такой подход?

Взаимосвязь психологии и религии учитывает один из видов психотерапевтической помощи – религиозно-ориентированная психотерапия, которая включает в себя лучшие традиции религии и психологии. Трихотомическая концепция личности представляет человека как носителя трех взаимосвязанных начал – телесного (естественного), душевного (разумного) и духовного (божественного). Психотерапевт не должен забывать, что духовность – сфера деятельности священнослужителя. Классические же методы психотерапии направлены на два других начала. Психотерапевт может

констатировать и изучить факт влияния религии на человека, но не направлять его на этом пути [1]. Этот подход обеспечивает целостное оказание помощи клиенту, учитывая его личностные особенности, и особенности, связанные с религией. Психотерапевту, работающему в этом направлении, необходимо понять, как наиболее эффективно использовать религиозно-ориентированный подход в своей деятельности. Св. Феофан Затворник писал: «Вот, по-моему, какова должна быть программа этой (христианской) психологии. Изобразить состав естества человеческого: дух, душа и тело – и представить систематический перечень всех способностей и отправления каждой части, – и затем описать состояние частей и естества и способностей: 1) в естественном состоянии, 2) в состоянии под грехом, и 3) в состоянии под благодатию» [3]. Здесь имеется в виду преемственность практических приемов психологии в структуре той религиозной среды, к которой он принадлежал. То есть описание психического состояния человека в трех аспектах: в обычном (повседневном), при проблемах и переживаниях и в состоянии радости, воодушевления и счастья. Эффективность этого подхода еще стоит многократно изучить и проверить. Однако не считаться с этой отличительной человеческой чертой, особенно в рамках психологии, опрометчиво, потому что знание человека без его религиозной стороны неполное. Большинство клиентов, обращающихся за помощью к специалисту-психологу, являются верующими людьми. Любой психолог должен знать подход к таким людям. Специалист действительно поможет найти выход из, казалось бы, нерешаемой ситуации, так как он этому обучен, у него сформированы профессиональные навыки и необходимые компетенции.

Список литературы.

1. Воскресенский Б.А. Трехотомическая концепция личности как основа психиатрии и психотерапии. Одесса 1990, С. 63.
2. Ольшанский Д.В. Психология масс, – СПб.: Питер, 2002. С. 246.
3. Св. Феофан Затворник. Собрание писем. Вып.7. – М.: Правило веры, 2012. С. 215.

ВНЕДРЕНИЕ ГАДЖЕТОВ В ЖИЗНЬ ЛЮДЕЙ

Едаменко М.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра физики, информатики и математики

Научный руководитель – к.п.н., доцент Горюшкин Е.И.

Актуальность исследования. Сегодня трудно представить человека без гаджета. Люди используют их для развлечений, самообразования, отдыха. Гаджет – это портативная техническая новинка с цифровыми технологиями, которая предназначена для усовершенствования и облегчения жизни человека.

К ним относятся: сотовые телефоны, планшетные компьютеры, электронные книги, ноутбуки и т.д.

В последнее десятилетие наибольшую популярность приобрел сотовый телефон, благодаря программному обеспечению и, как следствие, новым приложениям. Мало кто знает, что сегодня разработано множество приложений для телефона, которые могут стимулировать и поддерживать наше здоровье. Также, одной из последних популярных новинок таких устройств стали smart-часы или «умные часы».

Несомненно, было проведено много экспериментов, изучающих влияние данных устройств на жизнь людей. Но до сих пор в обществе остаются вопросы о плюсах и минусах гаджетов. Одни уверены, что они помогают нам развивать мелкую моторику, быстро находить нужную информацию и зафиксировать определенный момент. Другие же, говорят о зависимости людей, уходу из реальности и деградации личности.

Целью исследования является проверка достоверности полученных результатов (показаний) с помощью применения современных гаджетов.

Материалы и методы: исследование основано на анализе и сравнении существующих программных продуктов, средствами которых можно следить за определенными показателями организма. Практические методы исследования основаны на эксперименте по использованию определенных гаджетов и программных продуктов для измерения артериального давления и пульса, тренировку глаз.

Результаты и обсуждение. В эксперименте приняли участие в общей совокупности 87 студентов Курского государственного медицинского университета от 17 до 23 лет. Длительность исследования составила 2-3 месяца.

Первый эксперимент был направлен на улучшение зрения с помощью сотового телефона и приложения Eyes Recovery [2]. Данное приложение является бесплатным и поддерживается любой операционной системой. Главной задачей этой программы является восстановление зрения и возможность расслабления глаз [5]. Подобранный нами группа состояла из 30 человек. Острота зрения варьировалась от единицы до +2. Для данного эксперимента было выбрано именно это приложение, так как длительность тренировок не превышает 5 минут, всего 6 упражнений. Были альтернативные программы, однако тренировки занимали около или более 20 минут. А в современном мире человек может не обладать таким количеством времени. Данное приложение можно использовать, ожидая автобус или в перерывах между работой. Интерфейс приложения прост в использовании, поэтому даже взрослому человеку не будет труда пользоваться данной программой.

Суть упражнений состоит в повторении за глазом на экране, ориентируясь на звуковые сигналы. При этом освещение в комнате не должно вызывать блики [5]. Суть упражнения в следующем:

«Частое моргание». Необходимо выполнять моргания, повторяя за глазом на экране, ориентируясь на звуковые сигналы.

«Зажмуривание». Необходимо крепко зажмурить на 5 секунд, а затем широко открыть глаза, ориентируясь на звук.

«Расслабление». Внимательно смотрим на картинку, при этом стараемся увидеть объемное изображение.

«Движения глазами». Выполняем движения, следуя за указателем. Главная задача – максимально направить взгляд в указанную сторону.

«Вращения глазами». Необходимо выполнить вращательные движения глазами, следуя за указателем. Сначала против часовой стрелки, затем по часовой.

«Движения по диагонали». Выполняем движения, следуя за указателем. Стараемся максимально направить взгляд в указанную сторону [4].

Участники эксперимента говорили о том, что глазные мышцы начинают работать, затем расслабляются и отдыхают. Другие отмечают, что чувствуется, как снимается напряжение. В начале и конце эксперимента зрение группы было проверено по таблице Сивцева. В целом у группы улучшилось самочувствие. У 3 студентов спустя 2 месяца были улучшения на 0,1. Однако все отметили, что для эффективности и сохранения результатов на длительный период, необходимо выполнять упражнения каждый день.

Второй эксперимент заключался в измерении пульса студентов с помощью smart-часов Xiaomi Mi Band 3, приложения Heart Rate [4] и электронного тонометра. Главными задачами этого фитнес браслета является измерение пройденных шагов, контроль длительности и качества сна, измерения пульса, напоминание о необходимости подвигаться [1]. Экспериментальная группа состояла из 19 человек.

Данное устройство рассматривалось для измерения только пульса. В среднем, погрешность измерений с помощью гаджетов и тонометра с учетом различных условий составила $\pm 5-7$ единиц. Погрешность измерения пульса с помощью smart-часов равна примерно ± 5 единиц. С помощью мобильного приложения ± 7 единиц. Для получения наиболее точных результатов, необходимо большее количество людей.

Несомненно, наручные гаджеты, фиксируя ежедневную активность и сохраняя её в виде графиков и статистики, помогают посмотреть на свой образ жизни под другим углом: исходя из точных данных, оценить не только ежедневные результаты, но и тенденции, вывести закономерности.

Третий эксперимент заключался в измерении давления с помощью приложения на телефоне и тонометре, а затем их сравнении. Артериальное давление является одной из наиболее важных характеристик работы сердечно-сосудистой системы нашего организма [6]. Оно помогает оценить эффективность работы сердечно-сосудистой системы и выявить нарушения в ее работе.

В данном эксперименте использовалось приложение Blood Pressure Evaluation [3] и электронный тонометр. В результате, погрешность полученных значений составила 10-20 мм.рт.ст.. Экспериментальная группа состояла из 38 человек.

Выводы. Таким образом, экспериментальным путем были проверены ряд гаджетов на предмет полезности и корректности предоставляемых измерений. С помощью них можно следить за своим здоровьем. Сегодня, найти время для

похода к врачу бывает крайне трудно, однако, с помощью таких программ, мы можем следить за состоянием своего тела.

С помощью приложения Eyes Recovery можно выполнять тренировки, которые способны скорректировать наше зрение, дать глазам расслабиться.

С помощью часов, каждый может следить за своим режимом дня, за процессами, которые происходят в нашем организме. Это удобные и функциональные устройства, которые сэкономят ваше время и помогут быть в тонусе, следить за здоровьем и улучшить физическую форму.

С помощью приложения Blood Pressure Evaluation, каждый человек, находясь в любом месте, сможет измерить кровяное давление. Эта программа позволит хранить нужные медицинские данные и они всегда будут у вас под рукой, и вам будет проще следить за своим здоровьем.

После проведения эксперимента, можно сделать выводы, что гаджеты положительно влияют на здоровье и жизнь человека, если ими пользоваться правильно и соблюдая временные рамки использования этих устройств.

Список литературы.

1. Зачем нужен фитнес браслет [электронный ресурс]. URL: <https://onetrak.ru/blog/news/zachem-nuzhen-fitness-braslet/> (дата обращения: 02.12.2018).

2. Программа для коррекции зрения [электронный ресурс]. URL: <https://apkdom.com/hl-ru/download-app/41159-eyes-recovery-workout-apk/> (дата обращения: 19.11.2018).

3. Программа измерения артериального давления [электронный ресурс]. URL: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cakebuttonfantasy.bloodpressure> (дата обращения: 04.12.2018).

4. Пульсометр [электронный ресурс]. URL: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.brucemax.heartrateometer> (дата обращения: 29.11.2018).

5. Упражнения для коррекции зрения [электронный ресурс]. URL: <https://goio.ru/uprazhneniya-dlya-korrekcii-zreniya/> (дата обращения: 24.11.2018).

6. Что такое артериальное давление [электронный ресурс]. URL: <https://polismed.ru/hypertention-post007.html> (дата обращения: 12.11.2018).

ФИЛОСОФИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ: ПОЛУЗАБЫТАЯ ПРОГРАММА?

Епишева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что в нашей стране очень многослойное население, вследствие чего каждый ребенок получает крайне

разное по свойствам и особенностям образование и воспитание. Жизненный путь и будущее детей определяют в основном родители, а также педагоги. Нередко можно услышать: «Меня воспитала улица». Далеко не все из перечисленных «менторов» способны развить в ребенке стремление к эстетике, воспитать внутреннюю культуру и довести до понимания самой сути философии.

Целью настоящей работы было изучение возможностей адаптации учебного материала философии для детей дошкольного возраста и младшекласников.

Материалы и методы: методами достижения этой цели стало реферирование накопленного в этой сфере международного опыта и анализ возможностей его применения при подготовке студентов-педиатров.

В свое время получила известность международная программа «Философия для детей», подготовленная в Институте по развитию философии для детей, находящемся в Монтклэре, США, рассчитанная на введение в младшей, средней и старшей школе (1-11 класс). Во всем мире она зарекомендовала себя и получила самые хорошие отзывы авторитетных международных организаций (ЮНЕСКО, Комиссии по образованию Европарламента, а также Министерства образования США и др.) как эффективное средство развития разумного мышления и этико-демократического поведения. Программа создавалась с учетом направлений новой рефлексивной модели обучения и сама является существенным вкладом в ее развитие [3].

В рамках отечественной интерпретации программы «Философия для детей» в России (Психологический Институт РАО, Московский городской психолого-педагогический Университет) созданы, внедрены в образовательную практику программы «Воспитательный диалог» (для старших дошкольников), «Ромашка – Почемучка» (для младших школьников), в стадии апробации находится программа «Территория вечных ценностей» (для подростков). Введение в практику программы «Философия для детей» в российские школы тормозится не только дефицитом по финансовым причинам теоретических и дидактических текстов, но и неспособностью понять ее «культурной онтологии» и технологии, вследствие чего и возникла потребность анализа и истолкования этого философско-педагогического нововведения.

Родители в целом заняты лишь материальным обустройством жизни. Да, многие из них понимают основы воспитания и представляют, кого хотят вырастить из своего ребенка, но, как правило, их побуждения не наполнены делами или поступками, а то и вовсе перекладываются несведущими в воспитании родителями на педагога. Сам же школьник может заблудиться в большой плюралистичной современной философской культуре. Поэтому он нуждается в советчике и наставнике-философе. Хорошо, если волею судьбы ребенку повезет и наставники, выводящие его в жизнь, окажутся надежными воспитателями и культурными людьми, на которых можно равняться, с которых можно брать пример и которые направят на путь истинный. А если нет? Что тогда?

Исходя из этого целью исследования является изучение и введение в образование детей дошкольного и школьного возраста базовых знаний по философии в рамках программы, помощь ребенку в восполнении нехватки необходимых общечеловеческих знаний. Необходимо научить ребенка контролировать свои эмоции, не впадать в крайности, давать возможность разуму и мозгу действовать в некоторых важных ситуациях и не терять головы [4]. Также целью является помощь родителям во избежание существенных затруднений при целенаправленном воспитании своих детей, так как для систематического и планомерного воспитания необходима серьезная подготовительная работа и существенная затрата времени.

Не менее важно при постановке данных целей не забывать обращать внимание на некоторые детали и аспекты: как можно больше облегчить работу воспитателя, не лишая его творческого подхода, то есть предоставить ему аналитически обработанные материалы о возможностях использования философского инструментария; не утомить ребенка и не злоупотребить его вниманием; общедоступно разъяснить прагматичность этических норм и законов, по максимуму передать ребенку некую базу тех сведений и умений, которые принципиальны в деле всестороннего, гармоничного развития, которые помогут найти себя и свое место в жизни и идти по ней верным путем [1].

В ходе исследования проводились беседы и опросы среди родителей, педагогов и школьников о том, насколько реализована в России программа «Философия для детей». Результаты были не столь удручающие, как можно было подумать. Оказалось, что отечественная интерпретация программы все ещё является экспериментальной, но уже внедряется в образовательную практику в школьных и дошкольных учреждениях, хоть и не повсеместно. Педагоги рассказали об экспериментальных площадках в Ямало-Ненецком Автономном Округе (д/с «Елочка») и в Ханты-Мансийском Автономном Округе (д/с "Гусельки", г. Сургут). В ходе беседы было выяснено, что «Философия для детей» в России живет, реализуется и внедряется. Это видят и дети, и родители, и, естественно, педагоги.

Исходя из этих данных, была проанализирована существующая философско-педагогическая программа; тезисы к воспитательным беседам; подобраны литературные, изобразительные, театральные и другие произведения и примеры из жизни, способные помочь детям пропустить через себя знания, закрепить их и позволяющие широко раскрыть затрагиваемую тему, объясняя сложные категории доходчиво, просто и увлекательно, возможно с помощью сказок, рассказов, иллюстраций, исходя из особенностей мышления детей раннего школьного возраста [2, 5].

Необходимо дать анализ философско-педагогического плана программы «Философия для детей», представить доступные теоретические и дидактические тексты, дать теоретические обоснования и экспериментальные факты в пользу идеи о том, что философия может и должна стать устоявшимся общепринятым взглядом на школьное образование.

Результатом использования данного исследования на практике будет являться масштабное введение и распространение программы «Философия для детей» как в школе, так и дома. А вследствие этого и развитие обдуманного поведения ребенка в бытовой жизни, прочного нравственного стержня, а также красоты, порядка, логики и рациональности в чувствах и мыслях.

Несомненно, будет оказана существенная помощь родителям в формировании и закреплении решения систематично, перманентно взяться за воспитание в детях необходимых в жизни философских знаний, очень важно помочь родителю показать ребенку, что чувства, мысли и вопросы, обуревающие, его ощущает не он один, а весь спектр эмоций присущ каждому человеку [4].

Содействие с педагогами поможет в упрочнении гуманного, воспитательного направления в педагогике и уменьшении сложившейся асимметрии между морально-нравственным воспитанием и технократическим образованием. Безусловно, необходимы к обсуждению и общие темы методов передачи философского знания, новые стороны проблемы мышления и познания. Поэтому она может быть полезной и для преподавателей вузов медицинской и общей направленности [3].

В заключение хочется сказать, что с большой вероятностью общество переменится к лучшему и станет намного удивительнее, если хотя бы треть стремлений, труда и усилий родителей и педагогов будет должным образом переориентирована с образования на воспитание, с взращивания отличников на сотворение Человека с большой буквы. Результаты анализа программы «Философия для детей», непосредственно связанного с детской психологией, могут быть использованы в качестве статистических материалов к практическим работам для студентов медицинских учебных заведений, в особенности – будущих врачей-педиатров.

Список литературы.

1. Адрианов М.А. Философия для детей (в сказках и рассказах): пособие по воспитанию в семье и школе. Минск: Современное слово, 2003. 280 с.
2. Бренифье О. Что такое чувства. М.: Клевер-Медиа-Групп, 2011. 98 с.
3. Гордер Ю. Мир Софии: пер. с норв. Т. Доброницкой. СПб.: Амфора, 2006. 29 с.
4. Цуканов А.Л. Нескучная философия. М.: АСТ, 2018. 256 с.
5. Юлина Н.С. Философия для детей. М.: ИФРАН, 1996. 241 с.

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕСТЯНЫХ ГРАМОТ ДРЕВНЕЙ РУСИ

Ерченко А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

История отечественной медицины писалась и до сих пор пишется, основываясь почти только на письменных источниках, причем в основном печатных, в гораздо меньшей степени архивных. Практически все они не затрагивают непосредственно первых веков отечественной государственности и, соответственно, тогдашнего уровня здравоохранения у наших предков. Трудно, а то и невозможно освободить эти известия от наслоений последующих времен. Так что первые главы большинства существующих учебников по истории медицины переполнены домыслами и не могут способствовать формированию у будущих врачей и провизоров чувства историзма. Актуальность нашей работы состоит в том, что она впервые в истории КГМУ обращает внимание преподавателей и студентов на совершенно новый источник знаний по истории отечественной медицины – надписи на бересте (коре березы), открытые при раскопках Великого Новгорода и некоторых других исторических городов нашей страны – Старой Руссы, Москвы, Рязани, Торжка, Смоленска, Пскова, Вологды, а также двух-трех мест на Украине и в Белоруссии, где культурный слой в результате повышенной влажности сохраняет в себе органику. Целью исследования было вычленить те берестяные грамоты, в которых так или иначе затрагивались вопросы здоровья и болезней авторов и адресатов этих посланий за XI–XIV века. Ради этого применялись методы герменевтики перевода древнерусских текстов на современный русский язык.

Действительно уникальным источником знаний о жизни и быте в Древней Руси стали берестяные грамоты. Первые записи, процарапанные на березовой коре их авторами, либо писцами под диктовку, были обнаружены в Великом Новгороде в 1951 году и сразу дали толчок в изучении истории Древней Руси. Было найдено множество (всего к 2019 году около 1200) грамот с текстами про денежные расчеты, разного рода товары, бытовые просьбы, любовные записки, жалобы, политические донесения, но самое интересное для нас, что некоторые тексты содержали информацию о медицинских аспектах. Это небольшое количество берестяных грамот подтверждает и в чём-то дополняет сведения других письменных источников того времени о болезнях и борьбе с ними в условиях примитивных знаний о медицине у древнерусского населения.

Так, на грамоте № 304 при переводе можно прочесть фразу: «На Бога надежда да на вашу силу». Понятие здоровья здесь использовано синонимично силе духа и тела человека.

В маленькой грамоте № 378 упоминается «ведун», который считался в Древней Руси знахарем или колдуном. Поминание больного человека содержится в грамоте № 705. В ней представлено частное письмо с

требованием Домажира к мужу сестры в случае ее смерти, прислать к нему ее сына. Читая перевод грамоты можно понять, что Домажир не надеется на излечение сестры и спешит обсудить ситуацию после её предполагаемой смерти, что лишний раз доказывает то, как незначительно наши предки могли влиять на исход своих болезней.

Грамота № 715 написана по-церковно-славянски и содержит заговор-молитву против лихорадки, носит церковный характер. Эта береста относилась к наузам – амулетам, носимым на теле больного, либо ради профилактики заболевания.

Сохранилось также врачебное заклинание на грамоте № 734, на которой написан заговор против лихорадки. Упомянутый в грамоте Сихаил – ангел (или архангел), «отвечающий» за исцеление от лихорадки.

Грамота № 930 уместила целый текст «Сиситиевой молитвы» – известного заговора против лихорадки. Здесь описаны два персонажа библейской мифологии, видимо, для усиления противодействия лихорадочным заболеваниям, которых в народном сознании запечатлелось довольно много.

В грамоте № 954 можно узнать, что медицинская по содержанию магия могла быть как «белой», так и «чёрной». Похожие по направленности на болезни, либо выздоровление от них записки еще имеются.

Полученная в результате работы информация может быть использована в качестве учебного материала для студентов медицинских факультетов. Приведённые в работе берестяные грамоты могут послужить для студентов медицинских университетов достоверным источником информации относительно изучения древнерусской медицины. Перед нами первые истории менталитета русского народа, который отчасти сохраняется до наших дней. Среди ментальных установок медицинского характера по привлеченному мной источнику выделяется провиденциализм, языческий оккультизм и христианский клерикализм. Научное просвещение, начатое в России только в имперский период ее истории, так и не смогло полностью искоренить все эти предельно архаичные черты мироощущения русского человека.

Список литературы.

1. Арциховский А.В., Янин В.Л. Новгородские грамоты на бересте (из раскопок 1962–1976 гг.). М.: Наука, 1978. 192 с.
2. Берестяные грамоты: 50 лет открытия и изучения / Под ред. В.Л. Янина. М.: Индрик, 2003. 33 с.
3. Зализняк А.А. Древненовгородский диалект. 2-е изд. М.: Языки славянской культуры, 2004. 872 с.
4. Черепнин Л.В. Новгородские берестяные грамоты как исторический источник. М.: Наука, 1969. 438 с.
5. Янин В.Л., Зализняк А.А. Новгородские грамоты на бересте (из раскопок 1977–1983 гг.). М.: Наука, 1986. 312 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ХИРУРГИИ И ЕЁ ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Жигайло А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филол.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что гендерная медицина, в том числе гендерная хирургия, в Российской Федерации до настоящего времени остаются в тени информационного поля в связи с деликатностью и необычностью вопроса среди населения, да и для самих пациентов это часто является «больной» темой. В то же время, данное медицинское направление востребовано, динамично развивается и является очень перспективным направлением современной медицины.

Целью исследования является ознакомление населения с особенностями и возможностями гендерной хирургии, и перспективами ее развития в Российской Федерации, а также предоставление информации о некоторых клиниках нашей страны, практикующих хирургическую коррекцию пола.

Гендерная медицина – это молодое направление современной медицины в нашей стране. Термин «гендерная медицина» употребляется в основном в медицинском сообществе среди врачей. Многие «потенциальные пациенты» без медицинского образования о нем даже не слышали. Известно, что у мужчин и женщин подавляющее большинство органов и тканей подобны друг другу, однако, есть и различия, именуемые «половыми или гендерными признаками», абсолютно разной является и психология. Необходимость внедрения гендерной медицины обуславливается именно тем, что, кроме внешних отличий в строении и выполняемых функциях репродуктивных систем мужского и женского организма, имеются половые особенности возникновения, развития, а также профилактики и лечения «одинаковых» заболеваний. Ведь даже различные онкологические заболевания имеют гендерное разделение, в том числе рак груди у женщин и рак простаты у мужчин.

Именно поэтому лучшие врачи нашей страны – кардиологи, дерматологи, урологи, неврологи и другие узкопрофильные специалисты поддерживают разделение медицины на направления по половому признаку.

Так, в недавнем интервью корреспонденту издательства «Российская газета» ведущий специалист России по вопросам коррекции пола, доктор медицинских наук, профессор Михаил Миронович Соколышник сказал, что до недавнего времени подобные вопросы были принадлежностью приватной сферы. О них не принято было говорить вслух. Но времена изменились кардинально [2].

Со слов М.М. Соколышника, все начинается с понимания будущим пациентом той ситуации, в которой он находится, и определения себя в принадлежности к тому или иному полу. Транссексуализм отличается от других гендерных проявлений ярким антагонистическим конфликтом между биологическим полом и определением себя мужчиной или женщиной.

У гетеросексуалов и гомосексуалов такой проблемы не существует: у них пол совпадает с уверенностью в принадлежности к данному полу. А у транссексуалов существует явный конфликт. И единственный способ лечения – операция по смене пола. Это операция, которая придает внешние признаки противоположного пола – женского или мужского типа. Какой-либо зависимости в наследовании признаков гомосексуализма или транссексуализма не обнаружено. Процент людей с проявлениями транссексуализма в человеческой популяции, а также и в животном мире, всегда стабилен, он не превышает трех процентов. Он не зависит от общественно-политической конъюнктуры и экономической формации [2].

Еще М.М. Соколычик утверждает, что отношение официальной медицины к данной проблеме очень внимательное. Есть немало подзаконных актов, которые регулируют вопросы коррекции пола. Транссексуалы имеют возможность после прохождения специализированной экспертной комиссии получить разрешение на паспортную смену пола, а также разрешение на проведение операции по коррекции пола. Если речь о транссексуалах, то по достижении совершеннолетия. А коррекция пола в случае врожденной аномалии - в раннем детском возрасте [2].

В настоящее время операции по смене пола в России проводятся в «СМ – Клиника» и «СМ – Пластика» в Москве, клинике «Семейная» в городах Москва, Рязань и Тула, Центре пластической хирургии при больнице РАН в Санкт-Петербурге, клинике «Сибирская» в Томске, «Сибирском институте красоты» в Новосибирске и ряде других клиник России [1, 3, 4].

Операции по смене пола Российскими хирургами проводятся не только гражданам нашей страны. В Россию приезжают оперироваться много людей из некоторых европейских стран, а также из арабских стран, представителям которых, на своей родине, такая болезнь может караться смертью. Несмотря на то, что в России операции по смене пола до сих пор остаются в тени информационного поля, гендерная хирургия в нашей стране уже прочно вошла в практику отечественных хирургов, совершенствуются методы проведения таких операций, заметно повышается профессиональный уровень специалистов по вопросам коррекции пола, значительно увеличивается количество медицинских учреждений и их оснащение дорогостоящим оборудованием, совершенствуется законодательная база в данном направлении.

Таким образом, в Российской Федерации в настоящее время гендерная хирургия востребована, динамично развивается и является очень перспективным направлением современной медицины.

Список литературы.

1. Клиника Сибирская [Электронный ресурс] // Сибирская медицинская группа. – Томск. – 2019. –Режим доступа: <http://cl-sib.tomsk.ru/index.php/nasha-klinika> (дата обращения 02.03.2019).
2. Краснопольская, И. Г. Он. Она. Оно? [Электронный ресурс] / И.Г. Краснопольская // Российская газета. – 2017. – № 273. Режим доступа:

<https://rg.ru/2017/11/30/professor-ne-nado-nikomu-naviazyvat-seksualnuiu-orientaciiu.html> (дата обращения 27.02.2019).

3. Семейная клиника [Электронный ресурс] // Сеть медицинских центров. – М. – 2019. – режим доступа: <http://semeynaya.ru/about> (дата обращения 02.03.2019).

4. Центры пластической хирургии в Новосибирске [Электронный ресурс]. – Новосибирск. – 2019. – Режим доступа: http://sicenter.ru/catalog/nsk-oblast/zdorovie/Esteticheskaya_hirurgiya (дата обращения 02.03.2019).

6. Что такое гендерная медицина? [Электронный ресурс]. – М. – 2019. – Режим доступа: <https://medbooking.com/> (дата обращения 27.02.2019).

ГОЛОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВСЕЛЕННОЙ И ПРОБЛЕМА РЕАЛЬНОСТИ В НАУКЕ 21 ВЕКА

Жук И.К.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Крамаренко В.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время возникает новая физика, компьютерные технологии, такие как цифровая голография, квантовые компьютеры и многое другое. Сегодня физики и математики пытаются разобраться в происхождении мира, прибегая, казалось бы, к фантастическим идеям, таким как теория суперструн и теория голографической Вселенной. Работы Д. Бома внесли большой вклад не только в физику, но и философию, так как им затрагиваются фундаментальные понятия философии, такие как пространство, время, материя.

Целью исследования является оценка современных концепций существования Вселенной на основе теории Д. Бома.

Материалы и методы: концепция голографической Вселенной, цифровая голография.

Результаты и обсуждения. Голограмма представляет собой интерференционную картину, полученную пересечением двух когерентных лучей. У голограммы есть две основные особенности: во-первых, полученное изображение является трехмерной копией объекта, во-вторых, ей присуща делимость. Если голограмму разложить на несколько частей, то при восстановлении объектной волны мы получаем на каждом участке исходную голограмму.

Сегодня широкое применение получила цифровая голография. Появление мощных компьютеров дало реальную основу для точных расчетов светового поля, исходя из характеристик восстанавливаемого объекта. «Методы цифровой голографии открыли возможность синтезировать голограммы объектов, задаваемых математически» [1]. На рисунке 1 на первом изображении представлен результат разработанной компьютерной программы по

формированию изображения цифровой голограммы буквы «Т», на втором изображении – её восстановленный вариант. Представленные алгоритмы были реализованы с помощью программного продукта Mathcad 2001 Professional, имеющего встроенный язык программирования и позволяющий как моделировать необходимые голографические фронты, так и отображать на экране их взаимодействие.

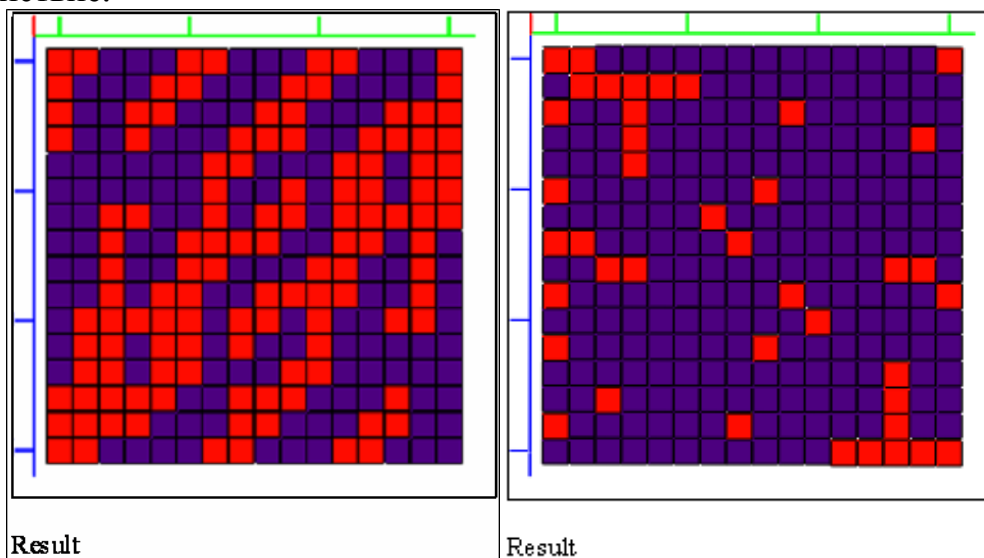


Рисунок 1. Результат разработанной компьютерной программы по формированию изображения цифровой голограммы буквы «Т»

Выводы. Основоположником концепции голографической Вселенной является Д. Бом [2]. На фоне противоречий теории относительности и квантовой теории он пришел к новому видению реальности. По мнению Бома, Вселенная не локальна, представляет целостную субстанцию, что разрешает спор Бора и Эйнштейна [2]. Д. Бом утверждает, что есть два уровня реальности – скрытая, то бишь истинная реальность и развернутая. Из этого следует, что экспликативная реальность есть лишь голограмма. Концепции Д. Бома и нейрофизиолога К. Прибрама синтезируют новое видение мира. К. Прибрам опираясь на открытия Бекеша утверждает, что наш мозг конструирует пространство вокруг нас, полагая, что тактильные ощущения - некая форма синдрома фантомных болей. Трудность философского восприятия данной теории заключается в том, что голограммой является не только окружающий нас мир, но, возможно, и мы сами.

Главный принцип голограммы заключается в том, что на двумерной поверхности закодирована информация, воспроизводимая в трехмерном изображении. Физики предположили, что этот метод применим к окружающей нас реальности. В 1997 году Х. Малдасена сопоставил пятимерное пространство антидеситтера, фигурирующее в теории струн, и четырехмерное, на основе которого представлена наша Вселенная. Разница между ними заключается в том, что вселенная де Ситтера имеет положительную космологическую константу, вследствие этого ускоряется, а пятимерная отрицательную. Ученый обнаружил отношения дуальности между ними, следовательно, этого можно утверждать, что в математическом отношении

объекты в пятимерном пространстве эквивалентны объекту, находящимся во вселенной де Ситтера, представляют их точную копию [3]. На данных фактах строится обоснование концепции голографической Вселенной.

С точки зрения модели голографической Вселенной истинной реальностью является голографическая двумерная параллельная Вселенная, проекция которой порождает все многообразие нашего мира, являющегося голографической иллюзией.

Список литературы.

1. Методы компьютерной оптики. – М., 2003. – С. 20.
2. Талбот Майкл. Голографическая Вселенная / Перев. с англ. – М.: Издательский дом «София», 2004. – 368 с.
3. Черные дыры и структура пространства времени [электронный ресурс] - режим доступа: <https://litresp.ru/chitat/ru/%D0%9C/maldasenahuan/chernie-diri-i-struktura-prostranstva-vremen> (дата доступа: 05.03.2019)

ФЕНОМЕН ДВОЕВЕРИЯ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ПРАВОСЛАВИИ

Зубкова А.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что двоеверие выступает своеобразным уникальным культурным, историческими психологическим феноменом. Данное понятие используется для обозначения синкретическую народную религиозность. Сам феномен берет свое начало в средневековой эпохе, о чём можно судить благодаря текстам проповедей, написанных против христиан, продолжавших почитать языческих богов. Исходной точкой взаимодействия языческой традиции и новых культурных приобретений послужило принятие христианства и приобщение Древней Руси к западноевропейской книжной культуре. На основе влияния мощных языческих пережитков христианство на Руси приобрело новые специфические особенности, отличающие его от других течений православия [2]. Это стало результатом смешения языческих традиционных верований с новыми – христианскими.

В современной России христианство мирно уживается со многими отголосками язычества, влившимися в вероучение и культ, церковный календарь (святки, культ хлеба, березы, яблочный спас). Православные люди до сих пор празднуют Масленицу, ежегодно сжигая чучело и лакомясь блинами. Стоит отметить, что этот день в начале весны отмечается перед Великим постом. Это свидетельствует о проявлении синкретизма, то есть нерасчлененности и как будто мирному сосуществованию верований.

Целью нашего исследования является анализ основных аспектов феномена двоеверия в современном русском православии.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

В настоящее время понятие «двоеверия» чаще всего используется для обозначения «синкретического» мировоззрения Средневековья, которое сочетает христианскую идеологию с пережитками язычества.

В ходе исследования были опрошены 100 студентов лечебного и педиатрического факультетов Курского государственного медицинского университета. При анализе результатов анкетирования было выявлено, что среди современной молодежи бытует двоякое мнение относительно истоков многих православных праздников и традиций. Так, наличие культа реликвий, по мнению 39% респондентов, является языческим ритуалом, при этом другие 39% опрошенных студентов признают это исконно христианской традицией. Вопрос относительно таинств христианства так же вызвал расхождение во мнениях: около 70% студентов относят их к каноническим традициям, но 20% видят в этом языческие пережитки. Результаты анкетирования показали, что проблема двоеверия до сих пор сохраняет свою актуальность. Языческие пережитки настолько сильно укоренились в православной культуре, что современная молодежь не может отличить их от исконно христианских традиций. Это наиболее явно прослеживается на примерах православных праздников и традиций, которые смогли воплотить в себя и языческие обычаи.

Одной из причин формирования двоеверия в России являлся низкий уровень христианского просвещения народных низов, которые приняли внешние формы христианства, но, так как христианство не имело корней в укладе народной жизни, бытовые обычаи на протяжении веков продолжали оставаться языческими. Принимая христианство как новую веру, «народная масса... должна была водиться при сём своим собственным языческим взглядом на взаимное отношение вер» [1].

Сохранение языческих обрядов и лёгкость, с которой они связывались с обрядовой стороной христианства, объясняются переключением их из религиозной сферы в сферу народной эстетики и слабо осознаваемого суеверия. Смешению христианских и языческих представлений помогал также религиозный синкретизм славянского язычества – допущение и признание вместе со своей верой одинаковой истинности и всех других существующих вер. Двоеверие стало прямым следствием затянувшегося процесса христианизации Руси.

Сочетание христианской веры и старых языческих традиций, являющееся характерной чертой древнерусской культуры, сохраняется до сегодняшних дней. Можно сказать, что феномен двоеверия указывает на некое подвешенное состояние русского человека. Двоеверие свидетельствует об одновременном следовании языческим и христианским законам и обрядам, в этом и проявляется состояние неопределенности человека.

Список литературы.

1. Голубинский Е.Е. История русской церкви. – М., 1904. Т. 1. Ч. 2. 950 с.
2. Панченко А.А. Исследования в области народного православия. Деревенские святыни Северо-Запада России. – СПб., 1998. 320 с.

ЭВТАНАЗИЯ В РОССИИ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Иванова В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кульсеева Т.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что на сегодняшний день эвтаназия выступает одной из наиболее горячо обсуждаемых проблем. Данный термин имеет греческое происхождение, что свидетельствует о том, что еще с древних времен люди задумывались, как облегчить страдания неизлечимо больного человека, конец которого уже определен. Термин «эвтаназия» был введен английским ученым Ф. Бэконом, который обозначил ее как «легкую» и безболезненную смерть [1].

Эвтаназия – это намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимо больного, находящегося в терминальном состоянии с целью прекращения его страданий [2].

Эвтаназия затрагивает колоссальную моральную проблему: отношение медицинских работников к таким ситуациям, в которых медицинская помощь бессильна, пациент неизлечимо болен и испытывает большие страдания [2].

В настоящее время эвтаназия применяется в таких странах, как Нидерланды, Канада, Бельгия, Люксембург, Албания, Швейцария, США [1].

Целью исследования является определение уровня информированности студентов Курского государственного медицинского университета об эвтаназии; изучение отношения студентов к ней.

Материалы и методы: для достижения цели использовались следующие методы – анализа документов и литературы; анкетирование.

В исследовании приняли участие 21 респондент, из которых было 14 женщин и 7 мужчин. Была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов, которые основывались как на анализе документов и литературы по данной проблеме, так и на проведенном социологическом исследовании. Ниже приведены данные анкетирования по 5 основным вопросам, которые касаются отношения студентов КГМУ к эвтаназии.

Таблица 1. Отношение студентов к эвтаназии

Отношение к эвтаназии		
Варианты ответов	Мужчины,%	Женщины,%
Как вы считаете, эвтаназия допустима?		
Да	42,9	64,2

Нет	28,6	14,3
Затрудняюсь ответить	28,6	21,5
Если бы ваш знакомый или родственник находился в необратимом вегетативном состоянии, Вы:		
Отключили бы жизнеподдерживающую аппаратуру	28,6	28,6
Продолжал бы искусственно поддерживать жизнь	28,6	57,1
Затрудняюсь ответить	42,9	14,3
Как вы считаете эвтаназия актуальна для российского общества?		
Да	28,6	7,1
Скорее да, чем нет	14,3	14,3
Нет	28,6	28,6
Скорее нет, чем да	28,6	50
Как вы считаете должно ли узаконить российское общество эвтаназию?		
Да	28,6	7,1
Скорее да, чем нет	14,3	21,5
Нет	42,9	35,7
Скорее нет, чем да	14,3	14,3
Затрудняюсь ответить	0	21,4
Сталкивались ли вы с ситуацией тяжело неизлечимого заболевания?		
Был болен близкий человек	28,6	35,8
Были ситуации среди знакомых	14,3	7,1
Были ситуации среди коллег по работе	35,7	7,1
Просто слышал в СМИ	7,1	21,4
Никогда не сталкивался	14,3	28,6

При анализе первого вопроса было установлено, что большинство анкетированных считает эвтаназию допустимой, при этом процентное соотношение женщин (64,2%), выбравших вариант ответа «да» больше, чем мужчин (42,9%). Несмотря на то, что большинство опрошенных студентов «за» эвтаназию, многие не уверены, что если бы их родственник оказался в такой ситуации – смогли бы они отключить аппарат. При этом процентное число женщин (57,1%), которые продолжали бы искусственно поддерживать жизнь, больше процентного числа мужчин (28,6%). Среди представителей мужского пола не сложилось чёткого понимания насчёт актуальности проблемы эвтаназии для российского общества. Об этом говорит тот факт, что за

варианты ответов «да» и «нет» проголосовало равное количество респондентов. Рассматривая вопрос о том, должно ли российское общество узаконить эвтаназию, большинство ответили, что нет. Процентное соотношение мужчин (42,9%) в этом случае оказалось больше процентного соотношения женщин (35,7%). Анализируя варианты ответов на последний вопрос, можно прийти к выводу о том, что большинство респондентов оказывалось в ситуации, когда был болен близкий человек. Несмотря на положительное отношение к эвтаназии, студенты не понимают, как она должна регулироваться и поэтому считают, что, несмотря на актуальность проблемы, вводить эвтаназию рано.

Выводы. При обработке и анализе анкет было установлено, что студенты хорошо информированы о данной проблеме. Большинство из них выступают «за» эвтаназию, что подчеркивает ее актуальность для нашей страны в настоящее время. Однако студенты осознают моральную сторону вопроса: ведь окажись в подобной ситуации близкий человек – они не знали бы, что делать. Также, несмотря на актуальность проблемы для российского общества, на данном этапе рано вводить эвтаназию, поскольку не сложилось понимания регулирования вопроса на правовом и морально-этическом уровне.

Список литературы.

1. Алиев, Т.Т. Эвтаназия в России: право человека на ее осуществление / Т.Т. Алиев // Современное право. – 2008. – Т. 3, № 4. – С. 46-52.
2. Панищев, А.Л. Эвтаназия и врач: от биоэтики и права к антропологии и человеку / А.Л. Панищев // Успехи современного естествознания. – 2005. – Т. 4, № 5. – С.17-19.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОЛИТИЧЕСКИЕ МИФЫ О РОССИИ

Кабанова С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальности современных политических мифов обусловлена тем, что их суть лишь в малой степени отличается от смысла, который вкладывали в них в минувшем. Ведь основой нынешней картины данной проблемы является именно та база, которая сформировалась в прошлом нашей страны. Либеральный ход развития является самым обсуждаемым вопросом данной темы. Ведь его главным методом являются реформы – как достижение любой цели, а также социально-политическая модернизация России. Не все реформы принимаются обществом, из-за чего начинаются недоговорки и неточности, а следовательно, возникают и политические мифы. Отсюда можно сделать вывод о том, что миф может наполнить сознание людей с помощью средств массовой

информации и являться прототипом достижения каких-либо результатов в данном случае в политической деятельности страны.

Целью исследования является анализ веры людей в политические мифы России и зарубежья, а также выявление закономерностей воздействия политических мифов на сознание.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

Понятие «мифология» и «миф» сегодня стало применяться почти ко всему. Мифы являются неким средством реализации информации, которая в данный момент не может быть доступна в прямом виде из-за ее неточности или сомнительной достоверности. Ю.И. Оноприенко отмечает, что «мифотворчество – это, с одной стороны, полигон для развития истоков сознания, с другой – попытка перевести (сравнить) содержимое фонда потенциальной информации с результатами непосредственного познания природы и общества. Любая современная система, включая животных и человека, ведет свой род от «сотворения мира», поэтому мы вправе ожидать проявления действия закона сохранения информации в психической сфере за все эволюционные преобразования» [3].

Тоталитарный крах, произошедший в истории России, привел страну к внедрению демократических принципов в политическую систему, а также в другие аспекты жизни граждан. Это способствовало развитию политических мифов, так как началась беспрекословная либерализация политического сознания высшего слоя общества [2].

Л.А. Васильева в своей статье отмечает, что в обществе людей бытует много мнений о политических мифах. Одни считают, что никаких политических мифов в нашем мире не существует, они верят в правдивость слов государства. Но другие люди считают, что как раз государство и способно создавать эти политические мифы. Влияние на сознание данных мифов возможно как с положительной стороны, так и с отрицательной. Ведь сами политики, «выпуская» созданные ими мифы в общество, хотят либо успокоить людей этими фактами, либо внушить доверие в их слова и действия. Что касается отрицательных мифов, то можно предположить, что их создают другие страны, преследуя единственную цель – разобщить народ соседнего государства, внести сомнение в сознание людей, дабы подорвать их доверие к собственным лидерам. Каждый человек понимает, что всё, связанное с политикой, не может быть не затронуто и самой мифологией [1].

Конкретно о политических мифах стоит сказать, что они были сформированы еще давно. Каждого правителя государства охватывал этот шквал мифов вне зависимости от того хорошо или плохо он правил. В данной работе приводится описание политических мифов в разные временные рамки. Все начинается с мифов про В.И. Ленина, в которых речь в основном идёт о пропаганде демократии и равенства народа. Люди, которые верят, что от них зависит будущее страны, сами начинают строить это будущее. Мифы продолжают и при правлении И.В. Сталина. Самым главным из них является миф о его победе в Великой Отечественной войне, хотя сейчас стало известно,

что им не было предложено ни одно военное решение. Современные же политические мифы начинаются со времён правления Б.Н. Ельцина о процветающей безработице и тотальном крахе экономике России.

Анкетирование, проведенное среди медицинских работников и учащихся Курского государственного медицинского университета в возрасте от 20 до 60 лет, указало, что люди знакомы с таким понятием как политическая мифология. Основным источником получения мифов – интернет, что связано с внедрением компьютеров в жизнь человека. Опрашиваемые обращают внимание на источники, от которых исходят мифы, но это немало влияет на их веру. Было выяснено, что влияние политических мифов на сознание людей велико, ведь с их помощью проще разобраться в политических аспектах. Поэтому к мифам прибегают и в случаях положительной пропаганды (по заказу самого государства), и для разобщения народа (от соседних стран и конкурентов).

Список литературы.

1. Васильева Л.А. Мифы современного политического сознания в России // Россия и АТР. 2004. № 4. С. 144-147.
2. Мифы и мифология в современной России / Под ред. К. Аймермахера и др. – М., 2000. 214 с.
3. Оноприенко Ю.И. Информационно-генетические истоки сознания // Вопросы журналистики. 2003. № 9. С. 53-69.

НЕОЯЗЫЧЕСТВО: ОТНОШЕНИЕ БУДУЩИХ МЕДИКОВ

Казанцева А.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что в современном мире отчётливо сложилось неоднозначное отношение к религиозным верованиям, что в большей мере связано с огромным количеством научных открытий последних десятилетий, совершивших переворот во всех сферах человеческой деятельности, оказав влияние и на мировоззрение людей. Возможно, по этой же причине формируется множество разнообразных духовных и псевдодуховных практик, религиозных организаций и сект. Среди них и неоязычество, представляющее собой религиозное течение, в основе которого лежат верования древних славян. Оно наиболее распространено в России и странах СНГ. Популярность данного течения связана с тем, что оно стремится противостоять негативным тенденциям развития общества и обращается к обычаям предков, тем самым возрождая представления об этнической уникальности, которая постепенно утрачивается в процессе глобализации.

Целью исследования является анализ причин популярности неоязычества в среде молодёжи.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

Неоязычество или «родноверие» – это совокупность общественно-политических парарелигиозных движений, которые обращаются к дохристианским верованиям и занимаются их реконструкцией. По мнению отечественного этнолога В.А. Шнирельмана, данный термин означает общенациональную религию, которая искусственно создается городской интеллигенцией из фрагментов древних локальных верований и обрядов с целью возрождения национальной духовности [2]. В качестве причин формирования неоязычества чаще всего называют кризис традиционной, консервативной религиозности и рост национального самосознания [3].

В Россию неоязычество пришло в начале XX века, но не смогло получить развития после октябрьских событий 1917 года. После 1991 года появились все условия для популяризации данного течения. Очерчены несколько регионов, которые можно назвать центрами распространения: Санкт-Петербург, Москва, Центральная Россия, Краснодарский край (сосредоточение южного неоязычества). Активное развитие данной субкультуры в этих регионах во многом связано с наличием множества разнообразных средств пропаганды и коммуникаций [2].

Также неоязычество можно рассмотреть как антихристианскую секту, в которой распространены националистические идеи. Нередко участники данного течения фигурируют в резонансных делах, связанных с экстремизмом. Важно отметить, что родноверы не являются истинными последователями традиций и образа жизни древних славян. Они лишь пытаются ему подражать, вырабатывая свою систему ценностей и комплекс обрядов, а также используя религию для достижения своих целей. Закрытость неоязыческих общин не позволяет полноценно исследовать данный феномен. Остаются нераскрытыми множество вопросов, которые должны и продолжают активно изучаться религоведами, философами, антропологами и историками. Уже собран богатый исторический материал, использующийся как в науке, так и самими неоязычниками для своей религиозной деятельности.

С целью изучения этого феномена среди студентов Курского государственного медицинского университета было проведено анкетирование. На вопрос о возможных причинах распространенности данного движения из 100 респондентов 47% выбрали вариант, согласно которому другие религии не полностью удовлетворяют духовные потребности людей. Также 28% опрошенных считают причиной популярности возможность познакомиться с жизнью предков, и 23% сослались на моду. Считается, что движение неоязычников в России и странах СНГ довольно распространено, но по результатам опроса было установлено, что с идеями этого течения знакомы 26% опрошенных, а имеют среди своего окружения последователей этой религиозной организации – 13%. Такие данные могут быть обусловлены тем, что для доказательства исторических корней неоязычества его деятели нередко

прибегают к научным фальсификациям. В связи с этим на вопрос о том, раскрывает ли родноверие истинную историю славянского этноса: ответ «да» был получен только от 13% респондентов; 37% ответили «нет» и 47% затруднились ответить. Кроме того, 76% опрошенных считают, что принятие христианства на Руси помогло развитию государства, и только 5% считают иначе. В последнее время многие исследователи обеспокоены усилением националистических действий среди родноверов. С тем, что идеи неоязычества возможно использовать в целях пропаганды согласились 36% респондентов, и 24% такое утверждение опровергли; также среди других ответов была проведена аналогия с фашистскими взглядами. Кроме того, 18% опрошенных считают, что неоязычество оказывает влияние на жизнь общества в целом, 28% считают наоборот, а затруднились ответить 58% респондентов. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что феномен неоязычества в нашей стране является не достаточно изученным, из-за чего и возникает негативная оценка и множество конфликтов и споров, как между учеными, так и религиозными деятелями.

Список литературы.

1. Рязанова С.В., Цолова А.И. Современное неоязычество: классификация, специфика и локальные варианты // Вестник Московского Университета. Серия 7: Философия. 2015. № 1. С. 96-106.
2. Шнирельман В. Неоязычество на просторах Евразии. – М., 2001. 56 с.
3. Щеглов А.М. Возвращение богов: Политическая социология неоязычества. – М., 1999. 19 с.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В РОССИЙСКОМ И ЗАРУБЕЖНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кисленкова В.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

За последние годы в России значительно увеличилось число жалоб на неквалифицированные действия медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. Наиболее опасные и часто встречающиеся из них – врачебные ошибки. Ошибки в любой связанной с деятельностью человека сфере – это достаточно сложное и опасное явление, но ошибки в медицине могут быть напрямую связаны с жизнью пациента, поскольку последствия некачественной деятельности врача в выполнении своей работы могут привести к непоправимым последствиям: инвалидность, потеря дееспособности и даже смерть пациента.

В российском законодательстве не существует понятия «врачебная ошибка». В общем смысле – это ошибка медицинского работника в его профессиональной деятельности, причиной которой является халатность или небрежность его поступков. С юридической точки зрения врачебную ошибку можно рассматривать как ненадлежащее исполнение действия либо бездействие медицинского работника, повлекшие за собой ухудшение состояния здоровья пациента или его смерть [1]. Стоит отметить, что в мире не существует единого понятия о том, что подразумевает собой термин «ошибка врача». Понятие «врачебная ошибка» близко термину «несчастный случай». Под этим словосочетанием в медицинской практике обычно понимают неблагоприятный исход лечения, связанный с обстоятельствами, не зависящими от действий врача или действий, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. Такого рода ошибки совершаются во всех отраслях медицины, но есть те, в которых это происходит наиболее часто, например, хирургия, гинекология (во время родов, при кесаревом сечении), педиатрия, анестезиология.

Огромное значение для каждой страны в профилактике врачебных ошибок играет статистика. Она позволяет проследить частотность подобных случаев, понять по какой причине происходят ошибки, в какой сфере практической деятельности они случаются чаще. В следствие этого можно оценить, насколько эффективны нынешние меры их предупреждения, и разработать новые методы предотвращения ошибок в сфере здравоохранения. Статистика врачебных ошибок в мире заставляет задуматься об их большом количестве. Только в странах Европы ежегодно в суды подается около 10 тысяч жалоб на медицинских работников, примерно половина из которых удовлетворяется судом на основании проведенных независимых экспертиз. В больницах Европы каждый год от последствий медицинских промахов страдает около 15 млн. человек. Таким образом, каждый девятый пациент сталкивается с тем, что в результате лечения наносится вред его здоровью или ухудшается качество его жизни.

На 2018 год отдельной нормы права, регулирующей вопросы врачебной ошибки, в Уголовном кодексе РФ нет. Отдельного закона о врачебной ошибке также не существует. Поэтому доказать, что именно действия врача нанесли вред здоровью больного, очень трудно [2].

Для того чтобы узнать мнение молодых людей касаясь врачебных ошибок и путей их предотвращения, мы провели социологическое исследование, в котором приняли участие 74 студента 1 и 2 курсов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Мы задали студентам ряд вопросов, первым из которых был: «Сталкивались ли Вы, Ваши родственники или знакомые с врачебными ошибками?»: 53% ответили, что сталкивались, 31% ответили «нет», и 16% затруднились ответить на поставленный вопрос. Проанализировав ответы на другие вопросы, мы выяснили, что, по мнению студентов, главной причиной врачебных ошибок является недостаточная квалификация врача (28%) и ошибки технического характера (19%). Самыми распространенными врачебными ошибками, по

мнению респондентов, считаются диагностические ошибки (48%) и назначение «неправильных» медикаментов (26%). В качестве наказания за совершенные ошибки медицинских работников студенты предлагают такую форму юридической ответственности как возмещение морального вреда, отстранение от работы и увольнение. Возможным решением обсуждаемой проблемы может послужить увеличение количества курсов повышения квалификации медицинских работников, повышение требований к техническому оснащению больницы и подготовке будущих врачей в ВУЗах.

Список литературы.

1. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине: (Филос. Очерки). – М.: Медицина, 1990. 220 с.
2. Мохов А.А., Мохова И.Н. Врачебная ошибка как актуальная проблема судебной практики // Медицинское право. 2004. № 2. С. 21-24.

ВНЕДРЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНУ, СОВРЕМЕННУЮ ЖИЗНЬ И СЕМЕЙНЫЕ ТРАДИЦИИ РОССИЯН

Клименко А.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.и.н., доцент Чальцева Т.А.

XXI век справедливо можно назвать веком биотехнологий. Современные биомедицинские знания позволяют очень глубоко проникнуть в человеческую природу настолько, что человек может сам стать ее «создателем» и «производителем». Особенно ярко это можно увидеть в репродуктивных технологиях и генной инженерии. В современном мире это тема очень актуально, ведь бесплодие и бездетные браки – это боль многих семей, так же и людей, которые не смогли создать собственные семьи. Именно поэтому появляется большая востребованность вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), широкий спектр которых предлагает сегодняшняя медицина [2].

Из-за того, что ВРТ затрагивает человеческую жизнь, возникает вопрос о правовых границах их применения. Каковы эти границы? Это фундаментальные нормы биомедицинской этики как принцип «не навреди», правило информированного согласия, правило правдивости, морально-этическая ответственность медицинского сообщества за социальные и религиозные аспекты ВРТ. Так же остро стоит вопрос о нравственных и этических границах и нормах, которые должны соблюдаться при ВРТ, как со стороны медицинского сообщества, так и со стороны соискателей репродуктивных технологий.

В ходе нашего исследования, направленного на выявление представлений о ВРТ и их непосредственном использовании в городе Курске, было опрошено 79 человек Курского государственного медицинского университета, среди которых 69 человек (87,3%) женщины, а оставшиеся 10 человек (12,7%) мужчины. На вопрос о том, знают ли респонденты о том, что такое ВРТ, из них лишь 25 человек ответили утвердительно, 41 – ответили «нет», оставшиеся 13 имеют лишь смутное представление о вспомогательных репродуктивных технологиях. Это говорит о том, что в нашем городе очень остро стоит проблема осведомленности населения о возможности использования ВРТ, о том, что оно в себя включает и о его преимуществах. Но проблема неосведомленности лишь одна из немногих, которые стоят на пути у большего внедрения ВРТ в современную жизнь человека. Еще одна из глобальных проблем – это позиции разных конфессий к вспомогательным репродуктивным технологиям. Например, официальная позиция Русской православной церкви заключается в том, что все формы экстракорпорального оплодотворения, включающие в себя заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов являются недопустимыми, так как, по мнению церкви, эти действия равны аборту. Донорство материала, суррогатное материнство также являются морально недопустимыми [2]. Такого же мнения придерживаются и католики, а протестанты в свою очередь недопустимым считают только случай с привлечением донорских материалов [3]. По данным же опроса, проведенного нами, 60,8% респондентов воспользовались бы ВРТ при невозможности родить собственных детей, 22,8% – ответили отрицательно и лишь 16,5% ответили, что взяли бы ребенка из детского дома, но не пользовались бы услугами ВРТ. Это говорит о том, что несмотря на то, что православие является ведущим направлением христианства в России, многие люди готовы воспользоваться современными технологиями, чтобы завести ребенка.

Еще, одним из главных критериев по внедрению ВРТ, является правильная подготовка медицинских работников, а в частности врачей женских консультаций. Проанализировав статью «Информированность врачей женских консультаций о вспомогательных репродуктивных технологиях», в которой были опрошены акушеры-гинекологи, все 100% опрошенных имеют представление о том, что такое ВРТ, но 30% из респондентов считают, что ВРТ это только процедура ЭКО; 35% имеют представление обо всех методиках репродуктивных технологий, в том числе и о суррогатном материнстве; остальные (35%) считают, что к ВРТ относится ЭКО с его модификациями [1]. Это говорит о том, что нужна еще большая осведомленность и подготовленность медицинских работников в этой сфере.

В целом, говоря о внедрении ВРТ в медицину, современную жизнь человека, можно сказать, что Россия находится лишь на раннем этапе развития. Существует много проблем, решение которых нам только предстоит найти для того, чтобы вспомогательные репродуктивные технологии могли помочь, как можно большему количеству людей.

Список литературы.

1. Алексеева, В.М. Информированность врачей женских консультаций о вспомогательных репродуктивных технологиях / В.М. Алексеева, М.А. Машина // Социология медицины. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 46-48.
2. Баова, А.Б. Этические проблемы новых репродуктивных технологий (на примере ЭКО) / А.Б. Баова, Суворина О.В., Гериханов И.И // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 5. – С. 554.
3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/141422.html> (дата обращения: 03.02.2019).
4. Социальная позиция протестантских церквей России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.religare.ru/print7724.htm> (дата обращения: 03.02.2019).

DESIGNER BABIES: ГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДИФИКАЦИЯ ЭМБРИОНА ЧЕЛОВЕКА

Коннова Д.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Демографическая ситуация в Российской Федерации носит неудовлетворительный характер. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота бесплодия составляет 17-20%, что свидетельствует о критической демографической ситуации. Актуальность темы состоит в росте диагноза бесплодия и детской смертности, которые сопровождаются необходимостью применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Целью исследования является реферировать, изложить перспективы вспомогательных репродуктивных технологий, возможность их применения в медицине и проблемы, которые включают в себя правовой и этический аспекты.

Материалы и методы – анализ статей, авторефератов диссертаций.

Результаты и обсуждения. Одной из самых интересных и одновременно опасной технологий является генетическая модификация эмбрионов и плодов. Сегодня у нас пока что работает принцип применения данной технологии в терапевтических целях, что соответствует рамкам медицины, но стоит учесть, что принципы евгеники и совершенствования человека возьмут вверх, и человечество будет производить генетическую модификацию эмбрионов человека. Бесспорно, нельзя игнорировать критерий действия в интересах будущего человека, а не осуществления мечты родителей. А если родители захотят ребёнка с нетрадиционной сексуальной ориентацией? Допускается возможность избавления ребёнка от таких мутаций, которые могут обуславливать онкологию. В целом, в настоящее время из-за серьёзных рисков

для здоровья, позитивную евгенику с помощью генетической инженерии всерьёз не рассматривают. Сейчас же главным критерием применения генетической модификации эмбрионов человека являются тяжёлые генетические заболевания.

XXI век – появление возможности генетической модификации эмбриона человека. Модификация имеет два пути направления: в терапевтических и репродуктивных целях. Современные технологии улучшения человека разрешено проводить исключительно в терапевтических целях, так как данный метод не затрагивает половые клетки. Второй путь ориентирован на зародышевые клетки, что делает результат непредсказуемым. Действующие запреты основаны на принятых законах о правах эмбриона человека [1]. В настоящее время возможно лечение мутации в митохондриальной ДНК, наследуемой от матери [3]. При полной легализации вмешательства в ДНК человека станет доступно не только создание «дизайнерских детей», но и главнейшая цель современных исследователей: лечение наследуемых заболеваний.

Новым методом лечения генетически обусловленных заболеваний является генная терапия, основанная на замене дефектного гена исправным или его полном выключении, то есть имеется ввиду внесение изменений в генетический аппарат человека в медицинском целях. На сегодняшний день открыто несколько технологий, позволяющих заменять мутантные гены здоровыми, но их внедрение проблематично. Это связано с затруднением методов диагностики наследственных заболеваний.

Клонирование человека также условно разделяют на терапевтическое и репродуктивное [4]. В последнее время сфера этой деятельности всё чаще рассматривается с точки зрения биоэтики. Как общество учёных, так и обычных людей взволнованы вопросами о правовом статусе клона в обществе, о последствиях клонирования, а также о постепенной утрате традиционных семейных ценностей и возможности возникновения нетрадиционных семей. В России разрешено терапевтическое клонирование, но находится под запретом репродуктивное.

Задача терапевтического клонирования заключается в получении стволовых клеток, генетически идентичных донору, с целью лечения тех или иных заболеваний. Сегодня медицина способна использовать метод терапевтического клонирования для лечения болезни Паркинсона, Альцгеймера, последствий онкологических заболеваний [2].

Таким образом, можно сделать вывод, что любой научно-технический прогресс, любое совершенствование должны основываться на принципе «не навреди». Пытаться запретить технологические инновации из-за развивающихся проблем неравенства было бы ошибкой. В этом случае, будет разумнее усилить перераспределение доходов с помощью налогов и предоставления бесплатных услуг.

Список литературы.

1. Панкратова Е.А., Перевозчикова Е.В. Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона человека // Медицинское право. 2006. № 2. С. 16-23.
2. Репин В.С. Терапевтическое клонирование: новая технология применения стволовых клеток для регенерационной медицины // Клиническая геронтология. 2003. № 5. С. 13–15.
3. Саввина О.В. Деторождение. От прежних табу до технологии улучшения человека. Прошлое, настоящее и будущее медицинских вмешательств в технологию человека. М.: Ленанд, 2018. С. 157.
4. Саввина О.В. Деторождение. От прежних табу до технологии улучшения человека. Прошлое, настоящее и будущее медицинских вмешательств в технологию человека. М.: Ленанд, 2018. С. 161.

УЧАСТИЕ ЖЕНЩИН В ВОЕННЫХ СОБЫТИЯХ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Коростелева В.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.и.н., профессор Кравцова Е.С.

Самыми трагическими эпизодами истории являются войны. 100 лет назад в мировой истории произошло событие, которое перевернуло мироустройство, захватив в свои действия всех: мужчин, женщин, стариков и детей, никого не обошло стороной. Это событие – Первая мировая война, в которую Россия была вынуждена вступить в 1914 г. и продолжалась она вплоть до 1918 года. Исход этой войны был велик для России – Гражданская война, революции, братоубийство, утрата веры, раскол общества, потери населения, рост осиротевших.

В годы Первой мировой войны огромные испытания легли на русский народ. Многие помнят и знают подвиги героев-мужчин, а женщин? Ведь настоящие русские женщины не могли находиться в стороне при данных событиях, они также смело отдавали свои жизни ради Отечества. Только печален тот факт, что многие героини забыты.

Несмотря на все тяготы, женщины активно принимали участие в помощи фронту. Одним из примеров помощи может служить запись девушек на сестринские курсы и помощь медицинскому персоналу. Уже к 1916 году на фронт было отправлено 17436 медицинских сестер [3].

Ярким примером героизма медицинских сестер на поле боя является подвиг Риммы Михайловны Ивановой. Она успешно окончила курсы медсестер и в январе 1915 года ушла на фронт, уже в сентябре этого же года у деревни Мокрая Дуброва Римма под огнем, рискуя жизнью оказывала помощь раненым. Когда во время боя погибли оба офицера, она сумела поднять роту в атаку на

вражеские окопы, которая увенчалась успехом. К сожалению, этот бой был для Риммы последним, разрывная пуля попала девушке в бедро. Командование Северо-Западного фронта представило Римму Михайловну Иванову к офицерской награде – ордену Святого Георгия IV-й степени, посмертно [2].

На фронт, кроме женщин-медиков, отправлялись и те, кто хотел принимать участие в военных действиях: лежать за пулеметом, ходить в атаки. И уже к началу 1917 года началась организация особых частей и подразделений, был создан Организационный комитет женских маршевых отрядов.

Мировую известность получила М. Бочкарева и деятельность «батальонов смерти», созданных 19 июня 1917 года. 21 июня этого же года на площади Исаакиевского собора состоялась церемония вручения новой воинской части знамени с надписью: «Первая женская военная команда смерти Марии Бочкаревой». Главной целью формирования частей из женщин – добровольцев было оказание патриотического воздействия на солдат-мужчин, путем участия женщин в боевых действиях.

В женских батальонах была установлена жесткая дисциплина, женщин стригли на лысо, их отличительной особенностью были черные погоны с красной полосой и эмблемой в виде черепа и двух скрещенных костей [1].

27 июня 200 бойцов этого батальона прибыли на Западный фронт в район города Молодечно. Полковник В.И.Закржевский, в подчинении которого находился батальон смерти, писал в донесении: «Отряд Бочкаревой вел себя в бою героически, все время в передовой линии, неся службу на равне с солдатами. При атаке немцев по своему почину бросился как один в контратаку; (женщины-добровольцы) подносили патроны, ходили в секреты, а некоторые в разведку; своей работой команда смерти подавала пример храбрости, мужества и спокойствия, поднимала дух солдат и доказала, что каждая из этих женщин-героев достойна звания русской революционной армии» [4].

По всей стране шло формирование женских частей. Также была сформирована первая Морская женская команда. Формирование происходило исключительно на добровольческом начале.

В январе 1918 года женские батальоны формально были распущены, но многие женщины продолжили свою службу в рядах белогвардейской армии [5].

Подводя итоги можно сделать вывод, что женщины в Первой мировой войне внесли колоссальный вклад для победы, проявив истинный героизм как на фронте, так и в тылу. Судьба женщин во время войны была крайне тяжелой, но они не сдавались, добровольно служили, терпели, умирали и рисковали собственными жизнями ради спасения Отечества. К сожалению труд героинь до сих пор не оценен сполна, но мы все равно обязаны хранить светлую память о тех, кто когда-то жертвовал своими жизнями ради будущего.

Список литературы.

1. Женские батальоны смерти в Русской армии [электронный ресурс]: Режим доступа: www.ruguard.ru/article/read/Jenskie_bataljony.html (дата обращения 6.03.19)
2. Иванова, Ю.Н. Храбрейшие из прекраснейших / Ю.Н.Иванова // Жизнь России в войнах. – М., 2002. – 88с.
3. Постернак, А.В. Очерки по истории общин сестер милосердия // А.В. Постернак. – М., 2001. – 176с.
4. Сеин, А.С. Женские батальоны и военные команды в 1917 году / А.С.Сеин // Первая мировая война. Дискуссионные проблемы истории. –М., 1994. – С.163-164.
5. Сеин, А.С. Женские батальоны и военные команды в 1917г. / А.С.Сеин // Вопросы истории. –1987. – № 10. – С. 51-67.

АПТЕКИ-МУЗЕИ: УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Косачева С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность работы состоит в попытке найти логичное объяснение возникшему интересу к аптекам-музеям как историческим памятникам. Начиная с 2000-х годов, в России началось постепенное восстановление старых аптек и организация в них музеев. Примером являются открытие приблизительно в одно время тульской и владимирских аптек-музеев, восстановление барнаульской «Горной аптеки», «Старой аптеки» города Евпатория; многие другие. Целью нашей работы является сбор и аналитика сведений о всех существующих сегодня музеефицированных аптеках нашей страны, а также сравнение отечественного опыта в этом отношении с богатыми традициями музеефикации аптек в ближнем и дальнем зарубежье.

В странах ближнего и дальнего зарубежья аптеки-музеи весьма распространены. Ценность коллекций аптек-музеев зависит от древности и полноты собрания. Наиболее ценными считаются коллекции, где собран весь интерьер аптеки: от мебели до кассового аппарата. Способ формирования коллекций в аптеках-музеях зарубежья базируется на историческом принципе. В основном за основу бралось всё содержимое закрывавшихся аптек, либо собиралось самое ценное в определенных географических границах. Зарубежные аптеки-музеи более богаты экспонатами и обычно включают несколько экспозиционных комплексов. В России, зачастую, интерьеры аптек-музеев не имеют особой исторической ценности, так как в основном воспроизводятся из современных материалов. Много трудностей возникает и с наполнением музейной экспозиции. В основном возраст экспонатов не превышает 100 лет. К сожалению, в нашей стране такие музеи создаются

практически на общественных началах, большинство экспонатов собираются сообща местными жителями.

Иностранные аптеки-музеи в своей деятельности используют коммерческие ходы: в них можно приобрести фирменные препараты, изготавливаемые по секретным старинным рецептам, являющимся до сих пор коммерческой тайной. В основном это мыло, саше, лосьоны, настойки, бальзамы, благовония. Это фирменная марка аптеки-музея, удачный рекламный ход для привлечения посетителей. Во многих таких музеях сотрудники имеют униформу в стиле прошлых лет.

Аналогичные методы привлечения посетителей только начинают использоваться в аптеках-музеях России. В «Старой аптеке» города Владимир активно велась работа, направленная на использование широко известной владимирской вишни или суздальских огурцов для изготовления какого-либо своего, местного, необычного изделия, изготовленного местными умельцами. За рубежом активно используется привлечение посетителей в аптеки-музеи посредством открытого общения. То есть посетители могут попробовать изготовить лекарственные препараты, почувствовать себя старинным аптекарем. На базе многих иностранных аптек-музеев действуют образовательные проекты. Например, во Флорентийской аптеке Санта Мария Новелла, которая сохранилась в историческом виде до сих пор, проводятся занятия по итальянскому языку, по предметам обихода и лекарственным средствам, которые могли изготавливаться в течение истории. В России такого вида деятельность мало развита. В основном, посетители могут знакомиться с экспонатами только визуально.

Среди первокурсников Курского государственного медицинского университета был проведён устный опрос. Тема опроса: посещали ли Вы когда-либо аптеку-музей? Большинство опрошенных студентов (95%) никогда не посещали такого рода музеи, остальные 5% посещали передвижные выставки, так или иначе связанные с историей медицины, но мало имеющие отношение к аптекам-музеям.

Наличие аптеки-музея, особенно в медицинском учебном заведении, просто необходимо. Выставленные в одном помещении старинные и современные приборы, препараты и пр. дают понимание, насколько далеко продвинулась медицина, но и насколько значительными и нужными являются результаты, достигнутые в прошедшие времена. Ввиду неразрывной связи лекарств и медицины, понимание того, как появлялись лекарства, как их готовили, как это увязано с развитием химии, физики, биологии очень важно и интересно.

Целесообразно открытие музея-аптеки на базе КГМУ. В близлежащих областях, за исключением Брянской, такого рода музеев нет. Но ввиду того, что это весьма затратное и трудоемкое мероприятие, то, для начала, возможно создание интерактивной аптеки-музея на сайте университета. Это может быть собрание самых интересных фактов об аптеках-музеях мира, их самых ценных экспонатах и необычных методах создания лекарств, которые использовали в давние времена и применяют до сих пор.

Список литературы.

1. IMPERIA MUSEUM: Российский онлайн-музей истории медицины и фармации // Аптекарь 2012. № 10. С. 35-38.
2. Егоров В.А., Абдулманова Е.Л. История фармации. Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2002. 321 с.
3. Корташов В. Аптека-музей во Львове // Аптекарь. 2010. № 14/15;
4. Кузыбаева М.П., Глянцев С.П. Из истории формирования и изучения медицинских коллекций в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 3. С. 12–27.
5. Семенченко В.Ф. История фармации. М.: ИКЦ «МарТ», 2003. С. 315.
6. Сорокина Т.С. История медицины. М.: Академия, 2005. 378 с.
7. Шамин А. Н. История аптек и аптечного дела. М.: OSF, 2000. 386 с.
8. Яровинский М.Я., Гончарова С.Г. Историко-медицинские музеи и выставки СССР. Библиографический указатель, М.: Медицина, 1978. 238 с.

ЭВОЛЮЦИОННАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ: ПРИРОДНАЯ И КУЛЬТУРНАЯ ИСТОРИЯ ЦВЕТОВОГО ЗРЕНИЯ

Костинова А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность этой работы носит прежде всего учебно-методический характер: сравнение учебных программ российской высшей школы с оперативными сообщениями научного интернета и новинками книжного рынка показывает, что абсолютное большинство преподавателей фундаментального естествознания выдают студентам материал полувековой, а и столетней давности. Их заставляют работать над методической формой своих учебных курсов, а на их содержание никто не обращает внимания. Про межпредметные связи нечего и говорить: взаимодействие разных кафедр и факультетов по координации своих рабочих программ давно забыто. Поэтому скромной целью настоящей работы было привести убедительные примеры тому – необходимости совершенствовать прежде всего содержание учебных курсов при подготовке будущих медиков.

Взять для показательного образца физиологию и психологию органов чувств высших животных и человека. Сегодня ее вопросы нельзя представить себе без открытий эволюционной биологии, генетики, зоопсихологии, этологии и социобиологии.

В рамках традиционной истории естествознания, физиологические основы цветного зрения были изложены в нескольких теориях. Согласно трехкомпонентной теории цветовосприятия М.В. Ломоносова, Т. Юнга, Г. Гельмгольца существует три основных, чистых цвета: красный, зеленый и

синий, при смешивании которых можно получить ощущение любого другого цвета. Э. Геринг интерпретировал результаты смешивания, предположив, что три первичных цвета обрабатываются системой зрения как оппонентные пары: красный и зеленый, желтый и синий, белый и черный. Каждой паре в сетчатке глаза соответствует определенное цветовоспринимающее соединение, которое реагирует только на цвета «своей» пары: синтезом на один цвет и распадом на другой. Подтверждая эти факты экспериментально, перечисленные авторы никак не объясняли не цветовой, а монохромный характер зрения у большинства других видов животных, а также явление дальтонизма у людей.

Говоря же более конкретно, зрительный анализатор у животных и человека претерпел сложную эволюцию, которая шла в сторону большего и лучшего приспособления глаза к восприятию окружающего мира в зависимости от особенностей организма определенного вида и среды его первоначального обитания. С точки зрения филогенеза самой древней функцией зрения является цветовосприятие. На протяжении многих лет преобладающей была гипотеза, согласно которой, все мы, приматы, выработали у себя способность видеть мир в цвете с целью нахождения спелых фруктов на фоне однотонной листвы. А несколько позже было высказано предположение, что способность различать цвета появилась у нас, чтобы замечать не плоды, а листья, отличающиеся по цвету. Действительно, среди продуктов питания у людей очень мало представлен синий цвет. Очевидно, эволюционно он ассоциировался у наших предков с порчей фруктов и был забракован естественным отбором на свежую и полезную пищу.

В 2006 году американский нейробиолог Марк Чангизи предложил альтернативную теорию, согласно которой появление цветового зрения связано с потерей сплошного волосяного покрова приматами в ходе эволюции [1]. Объясняется это тем, что заметить изменения окраски кожи можно только на оголенных участках. Данный факт позволяет лучше считывать физическое и эмоциональное состояния представителей своего вида. Способность оценивать физиологические показатели по цвету кожи, и вероятно, возникшее для этой цели цветовое зрение Марк Чангизи сравнивает с «цветовой телепатией». Действительно, только человек меняет цвет лица при той или иной эмоциональной реакции, причем произвольно (бледность, либо румянец). Оскал зубов у плотоядных эволюционно перешел в людскую улыбку: не только форму приветствия, но и предупреждения против возможных посягательств демонстрацией вооруженности клыками. Знак откровенной агрессии у зверей перешел в символическую агрессию у людей. А потеря волосяного покрова позволила начавшим сапиентацию древним приматам Южной Африки перейти от растительной пищи к плотоядной: заниматься загонной охотой на копытных, загоняя их бегом до теплового удара (так и сейчас охотятся отдельные племена африканцев). Человека от перегрева организма защищает интенсивный потообмен.

Распространенным дефектом цветового зрения, характеризующимся аномальным цветовосприятием, является дальтонизм. Умение правильно различать цвета играет важную роль в практической деятельности врача и

провизора, что объясняет необходимость диагностики дальтонизма с использованием полихроматических таблиц уже в приемных комиссиях медицинских учебных заведений. В ходе проведенного мной тестирования у некоторых студентов 2 курса лечебного факультета были выявлены незначительные отклонения от нормы цветного восприятия. Однако точно диагностировать формы и степень нарушения затруднительно, так как на результаты исследования оказывает влияние множество факторов. Вероятнее было бы разделение людей на «цветосильных» и «цветослабых». Будет лучше, если будущие медики будут проходить более строгий профессиональный отбор перед выбором этой ответственной профессии.

Список литературы.

1. Чангизи М. Революция в зрении: что, как и почему мы видим на самом деле. – М.: Аст, 2015. 304 с.

НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Красильникова С.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.и.н., доцент Чальцева Т.А.

Известно, что мимика, поза, жесты как элементы невербального поведения человека являются одной из первых приоритетных визуальных знаковых систем. В деятельности врача особое место занимает умение «читать» невербальное сообщение ребёнка, что является важным профессиональным качеством, позволяющим проводить более точную диагностику. Врач-педиатр должен уметь настроить с ребёнком такой контакт, который обеспечит более эффективное лечение в дальнейшем, а для этого, помимо профессиональной компетентности, он должен владеть знаниями о человеческом поведении, уметь определять социальные и психологические факторы, оказывающее непосредственное влияние на процесс лечения.

Уже после первого посещения педиатра одной из приоритетных задач является накопление положительного эмоционального опыта лечения у ребёнка. Для её выполнения перед врачом становится непростая задача: установить положительную коммуникацию для дальнейшего взаимодействия с пациентом. Существует два способа построения такой связи: вербальный и невербальный.

По утверждению психологов, за счёт вербальных средств человек передаёт лишь 7% информации, звуковых средств (в том числе голос, тембр, интонация звука) – на 38%, а за счёт невербальных средств – на 55% [2]. Приведённая статистика заставляет задуматься о роли и значимости

невербального общения в повседневной практике врача-педиатра и обратить особое внимание на жестикуляцию, мимику, позу как пациента, так и врача.

Невербальное поведение является важным критерием психического здоровья пациента, служит средством выражения его состояния и потому заслуживает особого внимания. Известно, что невербальное общение меньше поддаётся сознательному контролю человека в отличие от вербального, оно позволяет понять особенности человека, создать его психологический портрет, правильно выстроить взаимодействие с пациентом. По мнению Лабунской, невербальное поведение представляет собой внешнюю форму существования и выражения психического мира человека [1].

Навыки невербальной коммуникации будут полезны при взаимодействии педиатра с маленькими детьми. Ребёнок часто испытывает затруднения при определении характера боли, её локализации. Наблюдение за его поведением может помочь врачу получить необходимую информацию.

Чтобы определить тенденции в формировании отношения студентов к невербальным способам коммуникации, мы провели опрос среди учащихся первого и второго курса педиатрического факультета Курского государственного медицинского университета (всего 26 человек). В ходе анкетирования было выявлено, что большинство опрошенных считают возможным получение дополнительной информации о состоянии пациента благодаря невербальным коммуникациям (более 80%). В результате опроса выяснилось, что респонденты отдают предпочтение таким навыкам педиатра как интонация, громкость и тембр голоса (более 60%), на второе место поставили выражение лица, доброжелательную улыбку (более 50%), на третьем месте – направление взгляда, визуальный контакт (более 40%). Также стоит отметить, что к основным качествам педиатра респонденты отнесли жизнерадостность, спокойную речь, дружелюбный взгляд, умение расположить к себе в первую очередь родителей, а затем ребёнка, способность в игровой форме попытаться выяснить его состояние.

Для определения невербальных характеристик врача и пациента мы провели исследование в форме тестирования детей двух параллельных школьных классов, ученикам которых в среднем по 10 лет (всего 23 человека). Анкета включала 10 вопросов и варианты ответов к ним. Большинство опрошенных школьников (более 60%) редко посещают педиатра, при этом более 60% испытывают чувство тревоги на приёме у врача. По результатам теста выяснилось, каким качествам педиатра дети отдают предпочтение. Большинство опрошенных (более 90%) на первое место поставили специальные знания, навыки опыт; 50% респондентов в первую очередь обращают внимание на опрятный внешний вид, более 40% ценят доброжелательность и улыбку врача, и только 30% респондентов определили такие качества как серьёзность и сосредоточенность решающими.

Изученные особенности невербального взаимодействия врача с ребёнком в результате анализа полученных данных опроса среди студентов, а также тестирования учащихся начальных классов позволяют сделать вывод о

понимании роли и значимости невербального общения в повседневной практике врача-педиатра.

Список литературы.

1. Айслер-Мертц К. Язык жестов. – пер. с нем. К. Давыдовой. – М.:ФАИР-ПРЕСС, 2002. С. 160.
2. Лабунская В.А. Невербальное поведение (социально-перцептивный подход). – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1988. С. 84-85.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯ: ИНТЕРФЕЙС «МОЗГ-КОМПЬЮТЕР»

Куркина З.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Актуальность данного исследования состоит в том, что движения нашего тела – это сложный процесс, отслеживающийся огромным числом сенсорных рецепторов, но, к сожалению, в любой момент жизни способность человека к движениям и ощущениям может быть нарушена, в следствие чего пациент будет прикован к инвалидному креслу до конца жизни. Миллионы людей во всем мире страдают от сенсорных и моторных расстройств, которые были вызваны переломами позвоночника, инфарктом, заболеванием Паркинсона, амиотрофическим латеральным склерозом и иными патологиями, но так как высшие отделы ЦНС чаще всего остаются неповреждёнными и функционируют, разработка действенных методов реабилитации или устройств, восполняющих недостающие функции, – одна из важнейших задач современной медицины.

Основной целью исследования является анализ физиологических механизмов психических процессов и состояний на различных уровнях организации, изучение нейрофизиологических механизмов организации высших психических функций человека, а одной из главных задач является ответ на вопрос: может ли человек управлять телом силой мысли?

Информационной базой исследования являются книги А.В. Маркова «Эволюция человека», статьи О.С. Левицкой и М.А. Лебедева «Интерфейс мозг–компьютер: будущее в настоящем» и А.С. Кетте «Информационные технологии для людей с ограниченными возможностями». Методы исследования: анализ литературы, данные экспериментов, патенты.

Интерфейс мозг-компьютер (ИМК) – одна из самых многообещающих технологий в области лечения неврологических заболеваний и травм. ИМК позволяет установить связь между неповрежденными участками мозга и протезами отсутствующих конечностей, носимыми нейропротезами, инвалидными креслами, искусственными органами чувств и другими

устройствами, компенсирующими утраченные функции. В настоящее время ИМК быстро развиваются благодаря бурному росту вычислительных мощностей, робототехники, методов записи сигналов мозга и математических алгоритмов для их декодирования. Принято классифицировать ИМК на моторные (воспроизводящие движения), сенсорные (чувствительные) и двунаправленные (сенсорно-моторные) [3].

Способность двигаться и ощущать может быть нарушена в результате повреждения нервной системы. Миллионы людей по всему миру страдают от сенсорных и моторных расстройств, но зачастую высшие отделы мозга всё-таки сохраняют свою функциональность, но оказываются отрезанными от мышц, и в результате пациент не может двигаться, говорить или чувствовать. Для множества нарушений нет эффективного лечения, поэтому одной из главных задач современной медицины является разработка действенных устройств, восполняющих недостающие функции организма [2,3].

Данный вопрос остается актуальным на протяжении долгих лет, поэтому уже в середине 1960х годов проводились эксперименты на обезьянах, которым имплантировали мультиэлектродные матрицы для регистрации потенциалов коры и электрической стимуляции. Было показано, что сенсомоторная кора активировалась, когда обезьяны производили движения, а электростимуляция коры, наоборот, вызывала сокращение мышц [3].

В дальнейшем была выдвинута гипотеза о том, что управление наружными устройствами при помощи «мозг-компьютер» имеет много общего с внедрением инструментов, что доказывается в популярном опыте Маркова по исследованию нейропластичности у обезьян, обученных пользоваться граблями для подтягивания удаленных предметов [4], было установлено, что нейроны задней теменной коры, которые реагируют на предметы в зоне конкретного доступа руки, стали проявлять реакцию на предметы, которые находятся в границах досягаемости граблей. Другими словами, мозг «встроил» грабли в схему тела.

Таким образом, мы приходим к выводу о том, что долговременное использование ИМК может приводить к существенным изменениям: повышает пластичность головного мозга испытуемого, за счет этого искусственные конечности со временем могут встраиваться в модель тела и восприниматься мозгом как собственные, кроме того, нейроны, участвующие в управлении ИМК, меняют паттерны активности, а также изменяются связи нейронов друг с другом, в следствие чего меняется их чувствительность к направлению движения [1]. В наши дни данная тема особенно актуальна и требует подробного изучения в связи с ухудшением здоровья, физического развития и работоспособности населения.

Список литературы.

1. Левицкая О.С., Крылов Н.В., Капырин Н.И. Костюм функциональной электростимуляции для нейрореабилитации с применением виртуальной реальности // [Электронный ресурс]. Сколково Роботикс sk-news. Март 2014 [дата обращения: февраль 2016].

2. Левицкая О.С., М.А. Лебедев «Интерфейс мозг-компьютер: будущее в настоящем» // [Интернет] Научный медицинский журнал Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова март-апрель 2016. 4 с.

3. Торгашев А. Журнал «Кот Шредингера» // Нейроинтерфейсы: как управлять миром силой мысли.

4. Velliste M., Perel S., Spalding M.C., Whitford AS, Schwartz AB. Cortical control of a prosthetic arm for self-feeding // Nature. 2008. Jun 19; 453 (7198): 98–101.

ЭВОЛЮЦИЯ САХАРНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Куркина З.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.и.н, доцент Чальцева Т.А.

Актуальность данного исследования состоит в том, что сахар является одним из главных стратегических продуктов питания, а решение важнейших задач, связанных с выращиванием свекловицы и производством сахара, позволит снизить зависимость России от негативных колебаний на мировом рынке и значительно повысить уровень пищевой безопасности по сахару.

Цель исследования стало проследить эволюцию производство сахара в Российской империи с экономической, социальной точки зрения. Информационной базой исследования являлись научные тексты, справочник Л.В. Жукова, учебники А.С. Орлова, М.А. Исаева, С.И. Козеленко, учебно-методические пособия В.В. Кирилова, М.Н. Зуева, В.С. Парсамова, М.В. Кривошеева, научные и исторические статьи, архивные источники, монография А.Н. Бочарова, А.С. Травиной, Интернет-информация. Особое внимание при изучении материала было уделено: монографии А.Н. Бочарова, А.С. Травиной «Курский сахар», а также работе Спичак В.В. «Развитие сахарной промышленности в России» и другие.

Производство сахара занимало достойное место в Российской империи, уже с момента закладки фундамента первого сахарного завода 14 марта 1718 года по указу Петра I. до производства сахара в XIX в. из сахарной свеклы, что способствовало в России развитию в том числе и сельского хозяйства. В эволюции сахарного производства Российской империи можно выделить три основных периода:

1. С момента зарождения (1800 г.) до появления Комитета сахароваров (1834 г.);

2. С 1834 г. до введения акциза на сахар (1848 г.);

3. С 1848 до распада Российской империи 1917 г.

На первых свеклосахарных заводах производство сахара составляло, 9,8 тысяч кг, сырье на заводы привозили «из-за моря», сам сахар получали из сахарного тростника. Уже к 1913 году выработка составляла 123,7 млн кг и посевные площади сахарной свеклы составляли около 7 тыс. га. В XIX веке сахарная индустрия активно развивалась, за счет этого росла техническая оснащенность заводов не только в количественном, но и в качественном отношении, а одним из главных достижений того времени было увеличение числа паровых и гидравлических заводов [4].

Кроме того, стоит отметить, что возникновение свеклосахарной промышленности дало толчок развитию, не только сахарных заводов, но и производственных сил в сельском хозяйстве. В процессе эволюции производства резко возрастает спрос на свекловицу. Заводчики и другие хозяйства стали вводить свеклу в свои севообороты, что было выгодно в связи с гарантированным сбытом этого корнеплодного растения. Площадь, занятая под столь ценный продукт увеличилась с 1848 года по 1856 в 2,9 раза.

Необходимо обратить внимание на негативную сторону сахарной промышленности. Заводы, в частности огневые, требовали большого количества топлива, ввиду этого сахарозаводчики безжалостно вырубали вековые леса, что отрицательно сказывалось на окружающей среде, а именно приводило к образованию оврагов и обмелению рек.

Выводы. Несмотря на это, производство сахара приносило весомый доход в государственную казну Российской империи, а также развитие сахарной промышленности оказывало значительное влияние на другие сферы в Российской империи: политическую, социальную и культурную. Кроме того, Россия получила важный продукт питания, благодаря которому заняла выгодную позицию по производству сахара и на мировом рынке. Ввиду трудоемкости и важности процесса современного производства сахара многие исследователи интересуются изучением истории развития свеклосахарной промышленности и в наше время.

Список литературы.

1. Анисимов Е.В. История России от Рюрика до Путина. Люди. События. Даты. СПб.: Питер, 2013. 592 с.
2. Жукова Л.В., Кацва Л.А. История России в датах: справочник. М.: Проспект, 2013. 320 с.
3. Зуев М.Н. История России: Учебное пособие для бакалавров. М.: Юрайт, 2013. 655 с.
4. Чальцева Т.А. Сахарный акциз в Российской империи (на примере Курской губернии). Курск: КГМУ, 2019. 212 с.

ЦИНИЗМ В МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМА РАЗМЕРОВ?

Лифинцева О.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Профессиональные стандарты и обыденные традиции относительно поведения медицинских работников слишком идеализированы, «ангелоподобны» и почему-то игнорируют людские слабости или просто особенности выживания, которые неизбежны на практике той или иной профессии. Поэтому актуальность выбранной мной темы выглядит очевидной. «Жить у погоста, всех не оплачешь», гласит народная мудрость. Разумеется, любой медик обязан и юридическим законом, и корпоративной этикой проявлять внешние знаки внимания, обеспечивать тактичность при вербальном и невербальном общении с пациентами и их близкими, но нереально требовать от медиков действительного, по содержанию сопереживания всем бедам и страданиям больных людей. Иначе столь сентиментальные натуры скоро не выдержат профессионального «выгорания» и заболеют сами. Что, кстати сказать, и происходит со значительной частью медиков, которая пытается спастись от эмоционального «выгорания» с помощью бытовых наркотиков типа алкоголя или никотина, или «прячутся, по Фрейду, в невроз или даже в психоз. Так что рабочая гипотеза в моей работе сводилась к тому, что нельзя требовать от медиков полного отсутствия цинизма, либо скептицизма; требуется контролировать их размеры и формы проявления.

Цинизмом, как известно, называется поведение, которому чужды такие эмоции, как стыд, сочувствие, жалость, сострадание. Слово цинизм произошло от древнегреческого учения «киников» – «кинизма», которое рассматривалось как целое философское течение. Эта философия являлась методом борьбы со «злом» и несправедливостью в обществе (одним из «зол» был рабовладельческий строй, да еще в период острого кризиса в эпоху эллинизма или на закате Римской империи) [1], но постепенно перешла в отношение людей к окружающему миру, основанное на безразличии ко всему и принятии собственного мнения как единственного закона. Так цинизм как философский термин из философии перешел в массовую психологию [2].

Употребление слов, имеющих корень «цин-», таких как цинизм или циничность, в современном языке подразумевает имплицитное моральное суждение, которое означает презрительное, нередко наглое и бесстыдное отношение к чему-либо. Первое, что выдает Google или Яндекс поисковик в связке с вышеупомянутыми терминами, это слова медицина или врач. Действительно, о циничности врачей сегодня ходит немало историй, но не стоит путать два разных понятия, таких как циничность врача и халатность, грубость, хамство [3]. Ведь в медицине цинизм приобретает иное значение и обладает некой двойственностью. С одной – нормальной, в общем – стороны, это самоконтроль при сколь угодно стрессогенных обстоятельствах; а с другой,

худшей – проявление слабости духа и ответная агрессия на в чем-то неадекватное поведение окружающих.

С целью выявления значения слова цинизм в медицине мной был проведен опрос студентов 2 курса лечебного факультета КГМУ в количестве 62 человек. По результатам данного опроса цинизм в их понимании – это бесчувственность врача к людям (67,7%), которая необходима лишь в определенных ситуациях (48,4%), но важно заметить, что 75,8% студентов в общем считают, что врач должен обладать данным качеством. Именно проявление определенной бесчувственности помогает врачам в экстренных ситуациях принимать рациональные решения, и это является огромным плюсом культурного цинизма. Без этого здорового цинизма врач не может быть профессионалом, однако это не означает, что все человеческое ему чуждо. Хирурги, терапевты и онкологи – именно они по результатам моего исследования на базе Беловской ЦРБ Курской области (40 опрошенных представителей медицинского персонала) имеют более высокий уровень цинизма (42–44 балла) по сравнению с врачами других специальностей (к примеру офтальмолог – 15), и в тоже же время данные специалисты чаще всего страдают «синдромом профессионального выгорания» (хирурги, терапевты и онкологи имеют среднее значение – 55, 60; а остальные специальности более низкое – в пределах 32–51 баллов). Синдром профессионального «выгорания» – это обратная сторона медали цинизма в медицине, которая не помогает спасать людей, а лишь разрушает психологическое здоровье самого врача и тем самым влияет на состояние больного. Тогда возникает вопрос: нужен ли все-таки цинизм врачу? Мой ответ после проведения анализа таков: «Да, необходим, вопрос лишь в его размерах». Настоящая проблема остается в способах его формирования на разных стадиях обучения и самостоятельной практики медицинского работника.

Список литературы.

1. Нахов И.М. Кинизм и цинизм. Отжившее и живое (к истории понятий и слов) // Живое наследие античности. Вопросы классической филологии. Вып. IX. М.: изд-во МГУЮ 1987. С. 231-245.
2. Нахов И.М. Философия киников. М.: Мысль, 1982.
3. Слотердаик П. Критика цинического разума. Екатеринбург: изд-во Уральского ун-та, 2001. 584 с.

АНТИПСИХИАТРИЯ: ТОРЖЕСТВО ИРРАЦИОНАЛЬНОСТИ ИЛИ ПРАВООЗАЩИТНОЕ ДВИЖЕНИЕ?

Логвинова И.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Антипсихиатрия предстает своеобразным явлением для ряда гуманитарных дисциплин, прежде всего, социологии, психологии, культурологии и философии. Антипсихиатрическое движение начало свое существование и продолжило дальнейшее развитие преимущественно в Великобритании, Соединенных Штатах Америки и Италии. Именно этими странами было положено начало экспериментальной базы антипсихиатрии, именно здесь был запущен процесс деинституционализации психиатрии. Постепенное развитие антипсихиатрических теорий по всему земному шару происходило по образу и подобию идеологии этих стран. Крайне важно проследить генезис, эволюционное развитие и спектр проблем антипсихиатрии [1]. Это позволяет нам овладеть ценной информацией об особенностях западной культуры и философии второй половины XX века, открывает возможность почувствовать интеллектуальную среду «эпохи шестидесятых». Несмотря на существующее мнение о неизвестности антипсихиатрии в наше время, о потере былой популярности, на Западе и в других странах до сих пор выходят книги, посвященные ее проблематике, не угасают споры о границах и основной направленности этого движения. Например, в современности идеи антипсихиатрии получили распространение в Индии [3]. С точки зрения медицины актуальность данной темы раскрывается в отражении развития психиатрии как науки в её историческом контексте: начальной деинституционализации и последующим процессом внедрения гуманистического подхода в отношении к психически нездоровым пациентам.

Современная медицина в области психиатрии без сомнения шагнула далеко вперед в сравнении с эпохой «первопроходцев» антипсихиатрии. Стоит отметить, что проблематика антипсихиатрии соотносится с проблематикой философии того времени: проблемы свободы и принуждения, соотношения индивидуального и социального в личности, субъективности, механизмов функционирования власти и ее институтов, экзистенциальных основ бытия человека. Антипсихиатрия внесла определенный вклад в развитие гносеологического и онтологического течения в философии. Разнонаправленность и глубина мысли мировоззренческих позиций главных идеологов движения повлекла за собой вынесение в свет злободневных проблем общественности, дремлющих в тени тогдашней психиатрии. Антипсихиатрия как антипод и главный ингибитор прогрессирования классической психиатрии дала ей мощный толчок к развитию, указав на слабые места в её практике. Антипсихиатрия, кроме того, являлась крайне радикальной формой правозащитного движения в отношении психически нездоровых пациентов. Во многом благодаря деятельности антипсихиатров было положено

начало принципам этики и гуманистическому подходу в области оказания медицинской помощи пациентам психиатрических клиник. Призыв к человечности, принятию социальной природы большинства психических заболеваний – было главной целью идеологов движения. Несомненно, что антипсихиатрическое движение XX века является знаковым и ключевым событием для отражения настроений и философии середины прошлого столетия [2].

В рамках заявленной темы мы проанализировали зарубежную статью «Antipsychiatry: Meeting the challenge» (Nimesh G. Desai), в которой отражено влияние антипсихиатрии в современной Индии. Автор утверждает, что в Индии до сих пор популярны идеи антипсихиатрии. Он настаивает не на контрастности психиатрии на своего «противника», а скорее на пути компромиссного решения острых проблем. В статье упоминается о неких притеснениях и превышении полномочий врачей-психиатров и в наше время, ведь границы психических заболеваний до сих пор остаются достаточно неясными и размытыми. Стоит отметить также необходимость партнерских отношений в системе «врач-пациент», а не сугубо патерналистских, какими мы привыкли их видеть.

Выводы. Таким образом, в ходе нашего исследования мы проследили, как антипсихиатрия помогла избавиться от неприступной стены между психиатрами и их пациентами, дала начало новому пониманию гуманизма в этике психиатрии, стала основой для юридического регулирования прав психически больных, стала основой развития равноправных и этически корректных отношений между врачом и пациентом в сфере психиатрии, а также средством отражения важных проблем, касающихся наиболее уязвимой страты пациентов, заложила основы целой ветви научных дисциплин.

Список литературы.

1. Власова О.А. Антипсихиатрия: социальная теория и социальная практика. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. 412 с.
2. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие: монография. М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. 216 с.
3. Nimesh G. Desai Antipsychiatry: Meeting the challenge // Indian J Psychiatry. 2005, Oct-Dec. 47(4). P. 185-187.

ДЕПРИВАЦИЯ СНА И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Лукьянова Т.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кульсеева Т.Г.

Сон представляет собой вечно актуальную междисциплинарную проблему, у которой всегда имеются медицинские, клинические аспекты [1].

Одним из них являются многообразные нарушения сна – его банальная нехватка или же ухудшение качества (результатом чего всегда является истощение нервной системы и подрыв иммунитета ко многим заболеваниям; например, ускорение менопаузы у женщин или же импотенции у мужчин). Другое известное направление медицины сна – его использование как материала для диагностики вызванных другими причинами заболеваний (здесь пионером выступил З. Фрейд с его психоанализом сновидений ради расшифровки причин неврозов) [4]. Целью нашего исследования была дополнительная проверка некоторых концепций сомнологии (науки о сне) методом социологического опроса студентов-медиков.

В последнее время интерес к проблеме сна и его недостатка значительно возрос. Эта крайне серьезная тема, находящаяся на стыке клинической психологии и медицины сна, в ноябре 2018 года рассматривалась на Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы сомнологии» в конгресс-центре I МГМУ им. И.М. Сеченова [3]. Более 100 докладчиков представляли результаты экспериментального изучения таких нарушений сна, как обструктивное апноэ, инсомния, гиперсомния, навязчивые сновидения; прерывистый сон; другие расстройства. Многие из них несут опасность не только самому индивиду, пораженному бессонницей разной этиологии, но и всему социуму, поскольку влияют на безопасность транспорта, круглосуточного производства, вообще качество жизни многих людей. Отмечалось, что нарушения нормы сна заметно растут все последние годы, и связано это как с прогрессом цивилизации, так и с моментами ее кризиса в отдельных странах, включая Россию. Между тем узких специалистов по сомнологии готовится очень мало, и на периферии их практически нет. Помощь против бессонницы приходится оказывать врачам общей практики, медицинским психологам и психиатрам, чей опыт здесь явно недостаточен.

При длительной одноразовой или хронической депривации (сокращении) сна нарушается деятельность практически всех систем органов. Негативные физиологические и психические последствия могут носить различный характер и разную степень тяжести. Помимо отрицательных воздействий, депривацию сна применяют в качестве немедикаментозного лечения некоторых видов депрессии. Также ее осознанно используют некоторые люди (артисты, богема, невротики) для получения эффекта (куража), схожего с алкогольным и / или наркотическим опьянением. Полный отказ от сна на сколько-нибудь промежуточный срок (большой нескольких дней), очевидно, невозможен, поскольку противоречит эволюционной логике жизни высокоорганизованных организмов [2]. В клинической практике регистрируется не полная бессонница, а предельное сокращение продолжительности сна, который в силу своей мимолетности не оставляет следов в памяти пробудившегося пациента.

Нами проводилось анкетирование среди студентов КГМУ, целью которого являлось выявить влияние депривации сна на образ жизни студентов-медиков. В исследовании приняли участие 217 человек с различных факультетов и курсов (в основном 2 курса лечебный факультет). По результатам исследования можно сделать следующие выводы. Большинству

студентов не хватает привычных для среднестатистического россиянина 7-9 часов для сна в сутки, хотя некоторые из них спят еще и днем по 2-4 часа, высыпаясь всего 1-3 раза в неделю независимо от места проживания. Это говорит о том, что проблема депривации сна очень важна и ощущается студентами КГМУ достаточно остро. Более четверти студентов думают, что у них хроническое недосыпание, связанное, в основном, с загруженностью учебной/работой и проведением большого количества времени в Интернете. Выявлено отрицательное влияние недостатка сна из-за большой загруженности учебной в университете на психическое и физическое здоровье практически половины студентов. У большинства респондентов самое длительное время депривации сна за время учебы в университете не превышает 18-36 часов, но у некоторых студентов максимальное количество часов без сна достигает 120 часов, что говорит о возможной заинтересованности в применении методики длительной депривации сна.

У студентов возникают различные физиологические и психологические эффекты на грани медицинской нормы/патологии вследствие депривации сна, среди которых наиболее популярны следующие: усталость и сонливость прямо с утра, после пробуждения, либо же гиперактивность и слишком длительное бодрствование, трудности с отходом ко сну, засыпанием; головокружение и головная боль; трудность в занятиях спортом и вообще активным отдыхом; похожие на депрессию симптомы – замедленное время реакции, рассеяние внимания на занятиях и, особенно, на досуге; падение остроты зрения.

Выводы. Большая часть опрошенных не верит, что депривацией сна лечат депрессию, но верит в то, что она применялась или до сих пор применяется для пыток пленных или заключенных. Это говорит об осознанности студентов по поводу негативного влияния депривации сна на психическое и физическое здоровье человека. Между депривацией сна и образом жизни студентов-медиков имеется прямая, причем отрицательная связь, что доказывают результаты проведенного исследования.

Список литературы.

1. Вейн А.М. Сон: тайны и парадоксы. М.: Эйдос-Медиа, 2003. 200 с.
2. Львов А.В. К эпистемологии сновидений. Европейский опыт // Эпистемология & философия науки. 2005. Т. 4. № 2. С. 104-113.
3. Российская газета. 2018. 16 ноября. № 289. С. 9.
4. Morin Ch.M. Insomnia. New York: Kluver Academic, 2003. P. 28.

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ:
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА**

Мамонтова А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.и.н., д.филос.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность моей работы состоит в необходимости формирования у будущих медиков довольно широкого культурного кругозора и научных принципов мышления, особенно применительно к тому идейному материалу, которые имеют прямое или косвенное отношение к здоровью или болезням людей. К этому кругу вопросов относятся демографические, относящиеся к массовым характеристикам народонаселения той или иной части света. А среди этих вопросов демографии – вопрос о средней продолжительности жизни людей. Ученые не так давно (в 2016 году) установили предел человеческой жизни. Группа генетиков под руководством Яна Вийджа из университета Нью-Йорка (США) определила его примерно в 100 лет [1]. Наличие супердолгожителей, проживших около 120 лет, настолько (пренебрежимо) редко в человеческой популяции, что не опровергает, а подтверждает указанный прогноз. Однако максимальный показатель в 80–100 лет средней продолжительности жизни был достигнут только в результате нескольких тысяч лет развития цивилизации и только в редких по своей экологии и культуре районах Земли (анклавах вроде Японии или Абхазии). К этому демографическому «потолку» человечество шло долгим путем, проследить который и составляет цель моей работы.

Антропологами и демографами подсчитаны средние сроки жизни человечества в разные эпохи мировой истории и в разных культурно-исторических регионах Земли. Так, австралопитеки жили в среднем 19,8 лет; Homo Erectus – 22,8 лет; неандертальцы – 22,9 лет; люди верхнего палеолита – 31,0 год; мезолита – 32,3 года; неолита – 32,1 год. Столь малая продолжительность жизни людей была связана с неблагоприятными условиями среды, ранней смертностью и быстрым старением [3].

Средняя продолжительность жизни в период Античности составляла в среднем 22-30 лет. Основными причинами смертности были войны и эпидемии. В Средние века продолжительность жизни увеличилась всего на 5 лет и составляла 30-34 лет, при этом мужчины жили на 2-3 года дольше, чем женщины. Причинами смертности все так же оставались войны, антисанитария и неразвитая медицина. В Новое время СПЖ людей вплоть до XIX века оставалась на том же уровне, в Англии в 1861-1865 годах она увеличилась и стала равна 39,8 года. Это было связано с открытием родильных домов и введением асептики. В Российской империи оставалась на уровне 30,54 года (1896–1897 гг.).

С изобретением пенициллина в 1928 году значительно увеличилась СПЖ населения (примерно на 33 года). Люди в 1930 году оценивали ожидаемую продолжительность жизни 39-41 год. После изобретения и широкого внедрения

антибиотиков вследствие развития медицины произошли чудесные изменения, и уже в 1950 году продолжительность жизни составляла в среднем 60-65 лет.

Преодолеть же указанный выше рекорд долгожительства невозможно ни при каких условиях. Именно на стыке XX–XXI веков человечество в лице самых передовых в технологическом отношении стран (таковых около 40) вышло на максимальное плато средней продолжительности жизни; ее показатели устойчиво стабилизировались и в отдельных регионах несколько уменьшаются. Скорее всего, человечество уже поставило свой демографический рекорд, и он не будет побит.

В современном мире демографическая ситуация среди стран мира отличается, об этом говорят и различия в показателях СПЖ населения. В 2017 году средняя продолжительность жизни в США составляет 78,7 лет, основными причинами смертности являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. В странах Евросоюза средняя продолжительность жизни составляла 80,9 года в 2016 году. В странах Африки средняя продолжительность жизни на 2017 год составляет 64,97 лет, основными причинами смертности являются ВИЧ, СПИД, войны и низкий уровень медицины. Средняя продолжительность жизни в Японии на 2017 год у женщин – 87 лет, а у мужчин – 81 год. Такой высокий уровень связан со здоровым образом жизни и высоким уровнем развития медицины.

В России этот показатель на 2017 год равен 67,51 лет у мужчин и 77,64 года у женщин, что является относительным прогрессом по сравнению с «демографической ямой» 1990-х годов (Тогда изучаемый показатель СПЖ был равен 64,52 г.). Кричащий разрыв в средней продолжительности жизни между Европой и Россией удалось уменьшить, однако она в России по-прежнему кратно меньше [2].

В Курской области средняя продолжительность жизни составила 70,94 года на 2017 год. Эта область занимает 48 место в показателе СПЖ по России, то есть занимает место примерно в середине общего списка субъектов Российской Федерации.

Список литературы.

1. Бужилова А.П. *Номо sapiens: история болезни*. М.: Языки славянской культуры, 2005. 320 с.
2. Вишневский А.Г. и др. *Демографическая модернизация России: 1900-2010*. М.: Инфра, 2016. 389 с.
3. Галлахер Дж. Американские ученые: предел продолжительности жизни // Российская газета. 2017. 21 февраля. № 57. С. 8.

ГОМЕОПАТИЯ: СЕАНС ОКОНЧАТЕЛЬНОГО РАЗОБЛАЧЕНИЯ?

Муртузалиева М.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность исследования состоит в том, что метод лечения гомеопатией и остается популярным и в наши дни, что вызывает определенный интерес к данной теме. Вот уже с конца 18 и начала 19 века и по наши дни этот вид альтернативной медицины пользуется спросом и применяется многими людьми для лечения болезней.

Целью исследования является изучение гомеопатии с разных сторон, вследствие чего были поставлены следующие задачи: изучение гомеопатии как вида целительного искусства, знакомство с историей возникновения этого вида лечения, сравнении гомеопатии с другими методами врачевания (в особенности с методом плацебо) и рассмотрении гомеопатии в России.

Материалы и методы: социологический опрос, метод сравнения, метод средних величин, графический метод, контент-анализ.

Результаты и обсуждения. Гомеопатия представляет собой обширную сферу альтернативной медицины. Хоть и возникает много споров по эффективности этого метода лечения, но он все равно широко используется. Происхождение такого метода врачевания связано с именем немецкого врача Самуэля Ганемана, который провел эксперимент на себе и принимал кору хинного дерева, что бы проверить, лечит ли она малярию. Через некоторое время, С.Ганеман заметил, что кора хинного дерева действует. Так как при приеме коры у него отмечались такие же симптомы, как и при заболевании, то и был сделан вывод о лечении веществами, схожими с симптомами болезни. После, он провел много опытов с пациентами и открыл новый метод лечения. Гомеопатия намного отличается от аллотропии. Главные принципы гомеопатии состоят из 2 положений: лечение «подобного подобным» и большое разведение действующего вещества. Первое положение гласит, что лечение определенных симптомов нужно проводить такими средствами, которые у здорового человека вызывают эти же недуги. Но так как в большой концентрации эти средства вызывают сильное проявление симптомов, то было принято разводить их в ничтожно малых дозах, о чем гласит 2 положение.

На данный момент можно сказать, что гомеопатия существует как особый способ лечения, но все-таки традиционная медицина намного превышает эти показатели. Во многих странах гомеопатические препараты исключены из списка страховки. В России с февраля 2017 года РАН выпустила меморандум «о лженаучности гомеопатии», где уже заголовок гласит, о негативном отношении к этому виду лечения. Основная суть меморандума гласит, что «...принципы гомеопатии и теоретические объяснения механизмов ее предполагаемого действия противоречат известным химическим, физическим и биологическим законам, а убедительные экспериментальные подтверждения ее эффективности отсутствуют. Гомеопатические методы

диагностики и лечения следует квалифицировать как лженаучные» [1]. Так же в меморандуме приведены ответы на часто задаваемые вопросы и рекомендации по отношению к гомеопатии, различные исследования о неэффективности и даже вреда её применения.

По данным анкетирования, которое было проведено в рамках курсовой работы, тоже можно сделать некоторые выводы. Например, на вопрос «Вы используете гомеопатические препараты?» (таблица 1).

Таблица 1. Вы используете гомеопатические препараты?

Вариант ответа	Ответ, %
Да, и пользуюсь ими постоянно	0
Да, но пользуюсь редко	17,5
Нет, но хотел(а) бы начать пользоваться	1,8
Нет, и нет желания начинать пользоваться	80,7

Большинство опрошенных ответило, что не хочет проявлять желания пользоваться гомеопатией. Возможно, на их решение и повлиял меморандум от РАН, тем более за 2 года, как выпустили его, пропаганда гомеопатических препаратов была намного снижена. Так же на вопрос «Вам советовали гомеопатический метод лечения?» большинство опрошенных (68,4%) ответило, что им не советовали этот метод лечения. А если же и советовали, то в большинстве от знакомых или родственников (12,3%) или от интернет-ресурсов и рекламы (8,8%). Со стороны врачей или работников аптеки был наименьший ответ (7% и 1,8% соответственно). Из результатов по этому вопросу, можно сделать вывод, что пропаганда лекарственных средств со стороны медицинских работников наименьшая, и что в будущем, возможно, лечение гомеопатией потеряет свою актуальность. Так же и в соответствии с предыдущими вопросами, совпадает мнение со следующими вопросами (Таблицы 2, 3).

Таблица 2. Вы когда-либо были на приеме у специалиста-гомеопата?

Вариант ответа	Ответ, %
Да, и пойду еще	1,8
Да, но ходить больше не хочу	1,8
Нет, но хотел(а) пойти	19,3
Нет, и не хочу идти	77,2

Таблица 3. Вы бы посоветовали вашим знакомым лечение гомеопатией?

Вариант ответа	Ответ, %
Да	1,8
Нет	49,1
Затрудняюсь ответить	49,1

Выводы. Ответы на вопросы подтверждают, что заинтересованность опрошенных в лечении гомеопатией низкая. Хотя около половины на последнем вопросе, все таки не решили, смогут ли они посоветовать лечение гомеопатией или нет. Может на этот ответ повлияла общая неосведомленность людей о гомеопатии.

Список литературы.

1. Варшавский В.И. Практическая гомеопатия. М.: Инфра, 1989. 176 с.
2. Гомеопатическая фармация: введение и руководство // Сборник учебных пособий для системы послевузовского профессионального образования провизоров / сост. Т.Л. Киселева, А.А. Карпеев; под ред. И.А. Самылиной. М.: изд. ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрави, 2007. 116 с.
3. Коган Д.А. Гомеопатия и современная медицина. М.: Медицина, 1964. 205 с.
4. Меморандум Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований О ЛЖЕНАУЧНОСТИ ГОМЕОПАТИИ // URL: <http://klnran.ru> (дата обращения: 12.02.2019 год).
5. Недруги и покровители гомеопатии // URL: <https://www.bibliofond.ru> (дата обращения: 10.03.2019 год).
6. Попова Т.Д. Materia medica. Гомеопатические лекарства. М.: УРСС, 1992. 191 с.
7. Симеонова Н.К. Тайны гомеопатии. Руководство по гомеопатии в диалогах. Киев: «Академпресс», 1998. 105 с.
8. Смит Дж. Псевдонаука и паранормальные явления. Критический взгляд / Пер. с англ. 2-е изд. М., 2014.
9. Фон Гергардт А. Гомеопатия. Практическое руководство. М.: Изд-во «Двойная звезда», 1993. 534 с.

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ В РОССИИ В 60-70 ГОДАХ XIX ВЕКА ПО ВОПРОСУ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЕННОЙ РЕФОРМЫ

Муханова К.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.и.н., профессор Кравцова Е.С.

Несмотря на дискуссии в обществе в 1860-1870 годы происходил переход от рекрутской к всеобщей воинской повинности.

Крымская или Восточная война 1853-1856 годов – это война между Российской империей, с одной стороны, и коалицией в составе Британской, Французской, Османской империй и Сардинского королевства, с другой. Эти боевые действия происходили на Кавказе, в Дунайских княжествах, на Балтийском, Чёрном, Азовском, Белом и Баренцевом морях, а также на Камчатке и Курилах. За это время произошло семь рекрутских наборов, но после войны в течение 6 лет наборы не проводились. Спустя восемь лет по инициативе военного министра Д.А. Милютина при Государственном совете, под председательством действительного тайного советника Н.И. Бахтина, была создана комиссия, задачей которой являлась отмена существующих в рекрутском наборе варварских приемов. Работа проводилась медленно из-за того, что не была определена часть населения, которая должна была быть привлечена или освобождена от призыва. В связи с международной обстановкой, в правительстве «заговорили о том, достаточны ли наши вооруженные силы для ограждения безопасности России в случае каких-либо новых политических пертурбаций в Европе» [1, с. 76].

Бывший министр государственных имуществ и посол России в Париже П.Д. Киселев считал, что гарантировать защиту страны «без обременения народа», можно лишь «под ружьем всех годных для того людей и держать их на службе только несколько недель подобно тому, как это делается в Швейцарии». А в 1868 году он заявил, что в таком государстве, как Россия, можно было принять в основание организации вооруженной силы народное творчество. Д.А. Милюлин, являясь племянником Павла Дмитриевича, утверждал, что так называемые «ландштурмы и национальные гвардии» служат вспомогательной силой в подкреплении постоянной армии.

П.Д. Киселев в кратком отчете за 1868 год докладывал императору Александру II о невозможности замены регулярной армии ополчением, из-за ряда причин: суровый климат, большие расстояния, проведение сборов планировалось в летнее время года, что вредило сельскому хозяйству. Однако Милютин, считал необходимым создание резерва армии и предлагал образовывать группы людей, которые были бы обучены военному делу.

Через два года Дмитрий Алексеевич получил разрешение императора на разработку нового устава о личной воинской повинности.

После повеления Александра II о распространении прямого участия в военной повинности, общество разделилось на две половины, одна из которых считала, что введение воинской повинности приведет государство

в гнев. А другая предполагала, что привлечение к обязательной службе наоборот повысит нравственный дух не только армии, но и населения.

В 1871 году, записка, которую написал Г.Б. Бланк, была передана императору Александру II на рассмотрение, а затем отправлена военному министру. Григорий Борисович выдвигал идеи о создании системы для внутренней защиты при вторжении неприятеля, а также идеи об обучении военному делу населения в местах его жительства, с испытаниями. Чтобы избежать всех проблем, в том числе падение нравственности народа, Г.Б. Бланк предлагал обучать людей военному искусству малыми партиями по приходам.

Рассматривая тему общей военной повинности, Бланк опасался, потому что считал, что жеребьевая система не была справедливой. Так, из-за различных льгот для чиновников могли появиться привилегии в ущерб «земледелию, промышленности, торговли» [3].

По «высочайшему повелению» 5 января 1871 года, к работе о воинской повинности приступили две комиссии. У них была разная направленность, то есть одна разрабатывала «Положение о воинской повинности», а другая занималась «Положением о запасных, местных и резервных войска и государственным ополчением». Император назначил Ф.Л. Гейдена председателем комиссий. А Д.А. Милютин руководил общей работой. В состав комиссии входили не только представители министерств или ведомств, но и представители разных сословий и групп населения. На заседаниях Устава о всеобщей воинской повинности, рассматривались способы комплектования армии и исполнение воинского долга. 28 сентября 1871 года на комиссии обсуждалась записка Г.И. Невельского, который считал, что принятый закон о всеобщей воинской повинности, наряду с обороной государства, не должен вредить сельскому хозяйству. Он предполагал, что «люди, оторванные от производительного труда для пополнения армии» [2], по окончании службы не захотят вернуться к своим занятиям. Но члены комиссии не поддержали Невельского, ссылаясь на то, что невозможно призывать в армию только несельскохозяйственное население, потому что это противоречит основному принципу защиты отечества всех поданных государств.

Д.А. Милютин представил в Государственный совет проект «Устава о воинской повинности», который, несмотря на дискуссии, в 1874 году был принят Александром II, а также подписан к нему манифест.

Список литературы.

1. Милютин Д.А. Воспоминания. М., 2002. 363 с.
2. Рудник С.Н. Воинская повинность, какой ей быть? Дискуссии о воинской обязанности в русском обществе 60-70-х гг. в. // Война и повседневная жизнь России XVII-XX вв.: Материалы Международной научной конференции. Пушкина, 2014. С. 78-85.
3. Шалашная В.А. Механизм принятия государственных решений в Российской империи в эпоху преобразований Александра II: автореф. дисс. ... канд. истор. наук. 07.00.02. М., 2011. 24 с.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК ПРАКТИКА ВРАЧЕВАНИЯ ДУШИ

Мухтарова Д.Ш.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Профилактическая и клиническая медицина в условиях современной цивилизации все активнее обращает внимание на культурные практики человечества, относящиеся к сфере искусства. Однако арттерапия, особенно в психиатрии и педиатрии, обычно ассоциируется с искусством изобразительным – рисованием и прочей живописью. В моей работе изучено не менее, а, скорее всего, большее эффективное для нормализации души и тела занятие – музыка и танец. В малой изученности психофизиологического эффекта от этого, можно сказать, ритм-искусства, и состоит актуальность моей работы.

Целью исследования послужили литературные и видеоматериалы, обобщающие опыт контролируемого воздействия музыкотерапии на организм и психику наблюдаемых медиками людей. Кроме того, был проведен анкетный опрос студентов 1-2 курсов лечебного факультета и целью определить роль музыки и танцев в организации досуга и отдыха современной российской молодежи.

Музыка и танец, по утверждению археологов, – ровесники человечества, а этнологи обнаруживают наличие этих видов искусства у всех без исключения народов Земли. С давних времен люди подметили благотворное воздействие гармоничных музыкальных звуков и ритмов на душевное и физическое состояние человека, зафиксировав свои наблюдения в многочисленных мифах и легендах. Между тем, в условиях индустриальной, а в особенности постиндустриальной цивилизации музыка и особенно танец занимают все меньше место в образе жизни массы населения. А ведь генотипически организм Человека разумного был сформирован в антропогенезе с помощью едва ли не ежедневных занятий музыкой и танцами (как показывают упомянутые параллели с первобытными и архаичными социумами).

В современной медицине целебное воздействие музыки на организм человека используется в реабилитации, физиотерапии, терапии боли, анестезии, но наиболее широкое распространение получила музыкотерапия – психотерапевтическая практика, применяющая определенные музыкальные звучания в качестве лечебного средства. По мнению одних исследователей [1, 2, 3, 4, 5], эта разновидность арт-терапии представляет собой метод, основанный на сочетании функционального воздействия музыки с целенаправленной работой психотерапевта; другие же относят музыкотерапию к сфере восстановительной медицины, изучая влияние музыкально организованных звуков на вегетативную нервную систему. Помимо этого, оздоровительный потенциал музыки реализуется при проведении занятий по лечебной физкультуре, различных тренингов по программам социально-психологической реабилитации (так, программы

реабилитационного тренинга пациентов кардиального профиля могут включать в себя музыкальное сопровождение).

Несмотря на хорошо известную традиционному врачеванию целительную силу музыки и целый ряд успешных опытов ее применения в современной медицинской практике, музыкотерапия до сих пор остается мало востребованным методом в области отечественного здравоохранения. С целью выявления информированности студентов – будущих медиков – об этой врачебной практике было проведено социологическое исследование, участниками которого стали 30 человек, обучающихся на лечебном факультете.

Вывод. Как выяснилось из анкетирования, большинство моих однокурсников – респондентов предпочитают классику популярной и рок-музыке, объясняя свои пристрастия гармоничностью и благозвучием ее произведений, а также позитивным воздействием на состояние их психики. Кроме того, по мнению 64% опрошенных студентов, рок-музыка зачастую вызывает психологический дискомфорт, приступы головной боли, шум в ушах и негативные эмоции. Все участвовавшие в анкетировании студенты отметили способность музыки оказывать определенное воздействие на психо-эмоциональное состояние человека и его физиологию и в связи с этим достаточно высоко оценили важность использования практики музыкотерапии для лечения различных недугов, акцентировав ее эффективность в терапии психических расстройств.

Список литературы.

1. Анисимов Б.Н., Кузнецов А.Н. Лечебный эффект метода музыко-резонансной терапии // Музыкальная психология и музыкотерапия. 2011. № 5. С. 118-132.
2. Захарова Н.Н., Авдеев В.М. Функциональное изменение центральной нервной системы при восприятии музыки // Журнал высшей нервной деятельности. 1982. № 5. С. 915-929.
3. Клюев А.С. Музыкотерапия: эстетико-психологический и клинический аспекты. СПб.: ГИПРСР, 2010. 35 с.
4. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. Теория и практика. М.: Владов, 2000. 175 с.
5. Самсонова Г.О. Музыкотерапия в комплексе оздоровительных технологий // Специальные разделы восстановительной медицины / Ред. А.А. Хадарцев. Тула – М.: Дизайн-коллегия, 2006. С. 14-60.
6. Шушарджан С.В. Руководство по музыкальной терапии. М.: Медицина, 2005. 450 с.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ТУРИЗМ: ЗАРУБЕЖНАЯ ПРАКТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ В РОССИИ

Мягкий Ф.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Снижение рождаемости, происходящее в большинстве развитых стран, сделало необходимым использование всех ресурсов ее повышения, одним из которых является сокращение числа бесплодных пар. На помощь приходят вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), представляющие собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства) [1]. Однако вмешательство в человеческую жизнь на самых ранних стадиях ее развития вызывает серьезные этические проблемы и заставляет правительства многих стран принимать решения, ограничивающие или запрещающие ВРТ [2]. В связи с этим все большую популярность обретает репродуктивный туризм – разновидность медицинского туризма, имеющая своей целью лечение бесплодия (зачатие, вынашивание, рождение ребенка) за рубежом при помощи вспомогательных репродуктивных технологий.

В рамках заявленной темы мы проанализировали зарубежную статью «Recent trends in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy» (Deonadan R.), в которой, применительно к некоторым странам, рассмотрены особенности данных процедур, в том числе и риски (для страны, принимающей на лечение иностранных граждан; для родной страны пациентов и для них самих), связанные с этой медицинской отраслью. Также автор определяет экономическое и политическое видение данного вопроса. Особняком встали религиозные взгляды разных конфессий. Например, в ряде мусульманских стран вопрос о суррогатном материнстве стоит весьма остро. Неоднозначности ему добавляет разность в отношении двух крупнейших течений ислама – шиитов и суннитов. В интерпретации большинства суннитов участие третьей стороны в создании ребенка рассматривается как своего рода прелюбодеяние, тогда как в шиитской интерпретации суррогатное материнство допускается с оговоркой, что донор спермы должен быть признан истинным отцом [3].

Касательно законодательного регулирования данного вида врачебных вмешательств во многих странах существуют законы, разрешающие или же запрещающие их по определенным соображениям. Например, в Японии суррогатное материнство полностью запрещено. Однако этот запрет не распространяется на японских граждан, выезжающих за границу для получения суррогатных услуг. Представление о том, что суррогатное материнство сопряжено с биологическим риском, стало причиной неодобрения

японским обществом данной практики. В Китае же запрет на суррогатное материнство обусловлен демографической политикой этой страны.

Однако наряду со странами, строго ограничивающими сферу применения ВРТ, наличествуют государства, где предоставление такого рода услуг не противоречит нормативно-правовым базам. Израиль, к примеру, был первой страной, в которой суррогатное материнство стало осуществимо только в том случае, если договор, заключаемый между такого рода родителями, будет одобрен правительством. Также потенциальная суррогатная мать должна быть не замужем, состоять в разводе с супругом или являться вдовой [3]. В ряде стран, среди которых также находится Россия, применение ВРТ для лечения бесплодия обязательно должно быть обусловлено наличием соответствующих медицинских показаний к проведению процедуры. Говоря о России, невозможно не упомянуть, что несмотря на то, что российский рынок репродуктивной медицины начал формироваться позже, чем в других странах, она постепенно завоевывает репутацию одного из крупнейших мировых центров репродуктивного туризма. Этому в свое время поспособствовало сотрудничество с аналогичными зарубежными организациями, позволив избежать ошибок периода становления и добиться результатов в сфере репродуктивной медицины, соответствующих мировому уровню. С каждым годом все большее число иностранных граждан (преимущественно из стран Европы и Средней Азии) обращаются в Россию за помощью в лечении бесплодия. Этому факту способствуют такие обстоятельства, как стоимость оказания услуг данного профиля, являющаяся сравнительно небольшой, и довольно гибкая законодательная система, имеющая малочисленные ограничения на оказание услуг данного спектра. Правила предоставления ВРТ отличаются своей либеральностью. Так, ч. 3 ст. 55 Федерального закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает: «Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокaя женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство» [1].

Выводы. Данные тенденции позволяют сделать выводы о неоднозначности проблемы применения вспомогательных репродуктивных технологий в разных странах. В мире существуют как государства, категорично относящиеся к вопросам ВРТ, так и страны с прогрессивным уровнем развития этой отрасли медицинских услуг, которые могут быть оказаны не только пациентам, являющимся гражданами данного государства, но и зарубежным пациентам, обратившимся за репродуктивной помощью. Ко вторым справедливо можно отнести Россию, имеющую достаточное количество предпосылок к тому, чтобы стать одним из мировых центров репродуктивного туризма.

Список литературы.

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 11 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.
2. Русанова Н.Е. «Репродуктивный туризм» в России: возможности и проблемы // Сервис Plus. 2009. № 3. С. 83-86.
3. Deonadan R. Recent trends in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy // Risk Manag Healthc Policy. 2015. № 8. P. 111-119.

БИОХИМИЯ ЛЮБВИ

Никитина Д.Е.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.пед.н., доцент Симонова Ж.Г.

Актуальность этой темы повышается для молодых людей возраста старших классов средней школы или студентов высшей школы, когда и происходят, как известно, первые влюбленности и начинает копиться опыт любовных отношений на всю оставшуюся у человека жизнь. В российском обществе, для русского менталитета не принято всерьез обсуждать тему любви; вокруг нее накопилась масса стереотипов обыденного сознания, которые беспощадно опровергаются самой жизнью, но, как правило, слишком поздно. Любовь либо романтизируется, либо вульгаризируется в народном сознании, что одинаково негативно сказывается на семейно-брачных предпочтениях и отношениях россиян [1]. Отсутствие традиции полового воспитания, патриархальные нравы явно уже прошлых веков бытования, православный и иной церковный аскетизм – все это вносит свою лепту в увеличение числа разводов, сирот, одиноких людей [2]. Целью моего рассмотрения было дать обзор более научных, даже экспериментальных исследований любви с точки зрения не поэта или иного романтика, а ученого-натуралиста. Ведь без его выводов не могут состояться и психологические модели влюбленностей разных типов и видов.

Половая любовь как сложный межличностный и социокультурный феномен давно привлекала внимание философов и мастеров искусства. Однако они трактовали ее поверхностно и упрощенно – с внешней, феноменологической стороны – как сугубо субъективные переживания влюбленных, примеряющих свои судьбы друг к другу, да еще под угрозами для своего чувства со стороны социума. В качестве классических примеров подобных произведений можно назвать «Гордость и предубеждение» Джейн Остин или же «Унесенные ветром» Маргарет Митчелл; «Настоящая любовь»

Тейлор Дженкинс Рейд и «О любви» Виктории Токаревой; многие, многие другие новеллы, картины, спектакли, фильмы куртуазного плана.

Сравнительно недавно нейробиологической и биохимической подоплекой половой любви занялись ученые. Так, Д. Марацци и Д. Канали (США) отслеживали гормональные изменения организма при переживании влюблённости. Профессор психологии и неврологии А.С. Ортиг (США) и антрополог Х. Фишер (США) применяли функциональную магнитно-резонансную томографию: для каждого участвующего в эксперименте респондента, испытывающего состояние любви, делалось от 12 до 20 снимков. Давно известно, что любовь проходит стадии страстной влюбленности и любви, пресыщения и разрыва. С точки зрения биохимии возникновение и угасание любви связаны с выработкой биогенных аминов (дофамина, норадреналина, серотонина), фенилэтиламина, тестостерона, вазопрессина и окситоцина [3]. Роль «спускового крючка» в этом процессе играет выработка фенилэтиламина как реакция на совпадения образа нового человека с индивидуальной «картой любви». Угасание эмоции любви связано с повышением в крови человека уровня серотонина и прохождением гормонального фона в норму. Именно этими да им подобными соматическими процессами объясняется неизбежная эволюция любовного чувства на протяжении стадий его зарождения, кульминации и угасания.

Как правило, состояние влюбленности длится 12-18 месяцев, причем на 8 месяце может сформироваться привязанность как основа любви. В общей сложности любовь как состояние длится 8-36 месяцев. Длительные отношения связаны с генетической предрасположенностью; близостью генотипов партнеров; обеспечивающих выработку дофамина и тестостерона факторов их личной жизни. Анализ томограмм позволяет охарактеризовать любовь как комплексное явление, обусловленное активностью отделов мозга, отвечающих за чувства удовольствия и формирование привязанности. У сумевших сохранить чувства пар фиксируется активность вентрального паллидума и вентральной покрышки среднего мозга.

Собранные в нашем исследовании материалы в мультимедийном виде представляют интерес для преподавания целого ряда дисциплин на лечебном и других факультетах медицинского университета. По мнению ученых, данные о связи любви с работой определенных участков мозга имеют прикладное значение, помогая психологам и медикам диагностировать и корректировать проблемы в семье. Они же в предельном экстремуме способны приобретать психиатрические размеры. Например, Евгений Иосифович Терентьев (КГМИ) – психиатр, профессор, доктор медицинских наук, – в своей монографии «Параноя ревности» (1982) изучал хронические бредовые расстройства при ряде психических заболеваний, которые возникают на почве ревности [4]. На кафедре биохимии данная тема упоминается в рамках изучения процессов, происходящие под влиянием гормонов, а на кафедре физиологии и анатомии при изучении регуляции нервной системы.

Выводы. Собранный мной новейший материал изданий на русском и английском языках способен существенно дополнить и разнообразить

преподавание философии, психологии, психиатрии, физиологии, фармакологии (лекарства-афродизиаки) и других дисциплин будущим медикам, тем самым обогатив их подготовку по одному из важнейших моментов и лейтмотивов человеческой жизни.

Список литературы.

1. Ивин А.А. Апокалипсис любви. Философский очерк. М.: Проспект, 2017. 350 с.
2. Кон И. Любовь. М.: Мысль, 1985. 278 с.
3. Терентьев Е.И. Паранойя ревности. Воронеж: изд-во Воронежского ун-та, 1982. 316 с.
4. Янг Л., Александер Б. Химия любви. Научный взгляд на любовь, секс и влечение. М.: Синдбад, 2015. 412 с.

АПТЕКА В ОБЩЕСТВЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ: НОВЫЕ ФОРМЫ АПТЕЧНОЙ ТОРГОВЛИ

Олемская А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

В современном мире происходит становление общества массового потребления. Это выражается в изменениях экономической сферы: в организации торговли и сферы обслуживания, увеличении ассортимента товаров и услуг, востребованности маркетинга, широком распространении рекламы, росте потребительских расходов населения.

Наряду с появлением и неуклонным ростом супермаркетов, крупных торговых центров, развития торговли в сети Интернет наблюдаются изменения в культуре потребления и духовной жизни людей. В научной философской литературе рассматривается анализ мотивов, лежащих в основе этих трансформаций: потребление перестает быть актом, который может получить рациональное насыщение, – именно с этих позиций критикует общество потребления французский философ Ж.Бодрийяр, – а становится, по сути, формой жизни, непрерывно стимулируя рост экономического производства. Формирование потребительства как идеологии и системы ценностей, в которых потребление во всех его формах и разновидностях становится смыслом существования человека, мы с отчетливой ясностью все чаще и чаще можем наблюдать в наши дни. Медицина и фармацевтика в постиндустриальном обществе тоже становятся мощной отраслью экономики, где на первый план выдвигается получение прибыли посредством оказания медицинских услуг и продажи лекарственных препаратов и которая является одним из главенствующих мотивов производителя.

Неотъемлемой частью рыночной экономики является конкурентноспособность, предполагающая внимание к человеку и удовлетворение его потребностей в доступной и квалифицированной помощи. В фармацевтической отрасли решение этой проблемы становится возможным благодаря внедрению новых форм реализации фармацевтической продукции. Вопрос, связанный с внедрением этих новых форм злободневный, но мало разработанный.

В связи с этим актуальность проведенного исследования состоит в том, что в данной работе в теоретическом и прикладном аспектах рассматриваются перспективы развития новых форм аптечной торговли в современном обществе.

Объектом исследования является аптека в обществе потребления.

Предмет исследования – новые формы аптечной торговли и интересы потребителя в «сервисной цивилизации».

Цель исследования – на основе изучения философской, научной литературы, публицистических изданий, источников сети Интернет по проблеме современного состояния общества потребления определить перспективы развития новых форм аптечной торговли как средства удовлетворения потребностей человека в квалифицированной и качественной фармацевтической помощи.

Материалы и методы: реализация цели и задач исследования опирается на общую философскую, общенаучную, частную методологию. В работе используются исследовательский метод, метод восхождения от абстрактного к конкретному, метод анкетирования.

Приемами исследования являются анализ и синтез, наблюдение, сопоставление, обобщение. В качестве материалов, дополняющих исследование, выступили видеоролики о новых формах аптечной торговли, представленные в сети Интернет.

Теория постиндустриального общества стала фактически единственной социологической концепцией XX в., в полной мере подтвержденной исторической практикой. Основатель концепции постиндустриального общества Д.Белл, обосновал ведущую роль сферы услуг, науки и образования в формировании общества нового типа. С его точки зрения: «Информация – это власть. Доступ к информации - есть условие свободы» [1]. В подтверждение данных взглядов в социальной реальности видим, что общество массового потребления порождает сервисную экономику, где наиболее быстрыми темпами развивается информационный сектор.

Обзор теории французского мыслителя XX века Ж.Бодрийера показал, что из всех теоретиков, рассматривающих проблему развития постиндустриального общества, он наиболее ярко представил роль изменений производства в формировании нового типа общества, влияния маркетинга, рекламы и гомонезации среды на представление, образы и смыслы социума. С точки зрения философа, «общество потребления» создано как утопия господства капитала, которая манипулирует потребностями людей. Нынешнее поколение живет в огромной системе, где всем управляют знаки и символы. Системой манипуляции становятся образы, слоганы и бренды. Такое

поклонение знакам похоже на поклонение идолам первобытных племен. Отчуждение, вот чем можно описать все современное общество потребления. Оно основывается на таких типах социальных взаимоотношений, при которых отношения между людьми заменяются отношениями между предметами потребления. Отчуждение может проявляться в чувствах равнодушия, апатии, одиночества, атрофии высоких ценностей. Отчуждение, в свою очередь, основывается на понятии капитала. Он диктует обществу яркие и изощрённые свойства человеческой натуры: иметь, желать, управлять и обладать. Капитал проник во все слои общества, во все сферы человеческой деятельности, утверждая, что счастье и богатство доступно каждому, стоит только пожелать. Создав знак счастья, мы думаем, что настоящее счастье придет вместе с ним.

В современном мире человек глобально изменил свое мировосприятие человека разумного на человека экономического, поэтому Ж. Бодрийяр считает целесообразным изменить название вида *Homo sapiens* на *Homo economicus*. В данной работе мы задаемся вопросом: «Завершил ли Человек разумный свое существование? Есть ли способ предотвратить гибель человечества в сервисном обществе?» В связи с этим выдвигаем гипотезу: «С изменением форм продаж и реализации лекарственных препаратов (знаков), когда в центре внимания будет стоять человек и его потребности, общество будет переходить на новый уровень развития - гуманистический. А реализация медикаментов современным потребителем не будет восприниматься как бизнес-система».

Для того чтобы оценить осведомленность потребителей о новых видах аптек, а также выявить потребности и ожидания от получаемых услуг фармацевтического рынка нами была создана анкета. Респондентами стали студенты КГМУ и население г. Курска. Анкета предъявлялась в режиме online, опрошено 210 человек в возрасте 16-67 лет. Исследования показали, что современные формы аптечной торговли лишь только начинают входить в нашу жизнь. 89,5% участников анкетирования совершают покупки в классических аптеках. Несмотря на это мы можем констатировать намечающийся интерес потребителей к новым формам подачи аптечных услуг: фарммаркетам, интернет-аптекам, аптечным терминалам. Так 19% опрошенных указывают на привлекательность для них выкладки, свойственной фарммаркетам. Предполагаемое расширение сферы услуг аптечных учреждений находит положительный отклик у 70% участников опроса. Выявленные факты свидетельствуют о готовности потребителя к переменам в фармацевтическом секторе экономики. Не менее важно отметить выраженную потребность респондентов в получении высококвалифицированной помощи фармацевта, что важно учитывать при внедрении новых форм аптечной торговли. О возможности продажи лекарственных препаратов в специализированных отделах супермаркетов участники опроса дали неоднозначный ответ, да и на законодательном уровне этот вопрос находится в стадии обсуждения.

Выводы. Таким образом, обозначенная тема, касающаяся перспектив развития новых форм аптечной торговли и прогнозирование интересов потребителей в «сервисном обществе» является чрезвычайно актуальной

и позволяет предвидеть новые возможности для качественного оказания услуг здравоохранения, направленных не только на получение прибыли, но прежде всего, на заботу о человеке, сохранении и укреплении здоровья нации.

Список литературы.

1. Белл Д. Социальные рамки информационного общества // Новая технократическая волна на Западе. М.: Прогресс, 1986. С. 330-342
2. Бодрийяр Ж. Общество потребления. М.: Республика, 2006. 174 с.
3. Иноземцев В.Л. Современное постиндустриальное общество: природа, противоречия, перспективы: Учебное пособие для студентов вузов. М.: Логос, 2000. 104 с.

ГЕРБАРИЙ ПРОФЕССОРА В.В. АЛЁХИНА: СТРЕЛЕЦКАЯ СТЕПЬ КАК ФЕНОМЕН НАУКИ И КУЛЬТУРЫ

Павленко А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Василий Васильевич Алёхин – академик, великий геоботаник, степевед, уроженец города Курска. Его пытливый ум принёс много значимых открытий в мире ботаники: до сих пор проводятся исследования в созданном им заповеднике. Следовательно, актуальность данной работы состоит в том, чтобы рассмотреть результаты современных исследований, проводимых в Центральном-Чернозёмном заповеднике. Объектом исследования является наследие В.В. Алёхина. Предмет исследования – новые этапы в изучении Центрально-Черноземного заповедника и его роль в фармации.

Цель исследования – на основе изучения литературы, источников сети Интернет, публицистических изданий определить состояние и перспективы изучения Центрально-Черноземного заповедника.

Материалы и методы: в работе используются исследовательский, исторический, сравнительный методы.

Ещё с самого раннего детства Василий Васильевич Алёхин, прогуливаясь по отцовскому саду, рассматривал произрастающие там растения и записывал их в свою маленькую записную книжечку. Когда В.В. Алёхин учился в гимназии, он получил в подарок книгу П.Ф. Маевского «Флора Средней России» 1895 года издания, которая предназначалась в основном для студентов МГУ, после чего интерес к ботанике только усилился. Более серьезно он занимался сбором и определением растений под руководством своего дяди Мизгера Александра Михайловича. Закончив гимназию с золотой медалью, он становится студентом Московского Государственного университета. В это

время он интенсивно занимается исследованием растительности курской местности.

Его история – это история удивительно талантливого человека, который оказался в нужное время и в нужном месте: в год окончания университета, он приехал в свой родной город Курск к родителям, и прогуливаясь, на рынке он заметил сено, которое поразило его своим огромным видовым разнообразием скошенных трав. Он спросил у местных крестьян о том, где же произрастали эти необычные для курской местности растения. Оказалось, что это были ближайшие степи. Узнав об этом, Алёхин стал часто посещать эти просторы. С раннего утра и до позднего вечера он бродил там и тщательно изучал эту местность. В своей статье «Флора Центрально-Черноземного заповедника» за 1940 год Алёхин пишет о том, как он побывал на этом участке за полгода 11 раз, и сделал единственный огорчающий его перерыв между посещениями родных просторов в 26 дней – в период сдачи выпускных экзаменов.

В книге 1909 года издания «Очерк растительности и её последовательной смены на участке «Стрелецкая степь» под Курском» он писал об угрозе исчезновения данных, которые ценны для ботанической истории страны. Так, например, в Курской губернии небольшое количество степных участков, но зато они представляют огромный интерес. Особенно интересно то, что при всей важности степного вопроса, «Стрелецкая степь», находясь недалеко от города, относительно хорошо изучена, но ещё никем не описана. Будучи профессором МГУ, Василий Васильевич отправился в ботаническую экспедицию для исследования Курской губернии. В его отчете 1919 года он писал, как работали они практически всё лето под ливнями, грозами и обстрелами. Создав в МГУ центр по подготовке специалистов по изучению растительного покрова и основав кафедру геоботаники, сделав доклад о важности создания заповедника, понимая быстрые темпы распахки земель, а также организовав дополнительную экспедицию для определения степных участков, которые в будущем составили бы основу заповедника, выделив из них Стрелецкую, Ямскую и Казацкую степи, опубликовав множество статей о необходимости их охраны и всё это время продолжая изучать растительность курских земель вместе со своими учениками и даже получив степень доктора биологических наук по совокупности научных работ, наконец 10 февраля 1935 года решением Президиума ВЦИК был учрежден Центрально-Черноземный государственный заповедник, которому сразу же было присвоено имя профессора В.В. Алехина. Центрально-Чернозёмный государственный биосферный заповедник – главное детище Василия Васильевича Алехина, важное достояние и символ Курского края. Это один из первых за историю СССР биосферных заповедников (1978 год). В 1998 году он был награжден Дипломом Совета Европы. Здесь произрастает огромное разнообразие реликтовых форм. В данном заповеднике проводилось множество экспедиций, в том числе и экспедиция по выявлению растений, содержащих дубильные вещества и алкалоиды, исследование, связанное с гидротермическими и газовыми режимами степных черноземов. До сих пор

производятся многочисленные научные исследования в лабораториях для сохранения уникального природного комплекса.

Выводы. Василий Васильевич Алехин – великий человек, который посвятил научным исследованиям всю свою жизнь и оставил после себя великое наследие – Центрально-Черноземный заповедник.

Список литературы.

1. Власов А.А., Рыжков О.В. Центрально-Черноземный государственный природный биосферный заповедник имени профессора В.В. Алехина. / под ред. Золотухина Н.И. Курск: Мечта, 2016. 320 с.

2. Режимы степных особо охраняемых природных территорий: Материалы международной научно-практической конференции, посвящённой 130-летию со дня рождения профессора В.В. Алехина / Рыжков О.В., под ред. Власова А.А., Золотухина Н.И., Золотухина И.Б. [и др.]. Курск: 2012. 276 с.

СТИГМАТИЗАЦИЯ И МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ

Плотникова Е.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Эпидемический характер распространения ВИЧ-инфекции и высокая смертность уже в начале 80-х годов стали причиной паники во многих западных странах. «Чума XX века» оказала невероятно мощное эмоциональное воздействие на общество, вызвав в нем раскол. С момента же возникновения эпидемии ВИЧ и ее распространения в мире началась и стигматизация людей с таким заболеванием, породив немало предрассудков и связанных с ними иррациональных страхов. С распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа нарастало напряжение в обществе из-за страха и недостаточного общего уровня знаний по профилактике ВИЧ, люди начинали оказывать усиленное давление на ВИЧ-инфицированных граждан. Все это неизбежно привело к такой проблеме, как стигматизация и дискриминация ВИЧ-инфицированных людей.

Надо отметить, что стигматизация, давление, испытываемое человеком из-за устоявшихся в обществе стереотипов и предрассудков, соответствует тому или иному психическому заболеванию. Так, ВИЧ-инфицированные или больные СПИДом люди, как правило, испытывают целый спектр негативных явлений и переживаний: осознание неизлечимости, враждебное отношение к ним со стороны социума, и, как следствие – эмоциональная изоляция [1].

В конечном счете, стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИД, оказывают отрицательное психологическое воздействие на самосознание больных, вызывая у них самостигматизацию, депрессию, заниженную самооценку и отчаяние. Также они подрывают усилия по профилактике,

поскольку из-за страха перед реакцией окружающих люди боятся узнать, инфицированы они или нет. Инфицированным ВИЧ может быть отказано в получении медико-санитарных услуг, жилья или работы, в некоторых случаях их выгоняют из дома их собственные семьи. Известны случаи физического насилия и убийств [2].

В рамках заявленной темы мы провели социологический опрос пациентов и медицинских работников ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Респонденты, среди которых были представители различных гендерных, возрастных, профессиональных, социальных групп, ответили на ряд простых вопросов. В ходе опроса им было предложено представить ситуацию, когда в их окружении появляется ВИЧ-инфицированный человек – например, член семьи, близкий друг или коллега. Данный подход облегчил понимание участниками опроса сути проблемы исследования. Также был определен уровень информированности о возможных путях передачи ВИЧ-инфекции. Нам удалось сделать следующие выводы: несмотря на то, что на большинство вопросов респонденты отвечали с позиции гуманного и этичного отношения, при анализе результатов была определена доля ответов, выявивших явное наличие стигматизации. Так, людям, живущим с ВИЧ, приписываются те или иные отрицательные моральные качества: употребление наркотиков (27%), оказание сексуальных услуг за деньги и беспорядочные половые связи (29%), гомосексуальность (17%), социальное неблагополучие (11%) в целом. Среди респондентов высока доля считающих, что нужно ограничивать ВИЧ-инфицированных людей во многих социальных сферах общества. Например, 60% опрошенных ответили, что стали бы возражать против брака близкого им человека с ВИЧ-инфицированным партнером; 32% респондентов стали бы возражать, если бы их ребенок или внук находился в одной группе детского сада с ВИЧ-инфицированным ребенком. Также 32% опрошенных считает, что ВИЧ-инфицированный врач, несмотря на хорошее самочувствие, не может работать в медицинском учреждении. При этом опрос показал довольно высокий уровень информированности о путях передачи ВИЧ-инфекции, что, по всей видимости, является следствием интенсивной просветительской работы с населением.

Выводы. Таким образом, становится совершенно очевидно, что уже сейчас необходимо принять многие меры, чтобы не допустить дальнейшего распространение данного опасного общественного явления.

Список литературы.

1. Введение в биоэтику: учебное пособие / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.
2. Петрова Е.А., Красникова Т.В. Исследование представлений о ВИЧ-инфицированных и стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом // Уровень жизни населения регионов России. 2011. № 1 (155). С. 25-33.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Полескова Т.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.пед.н., доцент Симонова Ж.Г.

Актуальность этой темы видна с двух ее сторон: во-первых с точки зрения того, каково соотношение мужчин и женщин среди самих медиков, начиная с дипломированных врачей и кончая их помощниками – средним и младшим медицинским персоналом; а во-вторых, потому, что стандарты здоровья и болезней различаются по половому принципу. Между тем, эта последняя специализация явно слабо отражена при подготовке студентов-медиков. Если солидные традиции акушерской и гинекологической медицины как-то восполняют слишком абстрактную модель среднестатистического пациента, то сугубо мужские проблемы со здоровьем до сих пор ютятся в области урологии; полноценная андрология остается делом будущего [4, 5].

Устоялась следующая терминологическая практика, когда биологическую ипостась деления животных на самцов и самок называют «полом», а их же социальные роли, культурные характеристики – «гендером». Эта последняя категория соотносится в научной и публицистической литературе с властью, экономикой, модой, стилем потребления и т.п. цивилизационными характеристиками [1, 2]. В том числе и все чаще за последние годы – с медициной [3].

Итак, в системе здравоохранения нашей страны женщины составляют около 71% квалифицированных врачей и более 95% среднего медицинского персонала. Об этом сообщила министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова на II Евразийском женском форуме в Санкт-Петербурге, который состоялся 19-21 сентября 2018 года. Основная тема форума: «Женщины за глобальную безопасность и устойчивое развитие». Как утверждает министр здравоохранения, за последние годы существенно возросло число женщин на руководящих постах. По данным В.И. Скворцовой, каждый пятый региональный министр и каждый четвертый ректор медицинского вуза – женщина [6]. Между тем, проделанный в моей работе анализ гендерных пропорций в кадрах российских медиков говорит о прямо противоположной ситуации

С целью выявления гендерных особенностей студентов КГМУ проведено анкетирование 100 будущих врачей (студентов 2 курса лечебного факультета: 70 девушек и 30 юношей).

Выяснено, что для современных будущих врачей большое значение имеют факторы материального благополучия, при этом для девушек наибольшее значение имеет стабильная выплата заработной платы (80%), а для юношей получаемая сумма (70%). Возможность получения ведомственного жилья встречается в 1,4 раза чаще у девушек, чем у юношей.

Значение социальных выплат отметил каждый пятый опрошиваемый вне зависимости от своего пола.

Близкое и удобное расположение места работы важнее для девушек, чем для юношей. Факторы социального положения считают значимыми от 51% до 67% опрошенных будущих врачей. При этом для юношей наиболее важно улучшение своего социального статуса (90%), а для девушек смена места жительства (85%). Уважение со стороны родственников и соседей имеет значение только для трети опрошенных независимо от пола.

Проведено исследование гендерных аспектов ЛПУ Курской области на примере Хомутовского, Рыльского и Дмитриевского районов. Данное исследование проходило в 2 этапа.

На первом этапе проведен статистический анализ данных, взятых с официальных сайтов медицинских учреждений данных районов. Самыми «мужскими» специальностями оказались: травматология, ортопедия, хирургия, реаниматология, психиатрия. В остальных специальностях (акушерство, гинекология, терапия, педиатрия) преобладают женщины. В целом можно сделать общий вывод: профессия врача (за некоторым исключением хирургии), обладает «женским лицом».

На втором этапе был проведен опрос среди студентов-медиков 2 курса лечебного факультета для определения их отношения к женщине-руководителю и мужчине-руководителю медицинского учреждения. Большинство респондентов (96%) считают, что в существовании женщины-руководителя нет ничего особенного. Остальные отметили, что женщина не справится с исполнением своих управленческих обязанностей, потому как у нее нет для этого необходимых сил, времени, стрессоустойчивости. Важно отметить, что подобные ответы были даны исключительно юношами-респондентами.

Список литературы.

1. Берн Ш. Гендерная психология. СПб.: Прайм, 2011. 318 с.
2. Ильин Е.П. Пол и гендер. М.: Время, 2017. 356 с.
3. Мендельсон Р. Как [ка]лечат женщин. М.: Гомеопатическая книга, 2009. 378 с.
4. Миллер А. Книга о мужском нездоровье. М.: Аст, 2018.
5. Российская газета. 2018. 19 сентября. С. 2.
6. Тиктинский О.Л., Калинина С.Л. и др. Андрология. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. 576 с.

СТИВЕН ФРАЙ
О МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОМ ПСИХОЗЕ
Положенцев Р.Е.

Курский государственный медицинский университет
Кафедра философии
Научный руководитель – к. филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Актуальность исследования состоит в изучении маниакально-депрессивного психоза с позиции человека, пораженного данным заболеванием. Анализ трудов Стивена Фрая позволяет глубже понять душевное состояние больного, а его жизненный путь и борьба с болезнью доказать, что синдром не является фатальным для жизни человека и с ним можно жить и излечиться.

Целью исследования является изучение трудов Стивена Фрая и анализ его жизни при маниакально-депрессивном психозе.

Материалы и методы: изучение автобиографий Стивена Фрая, их анализ и систематизация, изучение литературы и сайтов по теме маниакально-депрессивного психоза: изучение причин возникновения маниакально-депрессивного психоза, основных его симптомов, протекания и лечения заболевания.

Результатом курсовой работы является создание материала, который может быть использован для изучения маниакально-депрессивного психоза и влияния его на отдельную личность. Доказательство возможности нормального существования личности при заболевании в обществе и его излечения.

Маниакально-депрессивный психоз представляет собой психическое заболевание, которое протекает с нетипичными для нормального человека перепадами настроения, работоспособности и психической устойчивости.

В конце XIX века термин «маниакально-депрессивный психоз» был введен немецким врачом-психиатром Эмилем Крепелином. Однако заболевание с чередованием настроения было описано еще до Крепелина – в работах Жана-Пьера Фальре (как «циркулярный психоз») и Жюля Байарже (как «двойственный психоз»). Э.Крепелином было осуществлено отделение этого расстройства от шизофрении, так как в нем преобладали не расстройства мышления, присущие шизофрении, а аффективные нарушения.

Немецкий психиатр и автор типологии темпераментов Эрнест Кречмер сделал вывод, что к маниакально-депрессивному психозу предрасположены люди определенного склада – в его классификации они называются циклотимиками. Это жизнерадостные, коммуникабельные, очень адаптивные и эмоционально лабильные люди, внешне, как правило, выглядящие вполне гармонично и счастливо. Однако такие люди крайне неустойчивы в своем эмоциональном состоянии, которое в состоянии стресса может выходить из-под контроля.

В 1993 году термин «маниакально-депрессивный психоз» был заменен на биполярное аффективное расстройство. Прежнюю формулировку отменили

в том числе и из-за ее стигматизирующего воздействия – слово «маниакальный» в сознании большинства ассоциируется с маньяками, а биполярное расстройство еще ни у кого не было на слуху и не способно было оскорбить именитых людей, пораженных им.

Биполярное расстройство достаточно трудно диагностировать – по разным оценкам, от него страдает от 1% до 7% населения земного шара. Оно достаточно разнообразно – существует два подвида (БАР I и БАР II), плюс более мягкая версия – циклотимия.

В поисках истоков заболевания были рождены теории, согласно которым депрессия и маниакальность объясняются биологически. В одной из них депрессия служит механизмом «сбережения», который защищал предков в трудные для психики времена, а этапы мании быстро придавали приток энергии и усиливали умственные способности для деятельности после депрессии. Во второй теории мания и депрессия выступают регуляторами, благодаря которым происходит балансирование крайних эмоций и их выпуск.

В обоих случаях данное чередование настроений крайне выматывают человека физически и эмоционально, от чего перепады начинают происходить острее, а человек, который осознает свой недуг, чувствует себя изгоем или «дефектным».

Стивен Фрай Джонс – английский актер, писатель и драматург, известность которому принесли прежде всего роли в британских комедийных сериалах («Черная Гадюка» (1985-1989 года) и «Дживс и Вувстер» (1990-1993 года)) страдал от клинической депрессии: у него была диагностирована циклотимия. Обострение психических заболеваний в 1995 году привело к глубокой депрессии, суицидальным мыслям

Первая попытка суицида у Фрая была в 17 лет, и она не стала единственной. После очередной, в 37 лет, Стивену Фраю поставили диагноз БАР – биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз). В его работах поднимаются вопросы о сущности МДС. В равной мере человек должен научиться сосуществовать со своим недугом и использовать квалифицированную помощь специалистов для его устранения. Большая роль в лечении МДС отводится именно больному, так как его осознание проблемы существенно ускоряет терапию, однако большая часть больных не желает выздоравливать. Стивен Фрай неоднократно говорит о том, что даже ему не всегда хватает воли для полного принятия сущности проблемы, но он всеми своими действиями дает понять, что депрессия – не приговор, и ее можно не только контролировать, но и излечить. В его трудах рассказываются несколько историй пациентов, страдающих биполярным расстройством, о том, как они адаптируются к жизни с этим диагнозом.

Фрай исследует депрессию с разных сторон и пытается ответить на вопросы, связанные с ее диагностикой и лечением. Освещаются основные методы лечения – медикаментозное, ЭСТ, психотерапия. История Стивена Фрая служит связующим звеном для рассказа о синдроме с позиции обычного человека. На протяжении всей ленты Стивен Фрай рассматривает проблему знания и незнания о своем диагнозе и сравнивает свою судьбу с судьбой людей

со схожим расстройством. Он указывает на то, что возможна полноценная жизнь с этим заболеванием. Фрай научился контролировать свою болезнь, подготавливаясь к обострениям, которые у него случаются с определенной систематичностью. Не менее важной частью является лечение, здоровый образ жизни и позитивные эмоции. Важную роль Стивен отводит своим родным, которые следят за его приемом лекарств и поддерживают в трудные периоды.

Выводы. Маниакально-депрессивный синдром описывается Стивеном Фраем не как непреодолимая болезнь, которая ставит крест на жизни человека, а как заболевание, с которым необходимо бороться. Своим опытом Стивен Фрай показал, что человек с маниакально-депрессивным расстройством способен на нормальную жизнь в обществе.

Список литературы.

1. Безумная депрессия со Стивеном Фраем. Серия 1 [Электронный ресурс] // URL: <https://www.youtube.com/watch?v=gQPRrtI1gGI&t=11s> (дата обращения: 27.02.2019 год).
2. Безумная депрессия со Стивеном Фраем. Серия 2 [Электронный ресурс] // URL: <https://www.youtube.com/watch?v=TVvNRSUpRp4> (дата обращения: 27.02.2019 год).
3. Биполярное аффективное расстройство. Чем опасен неконтролируемый эмоциональный подъем и что мешает жить Стивену Фраю? [Электронный ресурс] // URL: <http://helppsyh.ru/interesnye-stati/bipoliarnoe-affektivnoe-rasstroistvo-odno-iz-samyh-izvestnyh-psihicheskikh-zabolevanii-eshe-nedavno-nosivshee-kyda-bolee-pygaushee-nazvanie-maniakalno-depressivnyi-psihoz-pochemy-etot-diagnoz-imeet-m.html> (дата обращения: 27.02.2019 год).
4. Биполярное расстройство: симптомы и лечение маниакально-депрессивной личности [Электронный ресурс] // URL: <http://neurodoc.ru/bolezni/psycho/bipolyarnoe-rasstrojstvo.html> (дата обращения: 27.02.2019 год).
5. Фрай Стивен. Моав – умывальная чаша моя. Автобиография / Пер. с англ. М.: Фантом пресс, 2007. 65 с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНЧЕСКИХ КРУЖКОВ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА КАК РЕАКЦИЯ ОБЩЕСТВА НА ПОЛИТИКУ ВЛАСТИ

Поляченков Н.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.и.н., профессор Кравцова Е.С.

К вопросам данной темы часто обращались советские учёные и исследователи. Но несмотря на это, данный вопрос не был до конца изучен.

Всем известно, что в период 20-40-х годов Московский университет был перенасыщен разного рода студенческими объединениями. Это объясняется

тем, что, во-первых, после поражения декабристов, в Москве сосредотачиваются основные группировки разнообразных общественных движений, вследствие чего Московский университет становится кумуляцией русского образования. Данное собрание различных знаний объяснялось тем, что на студентов 20-х годов большое влияние оказывали декабристы, которые также, как и они предавали анафеме политику самодержавия, всё ещё царившее крепостное право, взяточничество чиновников, а также произвол русской армии. Члены данных объединений, как и их кумиры, видели свою задачу в том, чтобы всеми силами суметь решить некоторые социальные проблемы, сократить срок службы в армии, а также самой задачей было наконец освободить крестьянское население от гнёта хозяев, добившись принятия конституции. Но не всё шло гладко, и многие участники движений были наказаны: Полежаева за его поэму «Сашка» отправили в армию, Василия и Михаила Критских ждала страшная участь в тюрьме, Сунгурова приговорили к лишению чинов и сослали в ссылку, Гурова приговорили к каторге. Но это не испугало студентов, так как в ответ на эти зверства они организовали подписки для сбора средств в их пользу.

В начале 30-х годов студенческие политические взгляды подверглись влиянию немецкой и французской философии. Историческим примером может служить кружок Станкевича, участники которого обсуждали произведения Канта, Гегеля, Спинозы, Фихте, а также обсуждали процессы, происходящие в России в ту эпоху. Помимо этого, движения, также существовал кружок Герцена и Огарева, члены которого обсуждали прежде всего социально-политические проблемы российской реалии через призму философии сенсимонизма. Параллельно с этим в 1834 году начинает издаваться журнал, в котором были разделы истории, литературы, естествознания. Отличительной чертой этого журнала было то, что он распространялся в печатном виде среди студентов с условием возврата его автору, а вели его члены различных кружков.

В конце 30-х годов большое влияние на формирование взглядов студентов оказывали два течения начавших свою работу в обществе: славянофилов и западников. В тоже время попечителем Московского университета становится западник Строганов, который не считался с мнением славянофилов. Также влияние западников усиливало то, что среди профессуры университета был Грановский- ярый сторонник западных взглядов. Но, помимо этого, влияние славянофилов было также крепко внедрено в умы студентов, благодаря Погодину и Шевыреву, которые были приверженцами славянофильского течения, и излагали свои мысли в известном университетском славянофильском журнале «Москвитянин». Два этих течения были схожи в политических взглядах на некоторые проблемы, но предлагали разные способы решения их.

В Петербургском университете кружков на тот момент не было. Связано это с тем, что, во-первых, был близок к императору, а, во-вторых, в нём обучалось множество людей из аристократических семей. Но несмотря на это, выделялись польские студенты, которые стремились распространить идеи свободы и равноправия в своей стране.

В конце 40-х годов общественная жизнь начинает набирать свои обороты в Казанском университете, в котором тогда складывалось общественное движение вокруг профессора юридического факультета Мейера. В него входило множество известных на тот момент личностей, например: братья Бекетовы, Н.Н. Благовещенский, Н.В. Ратовский, А.А. Пекарский и многие другие. Во многом на взгляды данных личностей повлияли те же два течения, что и в Московском университете конца 30-х годов. Как известно из исторических справок, члены этого кружка критиковали многие социальные и политические проблемы, в частности крепостное право, а их предводитель часто на своих занятиях заявлял, что никто не имеет право на владение жизнью другого человека.

В начале 40-х годов большую популярность набирает литературный кружок М.В. Петрашевского, главным направлением которого является решение социальных проблем населения, вследствие чего к нему присоединилось много студентов, а также его посетили многие известные общественные писатели такие как Салтыков-Щедрин, Ф.М. Достоевский, А.Н. Плещеев и другие. Но в зимой 1836 года произошло отделение ещё одного литературного движения под предводительством Н.А. Спешнева. Члены этого общества яро выступали за революционное преобразование общества, ликвидацию самодержавия, освобождение крестьян.

Выводы. Обобщая все изложенные знания, можно сказать, что во времена первой половины XIX века общественная жизнь кипела вокруг Московского университета, так как он находился в непосредственной дали от императора и его приближённых. Это явилось причиной распространения революционных взглядов, вследствие чего студенческие кружки являлись отражением негативных сторон российских реалий.

Список литературы.

1. Аксаков К.С. Воспоминания студентства // Русское общество 30-40-х гг. XIX в. М., 1989. 85 с.
2. Ашевский С. Из истории Императорского Московского двора // Мир Божий. 1905. № 3. С.132
3. Герцен А.И. Былое и думы/А.И. Герцен//Собрание сочинений в 30 томах, М. 1964. Т.9. 110 с.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ДИЛЕММЫ КЛОНИРОВАНИЯ

Разинькова К.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Современный мир достиг немалых успехов в развитии различных направлений науки, во внедрении новых технологий, в создании лекарств. Процесс клонирования с каждым годом набирает все большую актуальность с развитием медицины, науки и технологии. В общем виде под клонированием принято понимать точное воспроизведение какого-либо объекта, генетически идентичного донору. Особенно проблематично клонирование человека, которое пока под запретом в большинстве странах мира, включая Россию. Несовершенство технологий, непредсказуемость процессов и опасности, которые могут возникнуть в будущем, заставляют ученых с осторожностью относиться к клонированию. Тем не менее, клонирование, используемое в медицине, может способствовать достижению новых результатов в области лечения ряда болезней [1]. В условиях нарастания научного потенциала стран, их возможностей для осуществления методов по достижению клонирования необходимо углубленно заняться данной проблемой. Ведь речь идет не о чем-то обыденном или ненужном, речь идет об одной из самых главных ценностей на земле – о человеческой жизни. Различные методы искусственной репродукции человека, замены пораженных органов и тканей, замещение поврежденных генов, активное воздействие на процессы старения проводят к тому, что во всех подобных случаях возникают пограничные ситуации, когда последствия достижений научно-технического прогресса непрогнозируемы. Вместе с тем возникает реальная опасность разрушения исходной биогенетической основы, угроза человеческому естеству, его физическому и психическому здоровью [2]. Однако возникает соблазн планомерного совершенствования человеческой природы с целью все большей его адаптации к нагрузкам современной искусственно созданной технической сферы.

Многие эксперименты в сфере генной инженерии свидетельствуют о непрогнозируемости ее ближайших и отдаленных последствий. Полученные таким образом человеческие организмы могут лишиться возможности воспроизводства потомства естественным путем. Однако все исследования над человеком и человечеством должны находиться в строгих правовых рамках, то есть должны быть четко предусмотрены условия проведения подобных экспериментов, порядок наблюдения за людьми с искусственно измененным генным кодом, организацией, отвечающей за это. Это же касается и экспериментов со стволовыми клетками. Без глубоких исследований подобные процедуры нельзя распространять [3].

С целью изучения отношения курян к проблеме клонирования был проведен опрос, в котором участвовали 95 жителей г. Курска. По результатам данного опроса подавляющее большинство респондентов (80%) полагают, что

клонирование – это процедура, направленная на получение генетически идентичных организмов путем бесполого размножения, которая необходима лишь в случае клонирования стволовых клеток или здорового органа и пересадке его больному реципиенту. Важно заметить, что 32% курян в целом считают допустимой легализацию клонирования детей, при этом 38% опрошенных согласились с тем, что клонирование даст возможность иметь бездетным родителям собственных детей без нарушения человеческого единства. Кроме того, 47,7% опрошенных считают перспективной, но опасной процедуру клонирования, это связано с огромным риском для человеческой практики и с низкой оценкой уровня развития науки в данной области.

Клонирование также может являться методом получения идентичных родительской особи организмов. Выделяют три вида клонирования: репродуктивное, терапевтическое и клонирование гена. Ученые данной области активно занимаются разработками в области создания клеток, которые смогут трансформироваться и создавать любой орган человека. Достичь физического бессмертия пока что невозможно, но нельзя забывать о духовной стороне человека. Специальную работу по этому вопросу написал в 1990-е года В.М. Бехтерев. Он пришел к выводу, что мир является огромной системой взаимодействий между людьми, событиями и явлениями: «Ни один вздох, ни одна улыбка не пропадает в мире бесследно» [4]. Таким образом, духовная личность человека после его смерти не исчезает, а живет в тех людях, которые хоть раз косвенно соприкасались с ней во время её жизни.

Выводы. Исследование такой противоречивой проблемы не может ограничиваться отдельными мнениями некоторых опрошенных, однако полученные результаты могут стать основанием для дальнейшего изучения заявленных вопросов о целесообразности и безопасности клонирования, о ее важности в будущем, поэтому мы будем расширять круг опрошенных лиц и постараемся сформулировать наиболее общие выводы, а также разработать некоторые этические рекомендации относительно «бессмертия» людей.

Список литературы.

1. Алексеенко А. Учёные обещают человеку бессмертие уже в XXI веке [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://express-novosti.ru/get/839613664/uchenyie-obeshchayut-cheloveku-bessmertie-uzhe-v-veke.html>, свободный – (дата обращения: 05.12.2018 год).
2. Вир С. Клонирование человека: Аргументы в защиту. М.: Медицина, 2002. 90 с.
3. Розенталь Р.Л., Соболев В.В., Сондоре А.А. Донорство в трансплантации органов. Рига: Звайгзне, 1987. 170 с.
4. Сорокина Т.С. История Медицины. М.: Изд-во Академия, 2008. 560с.

КУЛЬТУРНОЕ ВЛИЯНИЕ БУДДИЗМА В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Рачок В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность темы обусловлена тем, что буддийское вероучение насчитывает тысячелетнюю историю. Возникновение буддизма относят к VI в. до н.э., в тот момент он определил развитие индийской культуры. Буддизм и сейчас находится под пристальным вниманием культурологов и религиоведов, поскольку представляет собой сложную структуру, состоящую из религиозной догматики, философского дискурса и различных обрядностей [1]. Можно отметить интерес западного человека к различным экзотерическим практикам, например, йоге или медитации, которые в настоящее время приобрели большую популярность. Нельзя недооценить масштабы развития буддийской традиции в мире на сегодняшний день. Поэтому данная тема нуждается в исследовании, поскольку это религиозное направление растет, развивается, приобретает новые качества и характеристики, вносятся какие-то изменения из-за территориальной или мировоззренческой предрасположенности населения.

Целью нашего исследования является выявление уровня знакомства с основными положениями буддизма в среде российской молодёжи.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

Появление буддизма в России можно отнести к началу XVII века. В то время главенствующую позицию заняла буддийская школа Гелуг. К XVIII веку школа Гелуг распространилась на территориях современной Бурятии, Забайкальского края и Иркутской области. В начале XX века оформилось учение бурханизм, его называли «белой», «молочной» верой, поскольку данное движение являлось противоположным «черной шаманской вере». Бурханизм диктовал отказ от насильственных мер, от жертвоприношений и представлял собой смесь христианского учения и тибетско-монгольского. В XIX веке ламы таких регионов как Калмыкия и Бурятия начали активно защищать религиозные интересы народов восточной России. В конце XIX века, благодаря семье Романовых в Санкт-Петербурге начала образовываться буддийская община [2].

В период социализма буддийская традиция претерпевала период репрессий и гонений, были разгромлены буддийские храмы, происходила ссылка лам в тюрьмы. После окончания войны и изменения политики в отношении восточного направления к буддизму стали относиться более лояльно.

Интерес к буддизму вызван тем, что его можно рассматривать больше с точки зрения мировоззрения и образа жизни, нежели религиозных догматов, поэтому буддизм набирает популярность среди жителей запада. Так, например,

буддизм отрицает идею бога как творца мира; Будда не является антропоморфическим существом. Будда – это состояние, метафизическое понятие, нежели чем религиозный деятель. Заманчивы для западной цивилизации является идея отсутствия оценочного восприятия мира. В буддизме не существует понятия «плохо» и «хорошо». Можно отметить интерес западного человека к различным экзотерическим практикам, например, йоге или медитации, которые в настоящее время приобрели большую популярность.

В КГМУ среди студентов был проведено исследование уровня знакомства с буддийским учением. Испытуемым предлагалось ответить на анкету, состоящую из 14 тематических вопросов. Студенты факультета клинической психологии обладают более обширными знаниями о буддизме, среднее значение составляет 59%. Далее следует фармацевтический факультет – 55% и лечебный и педиатрический факультеты – 54%. Самые низкие результаты показали студенты биотехнологического факультета, средний уровень знаний данного факультета составил 49%. Также были проанализированы данные по критерию религиозной принадлежности. Исследование показало, что наиболее знающими буддизм являются представители христианского вероисповедания (55%). В исследовании приняло участие 59 женщин и 41 мужчина. Результаты показали, что среднее значение у обоих полов равно 53% у мужчин и 55% – женщин.

В результате данного исследования, можно сделать вывод, что студенты Курского государственного медицинского университета имеют средний уровень осведомленности о буддизме. Количество правильных ответов на большинство вопросов не превышает 66%. Скорее всего, это связано с тем, что буддизм не является религией массового вероисповедания в нашем регионе, и поэтому знания студентов ограничиваются общими представлениями.

За последний десяток лет буддийская традиция в нашей стране претерпела значительные изменения в плане восстановления уровня культуры и его поддержания.

В современной России представлены две формы буддийской организации: традиционные школы тибетского буддизма Гелуг и общины, зачастую не принадлежащие ни к тибетскому буддизму, ни к школе Гелуг.

Список литературы.

1. Ермакова Т.В., Островская Е.П., Классический буддизм. СПб., 2004. 256 с.
2. Торчинов Е.А. Введение в буддизм: лекции. СПб., 2017. 352 с.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ В МЕЖДУНАРОДНОМ ОПЫТЕ

Родимкина А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Несмотря на относительно недолгую историю своего существования, проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа в настоящее время является глобальной и одной из самых актуальных для всего человечества. Она касается каждого современного государства и каждого его гражданина, независимо от социального статуса и достатка.

В связи с огромными масштабами распространения, ВИЧ/СПИД представляет серьезную угрозу национальной безопасности, социальной и экономической стабильности государств [1]. Параллельно с немаловажной морально-этической стороной данной проблемы, особую озабоченность вызывают вопросы защиты и дополнительных гарантий в реализации прав граждан-носителей ВИЧ-инфекции на доступную среду, борьбы с уже имеющимися случаями заражения, а также вопросы превентивного характера, направленные на снижение уровня впервые зараженных лиц. С целью решения данной проблемы в настоящее время приняты самые различные нормативно-правовые акты, среди которых есть как обязательные соглашения между нациями, например, договоры, так и моральные нормы, которые часто провозглашаются в форме деклараций, руководящих принципов и минимальных правил. Все эти документы направлены на закрепление таких основополагающих прав ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, как свобода и безопасность, частная жизнь, свобода передвижения, работа, жилье, питание, социальная защита, медицинское обслуживание и социальное обеспечение, а также право вступать в брак и создавать семью, образование.

Однако, несмотря на наличие большого количества соответствующих правовых актов, в международной медицине на практике не обеспечен равный подход к реализации конституционных прав граждан. До сих пор не разработан всесторонний подход в условиях социализации больных лиц, не сформировано должное отношение граждан к указанной проблематике. Также имеют место случаи дискриминации и ущемления прав ВИЧ-инфицированных граждан.

Сравнительный анализ правовых положений международной и внутрироссийской нормативной базы показал недостаточную регламентацию положения лиц указанной категории. Так, рассматриваемой тематике посвящен ФЗ от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека «ВИЧ-инфекции»)» и ряд правительственных актов. Анализ судебной практики указывает на тот факт, что наибольшее число обращений связано с нарушением конституционных прав граждан-носителей иммунодефицита. В частности, имеют место нарушения прав лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы.

Низкий уровень качества содержания в местах лишения свободы, отрицательно сказывается на состоянии здоровья как, непосредственно, заключённых, так и всего общества в целом. Недостаточное медицинское обслуживание осужденных приводит к тому, что по возвращении на прежнее место жительства, заключённые приносят с собой инфекционные заболевания, которыми они заразились в тюрьме, а также иные медицинские состояния, усугубившиеся из-за плохих условий содержания. Именно поэтому сокращение случаев передачи ВИЧ-инфекции в тюрьмах является важным элементом в снижении уровня распространенности инфекции среди населения в целом.

Отметим, что уровень медицинского обеспечения является только одной из центральных проблем в аспекте соблюдения конституционных прав граждан. Так, наиболее острым стоит вопрос сохранения врачебной тайны относительно состояния указанной категории лиц. Также, не редки случаи, когда ВИЧ-положительных детей не допускают в детские сады и школы, ущемляя тем самым право несовершеннолетних на доступ к образованию; оглашенные сведения часто становятся поводом для создания негативного общественного мнения в отношении конкретного человека и т.д. Помимо этого, согласно постановлению Правительства РФ от 14.02.2013 N 117 (с изм. от 20.06.2018) «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью», лица, являющиеся носителями инфекционных заболеваний могут взять под свою опеку или патронаж приемного ребенка только после прекращения диспансерного наблюдения зараженного лица в связи со стойкой ремиссией его заболевания [2]. Указанное положение также в некоторой степени следует рассмотреть в контексте ограничительных мер. При этом заметим, что запрет на рождение детей в отношении указанной категории граждан отсутствует, хотя риск заражения ребенка являются более чем значительными. М.Ю. Ефлова обращает внимание на тот факт, что в настоящее время «в российском законодательстве нормы, посвященные социальной и иной поддержке лиц, подвергающихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей, носят более конкретный характер, чем нормы о защите прав и лечения самих ВИЧ-инфицированных» [3].

Кроме того, до сих пор остается актуальной проблема формулирования комплексных рекомендаций и создания программ по регулированию и повышению качества правового и медицинского просвещения граждан в целях снижения рисков для данной категории.

Актуальность указанной темы подтверждена некоторыми эмпирическими данными. Так, проведенный нами социологический опрос русских и иностранных студентов КГМУ выявил их достаточно низкую информированность в области рассматриваемой проблемы, что позволяет сделать вывод о том, что подобные пробелы в знаниях относительно вопросов распространения ВИЧ-инфекции и правовой защищенности пациентов представляют собой определенную мировую тенденцию, несмотря на то, что объективные результаты не могут основываться на мнении отдельных граждан,

что, в свою очередь, может послужить основанием для дальнейшего изучения исследуемой проблемы.

Список литературы.

1. База нормативно-правовых актов РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151525/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/, свободный (дата обращения: 15.03.2019).
2. ВИЧ/СПИД, закон и права человека: руководство для российских законодателей (Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС) / Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации (ЮНЭЙДС). М., 2005. 68 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://library.khpg.org/files/docs/1358357100.pdf>, свободный (дата обращения: 23.12.2018).
3. Ефлова М.Ю. Социальная эксклюзия ВИЧ-инфицированных в России // Армия и общество. 2011. № 3 (27). С.129-134.

ГЕРБАРИЙ В ИСТОРИИ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

Родина Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Руководитель – к.филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Актуальность исследования состоит в популярности использования гербариев в учебном процессе. Даже спустя несколько столетий необходимость гербария не снижается, а значит есть смысл в изучении его истории. Цель исследования заключалась в установке последовательного становления гербария на практике и в науке, а именно его путь от примитивного собирательства растений до полноценной естественной науки. Материалами статьи являлись множество проанализированных источников – гербарных материалов на разных интернет-ресурсах. Одним из главных ресурсов информации по данной теме был гербарный фонд фармацевтического факультета КГМУ [1, 3]. Основной метод написания статьи – анализ существующих и по сути архивированных материалов, и немногочисленной литературы по этому вопросу.

Гербарий как неотъемлемая часть современной ботаники появился сравнительно недавно. Отсчёт своей истории он ведёт с первой половины XVI века. Считается, что первый гербарий изобрёл Лука Гини – ботаник и врач из Испании, основатель Пизанского ботанического сада. Именно Гини впервые предложил систему создания гербариев. Однако сам термин «гербарий» был предложен только через 150 лет французским врачом, ботаником и путешественником Жозефом Турнефором. За пять веков своего существования гербарий прошёл путь от примитивных засушенных

растений до специальной коллекции, имеющей определенные стандарты и правила засушивания, оформления, документирования, хранения, которая в конечном итоге стала важной частью естествознания [5].

Гербарий можно рассматривать как одно из значимых явлений культуры, которое стало отправной точкой для зарождения, а затем и развития ботаники как науки. Большую роль гербарий внёс в развитие фармакогнозии, так как кроме простого засушивания растений описывались их свойства, на основе которых приготавливались различные лекарственные средства. Немалое значение он играет и в ботанике – ни одно описание морфологии растения невозможно без аккуратно засушенного образца. На протяжении всей своей истории гербарий постоянно расширял сферы применения – от пособия по морфологии растений до полноценного анализа и составления полной систематики данных видов, их распространения по географическим зонам, благодаря чему можно проследить изменения в строении растения в зависимости от природно-климатических условий.

Собирательством растений занимались с древнего времени. Но это собирательство не было упорядоченным, так как все травы после засушивания либо завязывали в пучки, либо измельчали в достаточно мелкую субстанцию, поэтому изначально гербарии обозначали травники – посвященные свойствам растений старинные книги. Кроме того некоторые гербарии исторически ценны – сохранились исчезнувшие виды растений.

Понятие «гербарий» трактуется в двух смыслах: в узком – это коллекция засушенных растений, в широком – это учреждение, в котором хранится эта коллекция. По последним данным таких учреждений существует около трёх тысяч. Самая многочисленная коллекция – 8 млн листов – хранится в Париже. Несмотря на высокое развитие в области химии, ботаники, а так же цитологии, гербарий остаётся основой для всевозможных исследований. Нельзя представить себе учебный процесс изучения ботаники и фармакогнозии без наглядных образцов растений.

На базе многих университетов ведутся учебно-исследовательские работы по изучению лекарственных растений. Главным элементом данной работы является выработка умений и навыков сбора, засушивания и оформления гербариев. В КГМУ ведется многолетняя работа связанная с такой практикой, результатом которой стало издание статей и книг по фармакогнозии и ботаники, создание гербарного фонда, а так же электронной базы гербариев – современного варианта хранения информации об образцах.

В настоящее время создано и усовершенствовано огромное количество всевозможных пособий и книг с правилами сбора, особыми указаниями к изготовлению гербария, необходимым оборудованием для проведения данной работы, а так же стандартами его оформления [2]. Несмотря на высокий уровень развития различных технологий анализа и изучения растений, гербарные образцы до сих пор хранятся в учебных

заведениях, постоянно пополняются, обновляются и всё так же являются важной составляющей обучения.

Список литературы.

1. Бубенчикова В.Н., Прохорова С.А. Флавоноиды козлобородника восточного / В.Н. Бубенчикова, С.А. Прохорова // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII, № 3 – С. 272.
2. Дроздова И.Л. Роль учебной полевой практики по ботанике в современной системе подготовки провизоров / И.Л. Дроздова // Карельский научный журнал. – 2018. – № 2 (23). – С. 13–15.
3. Назаров М.И. Гербарий, его история, современное состояние и научное значение // Дневник Всесоюзного съезда ботаников в Москве в январе 1926 года. М.: Советский рабочий, 1926. С. 46–69.
4. Павлов В.Н., Барсукова А.В. Гербарий // Руководство по сбору, обработке и хранению коллекций растений. М.: Медицина, 1976. С. 3–5.
5. История гербария // <http://xn--80ahlydgb.xn--p1ai/herbariums/beginning.php> (Дата обращения 08.03.2019)

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДА КАТЕТЕРИЗАЦИИ СЕРДЦА

Романенкова Я.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра истории Отечества

Научный руководитель – к.и.н., доцент Брагиров Г.Б.

Актуальность работы состоит в том, что сегодня катетеризация сердца применяется во многих клиниках и кардиологических центра мира. Но не всякий врач, использующий ее, знает о том, как она появилась, кто ее разработал и впервые применил на практике, а также, почему она не сразу была признана научным сообществом.

Целью исследования является исследование проблемы появления катетеризации сердца. Задачами работы является изучение роли ученых, разработавших и применивших этот метод на практике и реакции на это открытие научного сообщества.

Материалы и методы: В работе использовались статьи и монографии, посвященные истории катетеризации сердца. В качестве методов исследования можно выделить следующие: идеографический, сравнительно-исторический и хронологический.

Результаты и обсуждение. В XX веке эта процедура практически не использовалась в клинической практике, т.к. была признана научным сообществом опасной. Но сегодня это обычная процедура, которую часто применяют при исследовании анатомических и функциональных особенностей

сердца. Все это стало возможным благодаря работе немецкого хирурга и уролога Вернера Форсмана [6].

До опытов В. Форсмана в области катетеризации правых отделов сердца было опубликовано не так много исследований. В 1861 г. во Франции физиологи в эксперименте проводили катетеризацию сердца у животных. В 1912 г. в Германии врачи вводили катетер в брюшную аорту беременным женщинам для лечения послеродового сепсиса. Исходя из данных немецких врачей, у женщин не было выявлено никаких осложнений от процедуры. Позднее, в 1928 г. итальянский ученый вводил катетер в сердце экспериментальных животных, а также трупов людей [5].

В. Форсман в 1929 г. опробовал введение катетера в правые отделы сердца трупов людей, где достиг положительных результатов [4,с 583-584]. Можно сказать, что для проведения дальнейших экспериментов на живом человеке у В. Форсмана было достаточно оснований предполагать, что ведение катетера в сердце безопасно для человека. Но для того, чтобы утверждать это необходимо было доказать безопасность на практике.

Разработанный метод В. Форсман решил проверить на практике. По его методике катетер проводился через локтевую вену в правое предсердие. Несмотря на скептицизм коллег, которые считали, что при проникновении в камеры сердца наступит шок и остановка сердца, В. Форсман решился проводить эксперимент на себе. Он надрезал локтевую вену и ввел в нее узкий катетер. При продвижении катетера к сердцу, ассистент отказался продолжать эксперимент, и поэтому в первый раз эксперимент не был выполнен. Во второй раз В. Форсман действовал самостоятельно, и в итоге ему удалось ввести катетер на 65 см. до правого предсердия. Опыт проводился в рентгеновском кабинете, поэтому сделав снимок, хирург был точно уверен, что катетер достиг правого предсердия [2]. Впоследствии В. Форсман провел еще 9 аналогичных экспериментов, которые также завершились успешно. При некоторых он предварительно вводил контрастное вещество, что позволило ему получить более четкие снимки [5].

После всех экспериментов В. Форсман описал методику катетеризации и отметил ее возможности при изучении анатомии и функциональных особенностей сердца в норме и при патологии в статье «Зондирование правых отделов сердца». В дальнейшем ученый пытался усовершенствовать свою методику, но недостаток средств в больнице вынудил его прекратить эксперименты [4,с 583-584].

О результатах своих исследований ученый сообщил на XXV конференции Германского хирургического общества в апреле 1931 г., но его коллеги не приняли во внимание его работу и важность проделанных экспериментов. Но через некоторое время, когда в газете опубликовали статью об исследованиях В. Форсмана, его коллеги очень негативно восприняли их. На ученого обрушился шквал критики, и он был уволен из больницы [6].

В. Форсман был глубоко оскорблен случившимся, поэтому оказался от продолжения исследований сердечнососудистой системы и с 1932 г. стал специализироваться в области оперативной урологии [2].

В период с 1941-1945 гг. американские ученые из Колледжа врачей и хирургов Колумбийского университета узнали об экспериментах проводимых В. Форсманом и решили добиться тех целей, которые еще в 1929 г. поставил перед собой ученый. Хирурги Андре. Корнан и Диккинсон. Ричардс работали над методикой катетеризации сердца, и в итоге в 1941 г. А. Корнан произвел первую в США успешную катетеризацию сердца. Благодаря их работе уже в конце 1940-х годов методика катетеризации сердца, разработанная В. Форсманом, стала успешно применяться при диагностике заболеваний сердечнососудистой системы.

Работы В. Форсмана по катетеризации сердца признали лишь в середине 1950-х годов. Каково же было удивление ученого, когда в 19 октября 1956 г. ему сообщили, что он стал лауреатом Нобелевской премии в области медицины [3]. Помимо В. Форсмана наградили еще А. Корнана и Д. Ричардсона «за открытия, связанные с катетеризацией сердца и изучением патологических изменений в системе кровообращения» [1].

Помимо В. Форсмана врач Кливлендской клиники К. Бек и его ученик, врач радиолог Х. Циммерман также изучали катетеризацию сердца. В 1947 г. после серии экспериментов на животных и консультаций с другими учеными им удалось ввести катетер в левый желудочек сердца через локтевую артерию. Впоследствии Х. Циммерман произвел одномоментную катетеризацию правых и левых отделов сердца.

В СССР уже в 30-х годах XX века занимались изучением методики катетеризации сердца. В период с 1936 по 1947 гг. А.Е. Плутенко изучал методику контрастного исследования полостей сердца на животных [7]. В 1937-1949 гг. подобное исследование проводил рентгенолог П.Н. Мазаев. Наряду с этими исследованиями в стенах 2-го МГМИ им. И. В. Сталина будущий академик АМН СССР В. В. Кованов изучал возможность внутрисердечного, внутриаартериального и внутритканевого введения лекарственных веществ [3]. Данные исследования были приняты научным сообществом, а их авторы получили степень доктора медицинских наук. П.Н. Мазаев не остановился на достигнутом и спустя 2 года защитил диссертацию «Прижизненная кардиовазография», тем самым положив начало развитию ангиографии в СССР. [5].

Список литературы.

1. Великие немецкие врачи. Вернер Теодор Отто Форсман (1904-1979) - [Электронный ресурс] – электронные данные – Режим доступа: <http://www.lgroutes.com/Famous/Doctor/Forssmann.html> (Дата обращения 08.03.2019)
2. Вернер Форсман (1904-1979) - [Электронный ресурс] – электронные данные – Режим доступа: <https://ruspekhn.ru/people/item/verner-forsman> (Дата обращения 08.03.2019)
3. Кованов В. В. Внутрисердечное, внутриаартериальное и внутритканевое введение лекарственных веществ: Дисс... докт. мед. наук. – М., 1946.

4. Лауреаты Нобелевской премии. Энциклопедия: М-Я. в 2 т. Т 2 / Лауреаты нобелевской премии. - М., «Прогресс», 1992 – с. 862
5. Мазаев П. Н. Прижизненная кардиовазография: Дисс... докт. мед. наук. – М., 1949.
6. Мусский, С.А. 100 великих нобелевских лауреатов / С.А. Мусский // М.: Вече, 2009. – 480 с.
7. Плутенко А. Е. Экспериментальные рентгенологические наблюдения над сердцем и малым кругом кровообращения у собаки: Дисс... докт. мед. наук. – М., 1947.
8. Форсман Вернер - [Электронный ресурс] – электронные данные – Режим доступа: <https://vikent.ru/author/2482/> (Дата обращения 08.03.2019)

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ

Романенкова Я.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра истории Отечества

Научный руководитель – к.и.н., доцент Брагиров Г.Б.

Актуальность работы состоит в том, что в Оренбургской губернии охрана здоровья и предупреждение неблагоприятного влияния среды обитания на населения всегда были объектом повешенного внимания властей. Это связано с тем, что она занимала неблагоприятное в санитарном отношении положение, поскольку с азиатской степи в губернию приходили инфекционные заболевания.

Целью исследования является характеристика санитарной службы Оренбурга и Оренбургской области. Исходя из цели, можно выделить следующие задачи: 1) исследовать этапы развития санитарной службы; 2) сделать выводы по каждому этапу; 3) проследить хронологию развития санитарной службы.

Материалы и методы: в качестве материалов исследования мной были использованы монографии, статьи и очерки, посвященные санитарной службе. Были использованы такие методы исследования как идеографический, сравнительно-исторический, хронологический, ретроспективный, индуктивный, анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение. В конце XIX – начале XX века в губернии проживало 1600145 человек. На 1000 жителей число больных малярией составляло 18,9, брюшным тифом – 2,8, трахомой – 2,8, туберкулезом – 2,6. В дореволюционный этап среди населения Оренбургской губернии отмечались сильные вспышки инфекционных заболеваний, таких как оспа, холера, малярия, трахома и туберкулез. Для того чтобы противостоять оспе в середине XIX века в Оренбургском военном госпитале старший лекарь Н.Г. Смирнов обучал своих учеников оспопрививанию. Благодаря этому массовые прививки

против оспы стали проводиться с 1853 г. [3, с. 8]. 15 октября 1910 г. была организована санитарной комиссии, которая учредила должность школьного санитарного врача. В Оренбурге на эту должность занимал врач П.Никулин [2, с. 8]. Врачебно-санитарная комиссия также контролировала санитарное состояние почвы, воды, жилищ, учреждений и предприятий.

Наиболее важной проблемой были бушевавшие в то время социальные болезни, а именно туберкулез. По частоте встречаемости у населения среди всех инфекционных заболеваний он занимал 1 место. Всего в губернии было выявлено 3164 больных туберкулезом, из них 747 в Оренбурге [3, с. 21-22]. Для борьбы с ним в Российской империи в 1909 г была открыта филантропическая общественная организация, а в 1911 г на ее базе было организовано оренбургское отделение. В нем работали врачи Н.Н. Даркшевич, А.К. Новицкий, В.В. Соколов и другие. В 1912 г. благодаря работе оренбургского отделения Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом был открыт амбулаторий для больных туберкулезом, которым заведовал врач П.С. Дроздов [4, с. 14-15]. В результате огромной работы, проведенной органами здравоохранения в начале XX века, многие инфекционные заболевания, уносившие тысячи жизней, были полностью ликвидированы.

После Великой Октябрьской революции новые органы власти продолжали совершенствовать санитарную службу в городе и области. В марте 1918 г. 1 съезд Советов Оренбургской губернии постановил создание здравотдела, а при нем санитарно-просветительный и санитарно-эпидемический подотдел [1, с. 56-57]. В октябре 1919 г. в доме № 2 по Петропавловской улице, в здании бывшей глазной лечебницы открылась городская бактериологическая лаборатория, которую возглавил врач В.П. Зайцев. В марте 1921 г. в Оренбурге создается Чрезвычайная комиссия по очистке города. Несмотря на все усилия по предотвращению эпидемий в этот же год вспыхнули эпидемии холеры и тифа. В срочном порядке для их ликвидации создавались Чрезвычайные комиссии по борьбе с тифом (Чекатиф) и с холерой, а в Оренбурге работал главный уполномоченный по борьбе с холерой [2, с. 16-18].

После принятия в 1922 г. Декрета СНК РСФСР «О санитарных органах Республики» в Оренбурге началось создание сети санитарно-профилактических учреждений [1, с. 58].

Профилактика инфекционных заболеваний в годы гражданской войны и в послереволюционное время считалась одной из основных задач и, ведущую роль в предупреждении массовых заболеваний выполняли санитарные врачи.

В 1927-1928 г. по городу Оренбургу работало 3 санитарных врача и 3 помощника. Город был поделен на 3 района, в каждом из них работали врач и помощник. В 30-е годы в Оренбурге работали санитарно-пищевая станция горздравотдела, санитарно-бактериологическая лаборатория, малярийная станция, дезинфекционная станция. В 1935 г. исходя их Приказа № 149 горздравотдела клиничко-диагностическая лаборатория и санитарно-пищевая станция объединяются в Оренбургскую городскую санитарно-бактериологическую лабораторию, в которой организуются отделения –

бактериологическое с серологической группой, клинико-диагностическое и санитарно-гигиеническое с пунктом по обследованию на бациллоносительство, пунктом профилактического медосмотра пищевиков и молочно-контрольными пунктами. Заведует ей врач Б.В. Успенский [2, с.23].

В 1936 г. в Оренбургской области действовали 3 межрайонные санэпидстанции (СЭС). В июле 1937 г. организована Оренбургская межрайонная СЭС, которую возглавил Д.М.Хитров, с августа 1937 г. его сменил П.Н. Смирнов. По имеющимся сведениям, надзор за объектами осуществляли 14 госсанинспекторов и 47 помощников. К 1939 г. число межрайонных СЭС увеличилось до 6. В этом году Оренбургская межрайонная СЭС переименована в Чкаловскую межрайонную СЭС и на ее базе была образована областная СЭС [4, с. 60-63].

В годы Великой Отечественной войны санитарная служба города и области продолжала активно работать. Важным вопросом была профилактика и лечение инфекционных заболеваний среди населения тыла. В Оренбург двигалось большое количество беженцев, перемещались предприятия, т.о. создавалась неблагоприятные условия для людей. Санитарная служба города проводила обследования населения, выявляя среди них инфекционно больных, обработку контактного населения, дезинфекционные мероприятия, организацию санитарно-просветительной работы. Проводилась профилактика сыпного, возвратного и брюшного тифов, дизентерии, малярии, скарлатины, холеры, чумы, кори, коклюша, оспы и холеры [2, с.25-26].

В послевоенные годы активно велась работа по ликвидации последствий войны. В июле 1944 г. была организована Бузулукская горСЭС. С 1 декабря 1948 г. приказом по Чкаловскому (ныне Оренбургскому) горздравотделу организована санитарно-эпидемиологическая станция, объединившая городскую санитарно-бактериологическую лабораторию, районные эпидгруппы, молочно-контрольный пункт при рынке [2, с.26-27]. К 1948 г. число СЭС увеличилось до 33, к 1952 г. - до 52. В 1950 г. ликвидируются должности государственных санитарных инспекторов в райздравотделах, они передаются в штат санэпидстанции [4, с.71-73]. С 1955 г. на основании приказа № 194 горздравотдела в состав СЭС входит малярийная станция.

В этот период в эксплуатацию введены очистные сооружения с полной биологической очисткой на 13 территориях области (г. Оренбург, Орск, Новотроицк, Гай, Ясный, Соль-Илецк, Пос. Энергетик, райцентры Плехан и др.). Открываются и начинают работать СЭС по всему городу Оренбургу: в 1974 г. создается СЭС Промышленного района, в 1975 г. была образована СЭС Дзержинского района, в 1982 г. создана СЭС Ленинского района и в 1988 г. - СЭС Центрального района города. К 1987 году в области насчитывалось 44 СЭС, т.е. по одной в каждой административной территории [4, с.74-78].

В настоящее время санитарное и эпидемиологическое благополучия в городе обеспечивает единый городской центр госсанэпиднадзора [4, с. 44]. Сегодня центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Оренбурге - крупнейшее санитарно-профилактическое учреждение области.

Список литературы.

1. Вебер, Л.Г. Организация санитарно-эпидемиологического дела в СССР / Л.Г. Вебер. – Москва: Издательство «Медицина», 1968. – 251 с.
2. Из истории санитарно-эпидемиологической службы в г. Оренбурге (К 50-летию санитарно-эпидемиологической станции – Центра госсанэпиднадзора в г. Оренбурге). / Борщук Е.Л., Кудрин В.И., Быстрых В.В., Шерстнев В.М., Боев В.М., Афанасьева М.М., Конюхов В.А. – Оренбург, 1998. – с. 66, ил.
3. Ничуговская, А.И. История здравоохранения и медицины Оренбургской губернии / А.И. Ничуговская, Т.В. Костова. – Оренбург: Изд-во «Детство», 2010. – 160 с
4. Служба во имя здоровья. Очерки истории санитарно-эпидемиологической службы Оренбургской области. – Оренбург: ООО ИПК «Университет», 2012. – 463 с.

РАСТЕНИЯ – КУЛЬТУРНЫЕ СИМВОЛЫ

Рыбина А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.ист.н., д.филос.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность проблемы языков культуры связана с проблемой понимания между людьми, диалога культур разных видов и типов, от национальной до профессиональной в ее составе. Языком культуры в широком смысле этого понятия называются те средства – знаки, символы, тексты, которые позволяют людям вступать в коммуникативные связи друг с другом, ориентироваться в пространстве культуры. Так, многие растения уже на протяжении веков являются символами, передающими различные значения. Эти значения вписаны в разные культурные коды, поскольку каждому растению присваивается конкретное значение, которое помогает раскрыть реальный мотив его отправки другому человеку. Так что целью исследования было собрать и проанализировать фитосимволический материал, в особенности тот, что близок врачам и провизорам. При достижении этой цели использовались методы сравнительно-исторического анализа и герменевтики культуры.

Теории символизма раскрывают смысл многих символов, которые посылают нам растения. Так, например, содержанием коллективного бессознательного, по К.Г. Юнгу, являются архетипы – врожденные предрасположения к формированию неких универсальных символических форм. Юнг связывал с проявлением архетипов сновидения и культурные формы (мифы, искусство, религию). Именно понимание сущности архетипов раскрывает нам многие смыслы различных символов растений.

Благодаря растениям – культурным символам искусство кодирует огромное количество информации. Занимаясь исследованием структурных элементов культуры, Э. Кассирер обнаружил символические сферы, среди которых выделил и искусство. Таким образом, растения выражают себя через мир символов – знаков, не имеющих предметного значения, но через которые открывается смысл самого объекта. Многие художники на своих картинах изображали различные растения. Так, изображая войну, Франсиско Гойя использовал ряд растений – культурных символов, не только как знаки некоторого искусственного языка, но и как выражение глубинного сакрального смысла. Символы такого рода восходят к дописьменной эпохе и представляют собой архаические метки, служащие основой всякой культуры.

Растения как символы оказали влияние на творчество многих художников: такого известного парижского кутюрье, как Э. Скиапарелли, С. Дали, Фр. Пикабия, Ж. Кокто, П. Пикассо, В.А. Серова и других. Фитообразы также тесно связаны и с религией. Архетипическим цветком, символизирующим чистоту, является белая лилия Мадонны. Связь цветка с Девой Марией восходит к раннему христианству, явной легенде, согласно которой ее могила была заполнена лилиями после ее вознесения на небеса. Другие белые, похожие на лилии цветы, такие как отражали это значение, особенно ландыш, лейкожум и подснежники, или белые цветы с золотыми центрами, такими как розы и ромашки.

Символический язык цветов был признан на протяжении веков во многих странах Европы и Азии. Мифологии, фольклор, сонеты и пьесы древних греков, римлян, египтян и китайцев приправлены символикой цветов и растений. Различные народные культуры и традиции придают растениям символическое значение. Латынь вообще является языком цветов. В медицине цветы также имеют важное значение, например, адонис, василек, ирис, ромашка. Они содержат много биологически активных веществ, включая гликозиды, антоцианы (цианин и пеларгонин), танины. Все части растения использовались в народной медицине.

Кроме общепринятых растений-символов медицины Курский государственный медицинский университет обладает индивидуальными памятными знаками. В 2015 году состоялось открытие аллеи роз в честь визита министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой. Разнообразные сорт роз стали прекрасным дополнением к величию КГМУ и радуют сотрудников университета, студентов, обычных прохожих. Памятный знак «Ромашка», который располагается на фасаде здания фармацевтического корпуса и установлен в честь 50-летия фармацевтического факультета, открыли 12 сентября 2016 года. Этот цветок выбрали неслучайно, ромашка – самое распространенное и известное лекарственное растение, неизменный символ Русской природы. С 1968 г. Ботанический сад является структурным подразделением КГМУ. Одной из целей ботанического сада является создание и содержание экспозиций и коллекций растений, а также распространение знаний о растительном мире.

Растительная символика широко используется в маркетинге. Зеленые листья и ветви, цветы встречаются в эмблемах аптек, частных клиник, благотворительных фондов. На эмблеме сети аптек «Планета здоровья» представлен зеленый лист правильной формы, разделенный на сегменты. Центр эстетической медицины «Фиалка» базируется на использовании натуральных растительных средств, а на его эмблеме расположен цветок фиалки лилового цвета.

Собранные в нашем исследовании материалы украсят преподавание многих дисциплин на факультетах медицинского университета.

Список литературы.

1. Батай Ж. Проклятая часть. Сакральная социология. М.: Ладомир, 2006. 742 с.
2. Кассирер Э. Предмет наук о культуре // Кассирер Э. Избранное. Опыт о человеке. М.: Гардарики, 1998. С. 7–40.
3. Лотман Ю.М. Культура и взрыв. М.: Мысль 1992. 328 с.
4. Растения – символы стран // URL: <https://culturelandshaft.wordpress.com>
5. Юнг К.Г. Психологические типы. М.: Университетская книга, 1996. 716 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОБРАЗЫ ТЕЛЕСНОСТИ В МИРЕ СПОРТА

Ряднова О.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Кафедра физической культуры

**Научные руководители – ст. преподаватель Сидаш А.Л., д.и.н., д.филос.н.,
профессор Щавелев С.П.**

Проблема гендерной психологии в спорте набирает все большую популярность. Ведь спорт поощряется практически во всех кругах современного общества, даже в «закрытых» социумах Востока; спорт является связующим звеном между большинством стран и народов; кроме того, спортивная тема находит свое отражение в таком разделе физической и культурной антропологии, который посвящен изменениям женской и мужской телесности под влиянием природных и социокультурных факторов [2, 5, 6]. В этом состоит актуальность проведенного нами исследования, целью которого было изучить стереотипы восприятия мужского и женского образов красоты и здоровья у российских студентов, которые так или иначе связаны с гендерными практиками в своих будущих профессиях. Реализуя эту цель, мы провели фокусированное анкетирование среди студентов нескольких вузов города Курска, а также анализировали разнообразные материалы Интернета, связанные с рекламой товаров и услуг, а также общением в социальных сетях.

Конституция тела мужчины-спортсмена во все времена считалась идеалом и предметом для подражания у большинства людей, потому что мужчины стали заниматься профессиональным спортом раньше и гораздо чаще, чем женщины [1, 4, 7]. Но с течением времени произошли социальные изменения в обществе, и в результате успехов феминизма на рубеже XX веков женщины стали принимать все более активное участие в спортивных соревнованиях. Так что сегодня спорт и различные фитнес-практики выступают самым главным инструментом по изменению телесности, более того, спорт и все, что с ним связано, пропагандируется с одобрительной точки зрения, в отличие, например, от косметологии и эстетической хирургии.

Как известно, при занятии спортом происходит трансформация тела и больше всего это отражается на женщинах, поскольку они приобретают маскулинные формы. Но это свойственно не всем спортсменкам, поскольку учитывается еще вид спорта. Больше всего изменению в телосложении подвергаются девушки, занимающиеся мужскими видами спорта, такими как тяжелая атлетика или бодибилдинг. В гораздо меньшей степени меняют девичьи и женские тела легкая атлетика, плавание. Посредине располагаются игровые виды спорта, которые в своем большинстве предполагают физическую силу, по которой большинство представительниц прекрасного пола в среднем уступает мужчинам [3, 4].

Проведенные нами исследования были направлены на анализ гендерных различий в спортивной психологии, а также была поднята проблематика женской телесности в спорте. Чтобы выяснить, как относится современное российское общество к занятию женщин мужскими видами спорта, мы провели анкетирование среди студентов вузов города Курска – КГМУ, КГУ и КГСХА. Респонденты отвечали на вопросы, связанные с эталонами женской телесности. В ходе социологического исследования были опрошены 300 участников в возрасте от 18 до 30 лет, обучающихся в различных сферах – медицины, сельского хозяйства, ветеринарии, юриспруденции и экономики. Анкетирование показало, что в современном обществе наблюдается противоречивое отношение к спорту и к женскому спортивному телосложению. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что большая часть опрошенных (от 80 до почти 100%) одобряет занятие спортом женской половины, но отрицательно относится к увлечению девушек футболом и хоккеем, боксом, восточными единоборствами, тяжелой атлетикой и поэтому считает, что среди женщин должен преобладать скорее фемининный тип телосложения. Такой выбор вполне объясним некоторой консервативностью общественного мнения в российской провинции в вопросах этики и эстетики, по которым еще сильные стереотипы патриархального и маскулинизированного общества [7, 8].

Собранные в нашей работе изобразительные материалы должны пригодиться в процессе преподавания целого ряда дисциплин в высшей школе, как естественнонаучных, так и гуманитарных. Также наши материалы и выводы способны помочь организации физкультурно-массовой работы и спорта высоких достижений в российских школах и вузах. И в учебной науке,

и в жизни лучше получается наглядный показ, чем чисто словесное внушение. Тем более в таких сложных и деликатных вопросах, к которым относится отношение полов в личной жизни и гендеров в социальных практиках.

Список литературы.

1. Бендас Т.В. Гендерная психология. СПб.: Питер, 2005. 431 с.
2. Бутовская М.Л. Антропология пола. Фрязино: ВЕК2, 2013. 256 с.
3. Бутовская М.Л. Власть, пол и репродуктивный успех. Фрязино: ВЕК2, 2013. 64 с.
4. Гендерная психология. Практикум / Под ред. И.С. Клецины. 2-е изд. М.: Питер, 2013. 142 с.
5. Гиллмор Д. Становление мужественности: культурные концепты маскулинности. М.: РОССПЭН, 2005. 264 с.
6. Киммел М. Гендерное общество. М.: РОССПЭН, 2006. 412 с.
7. Мид М. Мужское и женское. Исследование полового вопроса в меняющемся мире. М.: РОССПЭН, 2004. 416 с.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: 2002. 420 с.

ЭТИКА И ПРАВО В ОНКОЛОГИИ: КУРСКИЙ ОПЫТ

Скорнякова К.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.и.н, доцент Чальцева Т.А.

Актуальность. Врачебная этика занимает особое место в онкологии, что связано, прежде всего, с тем, что при таких заболеваниях, как злокачественные опухоли, самоизлечение практически невозможно, и многое зависит не только от компетенции лечащего врача, но и от его деликатности при информировании пациента о диагнозе. К вопросам врачебной деонтологии относится правильное общение с родственниками больного, выбор нужных методов лечения, защита от ненаучных способов врачевания, которые будут отвлекать от главного. Даже на начальных стадиях злокачественных опухолей пациент испытывает тяжелое психологическое состояние, сопровождающее сильным стрессом, тревогой, страхом, необходимостью длительного пребывания в стационаре, ожиданием необходимых операций и результатов гистологических обследований. В такой ситуации нередко различные неадекватные реакции, например, отрицание болезни, отказ от лечения и даже агрессивное и суицидальное поведения. Поэтому задача врача заключается, в том числе, в обеспечении благоприятной атмосферы во время общения с пациентом с целью уменьшения эмоционального стресса последнего. Во многом именно от этого зависит общее состояние больного, течение заболевания и последующая его реабилитация.

Стоит отметить, что врачебная деятельность – это не только деонтология, но и правовые нормы, которые также играют важную роль в профессии, поскольку все действия врача должны быть законными. Однако, в соответствии со статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи [1]. При этом у пациентов могут возникать непредсказуемые реакции на информацию о неблагоприятном диагнозе или прогнозе заболевания, поэтому врач должен подходить к каждому пациенту индивидуально и рассматривать все варианты, чтобы нанести ему минимальный физический и моральный вред.

С целью выяснить мнение медицинских работников относительно этических и правовых вопросов в лечении онкологических заболеваний мы провели исследование среди сотрудников лаборатории Курского областного онкологического диспансера в виде анкетирования (27 человек). На первый вопрос «Как Вы считаете, этика или право преобладают в онкологии?» подавляющее большинство опрошенных (77,8%) ответили, что и этика, и право. Далее мы спросили, может ли страшный диагноз «злокачественная опухоль» привести к психологическим расстройствам?: 92,6% полагают, что «да», и только 7,4% дали отрицательный ответ. В ответах на вопрос: «Насколько обоснована «ложь во спасение» в онкологии?». Мнения разделились: 22,2% склонны этически оправдывать полуправду о смертельном диагнозе, 18,5% полагают, что каким бы страшным ни был диагноз, врач обязан донести информацию о нем больному, а большинство 59,3% уверены, что сначала пациента необходимо подготовить, чтобы минимизировать моральный ущерб и предотвратить непредсказуемые реакции.

Несмотря на то, что результаты исследования носят предварительный характер, и мнения отдельных респондентов дают основания для дальнейшего изучения заявленной темы, стоит отметить, что лечение онкологических заболеваний имеет этические особенности в системе отношения «врач – пациент».

Список литературы.

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 11 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 03.02.2019).

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ: МЕЖДУ ЭТИКОЙ И МЕДИЦИНОЙ

Слав А.Ф.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Эвтаназия – это намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий. Эвтаназия является дискуссионным вопросом, поскольку это проблема не только медицинского и этического характера, а также правового, философского, религиозного и политического аспекта [1]. На протяжении многих лет рецензируемая литература включает в себя множество хорошо информированных мнений об эвтаназии. Тем не менее, существует мало комментариев о связи этого вопроса с медицинским образованием. Ведь при легализации эвтаназии главную ответственность за ее выполнение рассчитывают возложить на здравоохранение, которое повлечет за собой медикализацию эвтаназии во всех ее направлениях. Под медикализацией эвтаназии принято принимать процесс, в ходе которого интеграция эвтаназии затронет не только сферу медицинского обслуживания, но и медицинского образования.

В ходе нашего исследования мы проанализировали статью доцента кафедры медицины Макгилльского университета Дональда Будро «Самоубийство, связанное с врачебной практикой, и эвтаназия: могли бы вы себе представить обучение студентов медиков, как правильно лишать жизни своих пациентов?», который в своей работе рассматривает все возможные последствия популяризации эвтаназии, особенно в сфере медицинского образования [4]. В проведенной работе он сделал следующие выводы: будут введены соответствующие дисциплины, обучающие студентов всем аспектам данного процесса, появиться новое направление в ординатуре «эвтаназия», руководители образовательных программ должны вынести решение о том, принимать эвтаназию как основной вид деятельности или нет, и должна ли при этом ответственность студентов-медиков быть ограничена лишь коммуникативным процессом. Возрастет при этом и роль специалистов по этике, а биоэтика станет одним из ведущих предметов. В определенных учреждениях, рассуждает автор, начнутся междоусобные столкновения между руководством и преподавателями, студентами и преподавателями в связи разногласиями в сфере медикализации эвтаназии. Возникнет потребность в решении таких задач, как оценка работы и уровень компетентности в эвтаназии на основе уровня обучения.

Рассматривая все возможные варианты участия медицины в эвтаназии, продолжает Д. Будро, надо выдвинуть на первый план те аспекты медицинского мандата, которые неизменны и вечны. Во-первых, это постоянный характер «болезни», неизменной во времени, месте и культуре, а также вытекающая из этого обязанность лечить. Очень важно понимать, как болезнь поражает людей во всех сферах их жизни. Пациенты становятся сильно уязвимыми, впечатлительными и открытыми для злоупотребления. Так,

Пеллегрино красноречиво обобщил характер клинической встречи врача и пациента как «своеобразное созвездие неотложности, близости, неизбежности, непредсказуемости и чрезвычайной уязвимости, в которой нужно доверять». Эта уязвимость создает интенсивную и постоянную обязанность врачей; они должны реагировать на больных с чувством сострадания и моральным авторитетом, последнее требует, чтобы врачи применяли свое влияние определенным образом. Существенный характер врачей со временем измениться в сторону эвтаназии, что может вызвать пропаганду эвтаназию больным [2].

Эвтаназия разрешена в нескольких странах, хотя активно обсуждается во всем мире. Несомненно, если в России будет легализована эвтаназия, процесс ее медиализации затронет, как здравоохранение в целом, так и коренным образом изменит ряд устоев в медицинском образовании. Также нужно выделять профессиональное выгорание медицинских работников, которое у некоторых происходит уже в период обучения, следовательно, с введением эвтаназии, повысится уровень эмоционального и когнитивного истощения на фоне повышения уровня стресса. Вступление в силу эвтаназии означает, что контроль за ее ненадлежащее проведение будет караться законом. Молодые специалисты из-за недостатка опыта, могут совершать ошибки в эвтаназии и будут отвечать по закону. Введение эвтаназии как учебной дисциплины в систему медицинского образования может вызвать снижение желания абитуриентов поступать в медицинские заведения, что отрицательно скажется на здравоохранении России из-за проблемы кадрового дефицита. Как бы мы не подходили к вопросу эвтаназии, главное фигурирующие место, занимает врач, на которого ложиться большая часть ответственности [3]. Вопрос о медиализации эвтаназии остаётся открытым и на сегодняшний день, оставляя вокруг себя массу проблем и противоречий.

Список литературы.

1. Акопов В. И. Этические, правовые и медицинские проблемы эвтаназии // Медицинская этика и право. 2000. № 1. С. 47–55.
2. Иванюшкин, А. Я. Профессиональная этика в медицине. М.: Медицина, 1990. 130 с.
3. Соколов, В.М. Принцип биоэтической ответственности в контексте моральных ценностей современной медицины // Вестник Башкирского университета. 2007. № 3. С. 125–127.
4. Donald Boudreau. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Can You Even Imagine Teaching Medical Students How to End Their Patients' Lives? // The Permanente Journal. 2011. Vol. 15(4). P. 79–84 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267569/>, свободный. – (дата обращения: 01.03.2019 г.).

ОМОЛОЖЕНИЕ РУНЕТА: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Слюсарева Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Тема исследования актуальна, потому что «сеть» приобрела глобальный характер и не зря получила название «всемирная паутина». Доступ в интернет теперь можно получить где и когда угодно. Эти факты говорят о том, что это новая реальность нашего времени, идущая параллельно с привычной обыденной реальностью. В связи с этим необходимо знать о всех «подводных камнях» Net–мира и обезопасить себя и младшее поколение.

Целью исследования является выяснение роли интернета в жизни детей дошкольного и младшего школьного возраста и степени распространения интернет-зависимости в этой возрастной категории.

Материалами для исследования служат: научная статья С.В.Пазухиной д.псих.н., заведующей кафедрой психиатрии и педиатрии ФГБОУ ВО «Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н.Толстого» «Дети в интернете: исследование отношения родителей к вредной информации»; диссертация М.А.Игнатова «Сетевые феномены в культуре: Философско-культурологическая интерпретация»; и др.

Метод исследования: анкетирование родителей детей дошкольного и младшего школьного возраста.



Рисунок 1. Аудитория детского Рунета

Большой процент детей дошкольного и младшего школьного возраста пользуются сетью–Интернет, и довольно большой процент из них впадают в зависимость.

Сеть – вторая реальность нашего времени. Это поликоммуникативная среда, которая позволяет человеку не только общаться, но и заниматься саморазвитием и самопознанием. В связи с этим невозможно представить

современных детей без гаджетов с выходом в Интернет. На ранних этапах развития ребенка гаджеты помогают ему осваивать такие навыки как речь, письмо и чтение. С выходом на просторы глобальной сети он получает возможность приобретать всё новые знания об окружающем его мире. Это безусловно влияет на ребенка в плане становления его как личности и достойного члена современного IT-общества. На данный момент время знакомства детей с гаджетами по данным опросов составляет в среднем 3-4 года. Возраст интернет-инициации детей так же снизился. По данным опроса Mediascop в среднем в возрасте от 5 до 11 лет 93% детей уже пользуются интернетом.

В связи с таким омоложением пользователей сети Интернет возникает ряд философских вопросов, а также вопросов, связанных со здоровьем детей, как психологическим, так и физическим.

Развитие психики ребенка неоднородно, а имеет свои этапы и кризисы. На каждом из этапов ребенок получает всё новые знания об окружающем мире из совершенно разных источников. Дети до года развиваются за счёт эмоций, которые получают от родителей. С года до 3-х лет ребенок познает действительность посредством действий и манипуляций с окружающими его предметами. У детей этого возраста идёт активное становление речи, которое напрямую зависит от общения со взрослыми. А вот в возрасте от 4-х до 6-ти лет дети начинают познавать мир через игру. Именно в этот период врачи рекомендуют давать детям возможность познакомиться с гаджетами. Но, по данным Американской академии педиатрии, время, проведенное за смартфоном, не должно превышать одного часа в день для детей данного возраста, а с 6-ти до 18-ти лет не более двух часов [5,6, с.3]. Статистика же говорит о том, что современные дети проводят в интернете 6-7 часов, что несомненно негативно сказывается на их психическом и физическом развитии. Так же педиатры рекомендуют учитывать род занятий ребенка, то есть ребенок не должен проводить время только за играми, необходимо заранее позаботиться об обучающих программах на смартфоне. Учитывая данные рекомендации возможно добиться отличного обучающего эффекта от гаджета. При несоблюдении данных правил и неконтролируемом пользовании интернет ресурсами ребенком, мы можем увидеть обратную сторону этого процесса. Сеть может предоставить возможность самовыражаться и оставаться при этом анонимом, в сети ребенок может «спрятаться» от существующей реальности и стать кем захочешь, может сменить имя на какой угодно ник и даже приобрести суперспособности. Они получают то, чего им не хватает в реальной жизни. Новая реальность для каждого одиннадцатого ребенка в возрасте от 8-ми до 11-ти лет уже стала более предпочтительной. Эти дети впали в интернет-зависимость, которая с каждым днём приобретает всё более нешуточный размах. В США и Китае она стала столь распространенной, что учёные предлагают относить её к заболеваниям. В США уже создана клиника для больных такого профиля.

С одной стороны, «сеть» – это современный новый мир, со своими порядками, где пересматриваются все традиционные формы общения в пользу

виртуальных. Этот мир становится глобальным, и в обязанность родителей теперь входит необходимость научить правильно контактировать ребенка с Net–миром. С другой стороны, как говорит М.А.Игнатов, автор диссертации «Сетевые феномены в культуре: философско-культурологическая интерпретация», «новая суперсеть – это стоячая волна перемен, в которой будущее остаётся принципиально непредсказуемым» [1]. Именно поэтому любой врач–педиатр должен помнить об этих рисках и непременно посвящать в них родителей своих маленьких пациентов.

Список литературы.

1. Игнатов М.А. Сетевые феномены в культуре: философско-культурологическая интерпретация. Белгород, 2018. 41 с.
2. Пазухина С.В., Чумаков П.В. Дети в Интернете: исследование отношения родителей к вредной информации // Научно–методический электронный журнал «Концепт». 2017. № 9.
3. Интернет–зависимость у детей: причины, признаки и способы преодоления // URL: <https://www.teentor.com/ru/articles/internet-zavisimost-u-detej.htm> (Дата обращения 01.03.2019)
4. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е., Смылова О.В. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете. М., 2000. 431 с.
5. American Academy of Pediatrics. Симпозиум “Growing Up Digital”, 2015.
6. Дети и гаджеты. Новые рекомендации от Американской академии педиатрии // URL: <https://www.moirebenok.ua/mother/deti-i-gadzhetyi-novyie-rekomendatsii-ot-amerikanskoy-akademii-pediatrici/> (Дата обращения 01.03.2019)
7. Институт исследования интернета // URL: <https://internetinstitute.ru/detskii-runet-2018-otraslevoi-doklad/> (Дата обращения 01.03.2019)

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ И МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Смахтина А.М.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Современное определение медико-генетического консультирования (МГК), принятое в 2006 году Национальным обществом генетиков-консультантов США, гласит: «Генетическое консультирование – это процесс помощи людям в понимании и адаптации к медицинским, психологическим и семейным особенностям болезни, обусловленной в большей или меньшей степени наследственными факторами» [1].

По данным ВОЗ, в мире ежегодно рождается 4 – 6% детей с ВПР, летальность при этом составляет 30 – 40%. Среди новорождённых частота ВПР, выявляемых в течение первого года жизни, достигает 5%. ВПР лидируют и в структуре причин перинатальной смертности [3]. Больше половины этих случаев обусловлены генетическими дефектами [2]. В силу того, что родители хотят, чтобы их ребенок жил полноценной жизнью, они обращаются к врачам-генетикам, чтобы подтвердить или исключить вероятность рождения больного ребенка. Однако по данным ВОЗ в среднем 8 – 10% семей необходима консультация генетика, а реально ее получают лишь 1 – 2% [2]. Все вышесказанное определяет актуальность профилактики наследственной патологии, а также актуальность совершенствования методов генетического скрининга и работы медико-генетической консультации с целью обеспечения каждой нуждающейся семьи соответствующей помощью.

Целью нашего исследования явилось определение возможностей применения методов генетического скрининга в клинической практике врачей Курской областной клинической больницы. В качестве теоретической базы исследования мы использовали статьи и диссертации, посвященные данной теме. Методы и методологию теоретические методы анализа, синтеза, обобщения, дедукции и индукции, а также эмпирические методы наблюдения и описания.

Результаты и обсуждения. В Курске первый медико-генетический кабинет открылся в сентябре 1981 года на базе Курской областной клинической больницы. В июне 1991 года по приказу отдела здравоохранения Курской области была организована областная медико-генетическая консультация. На сегодняшний день в медико-генетической консультации работают 23 сотрудника, из которых 11 врачей и 22 средних медицинских работников. Структура медико-генетической консультации включает: консультативное отделение, цитогенетическую лабораторию, лабораторию селективного скрининга на наследственные болезни обмена, лабораторию массового скрининга новорожденных, лабораторию пренатальной диагностики.

Работа по созданию цитогенетической лаборатории началась еще в структуре медико-генетического кабинета в 1987 году. Лаборатория была оснащена одним микроскопом. В настоящее время лаборатория имеет два современных микроскопа NICON. В 2005 году появилась система компьютерного анализа изображений, с помощью которой производится ввод и анализ редких случаев хромосомной патологии, производится распечатка результатов в виде бланка с изображением метафазной пластинки с сопутствующей информацией. В 1999 году была внедрена пренатальная цитогенетическая диагностика.

В настоящее время в Курской областной клинической больнице практикуются неонатальный и пренатальный скрининги, метод ДНК-диагностики. В нашей области пренатальный скрининг был внедрен в 1993 году. Пренатальный скрининг бывает двух видов: инвазивный и неинвазивный. Неинвазивный включает в себя оценку сывороточных материалов материнских маркеров (альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин) и ультразвуковое

исследование плода. Скрининговое ультразвуковое исследование проводится трехкратно: при сроках беременности 11 – 14 недель, 18 – 21 неделя, 32 – 34 недели. Наряду с ними в КОКБ с 2002 года внедрена компьютерная программа по расчету риска развития у плода болезни Дауна. Деятельность врачей КОКБ основывается на Приказе Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания». Образец крови берут из пятки новорожденного ребенка через 3 часа после кормления на 4 день жизни и на 7 день у недоношенного ребенка и отправляют на исследование в лабораторию. Биохимическая лаборатория МГК была основана в 1987 году. Основным направлением работы является раннее выявление заболеваний в пресимптоматической фазе, направленное на активную профилактику тяжелых форм заболеваний. В неонатальный скрининг включены заболевания: ФКУ, муковисцероз, врожденный гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром.

Развитие новых технологий позволило создать и использовать высокоточный иммунофлюоресцентный метод исследования с разрешением во времени, который выполняется на универсальном анализаторе VICTOR (фирма «Wallac», Финляндия). В 2005 году Комитет здравоохранения Курской области приобрел этот аппарат для Курской областной клинической больницы. За последние 5 лет охват обследования новорожденных в КОКБ вырос до 99,7%. Поэтому можно с уверенностью сказать, что неонатальный скрининг проводится в КОКБ в полном объеме.

Таким образом, можно сказать, что медико-генетическая служба в Курске использует современные методы диагностики и работает в полном объеме, что говорит об успешности проведения генетического скрининга в регионе, так как вовремя поставленный диагноз и своевременное лечение дают шанс больному ребенку полноценно жить и развиваться.

Список литературы.

1. Баранова Е.Е. Комплексная оценка эффективности медико-генетического консультирования: дис. ... канд.мед. наук: 03.02.07: утв. 02.04.2015. М., 2014. 128 с.
2. Семинский И.Ж. Медицинская генетика: медико-генетическое консультирование (Лекция 4) // Сибирский медицинский журнал. 2001. Т. 27, № 3. С. 89–93.
3. Снижение частоты врожденных пороков развития по данным медико-генетической службы перинатального центра города Семей за 2010 – I полугодие 2015 г. // Наука и здравоохранение. 2016. № 3. С. 103–112.

РЕЦЕПТ КАК ФОРМА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ

Смирнова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что в современном мире медицины одной из наиболее актуальных проблем в связи с постепенным увеличением арсенала лекарственных препаратов, появлением новых технологий их приготовления является правильно составленное письменное обращение врача в аптеку об отпуске больному того или иного лекарственного средства, то есть рецепта.

Целью данного исследования является изучение вопросов, касающихся профессиональных отношений врача и провизора при рецептурном отпуске лекарственных препаратов.

Материалы и методы: исторический анализ и синтез собранных данных из интернет-ресурсов, статей фармацевтических журналов, методических материалов и книг об особенностях возникновения и развития медицинского рецепта, а также получение информации, касающейся этики взаимоотношений работников системы здравоохранения, с помощью компьютерных технологий.

Результаты и обсуждения: в ходе проведенного тестирования студентов КГМУ результаты показали, что 53,4% опрошенных считают медицинский рецепт неотъемлемым звеном в процессе лечения, 79,3% информированы о его назначении. Из этого следует, что рецепт действительно является одной из форм практического знания для будущих работников здравоохранения. По мнению 96, 6% ответивших на социологический опрос проверка совместимости лекарственных средств в рецепте является обязательной. Следовательно, многие не доверяют только практическим знаниям врача, что является одной из важных медицинских проблем.

На протяжении многих лет основным назначением фармации было изготовление лекарств по составленным медицинским рецептам, так как трудовые отношения аптекаря и лекаря были тесно связаны между собой. Но по прошествии некоторого времени аптечные организации обособились в отдельную отрасль системы здравоохранения, и в конечном итоге рецепт стал медицинским документом, письменным обращением врача в аптеку с особой формой регулирования выписки лекарственных препаратов.

История медицинских рецептов близка к началу истории человечества. Рецепт прошел долгий, но при этом интересный путь развития с момента возникновения как такового. В современном же мире рецепт представляет собой особую форму практического знания в медицине, в которое входит описание приготовления, отпуска, правил использования лекарства.

После образования Содружества Независимых Государств во многих республиках изменился не только арсенал лекарственных препаратов, но и многие официальные положения действующих и вновь изданных нормативных документов, которые регламентируют лекарственное обеспечение лечебно-

профилактических учреждений и населения в целом. Но главным и неизменным на протяжении многих веков остается запись рецептов на латинском языке, который служит связующим звеном в общении работников здравоохранения различных стран.

Из-за расширения аптечных сетей возникла проблема контролирования порядка отпуска лекарств по предъявленному рецепту. Профессиональная деятельность в аптеках снизилась, так как претерпели существенные изменения и совершенствования различные технологии производства лекарственных препаратов, у лекарственных форм возникли новые названия, способы их выписывания подверглись корректировке и новым добавлениям.

При оформлении рецептов возникают некоторые трудности и со стороны деятельности врачей, которые работают в организациях негосударственной формы собственности, в том числе индивидуальные предприниматели, имеющие лицензии на медицинскую деятельность. Но, функционирование больницы и аптеки представляет собой определенную взаимосвязь. Поэтому, при прописывании какого-либо лекарственного препарата, врач должен руководствоваться не только представлениями о болезни, но и биохимии, фармакокинетики, его доступности на фармацевтическом рынке и других факторах воздействия лекарственного средства.

Выводы. Несмотря на трудности в профессиональных отношениях провизора и врача, нужно обязательно стараться совместно сотрудничать и приходить к общему решению проблем, а также соблюдать выполнение этических норм, в том числе и в продвижении лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке.

Список литературы.

1. Вольская Е.А. Врачи молчат, говорят фармацевты // Фармацевтические ведомости. 2004. № 9. С. 1.
2. Из истории медицинских рецептов [Электронный ресурс] Профессиональные издания (Минск) 2014г. / Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22874947> (Дата обращения 01.03.2019)
3. Калачева С.А. То, что доктор прописал // Фармацевтический вестник. 2018. № 29. С. 3.
4. Лоскутова Е.Е., Лагуткина Т.П. и др. Фармация за рубежом: учеб. Пособие. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2013. 50 с.
5. Станкевич П.Б., Козловский В.И. и др. Основы врачебной рецептуры: пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического и медико-диагностического факультетов. Гродно: ГрГМУ, 2012. 40 с.

РЕЛИГИЯ И ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Сойников Н.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Актуальность исследования состоит в том, что религия и образование – две сферы человеческой деятельности, между которыми еще со времен средневековья ведется борьба за главенствующее положение в сознании человека. Начиная с раннего средневековья, образование перетерпело значительный упадок в своем развитии. Переломным моментом являлось введение реформ Петра I, что ознаменовало новую «эпоху просвещения». Университеты Российской империи значительно отличались от современных, однако постепенно эти различия сглаживались, происходила постоянная их модернизация.

Целью исследования является анализ влияния религии на жизнь и мировоззрение студентов высшего учебного заведения, а также выявление их отношения к религии.

Методы: основу исследования составляет метод анкетирования, а также герменевтический и феноменологический методы.

В XXI веке высшее образование, получив свое максимальное распространение, влияет на самореализацию человека в обществе. Оно не только отражает уровень культуры, но и доказывает владение человека определенными профессиональными навыками. Как и образование, повсеместное положение получила и религия. Она является способом объединения людей в связи с их мировосприятием. Но в отдельных случаях, приверженцы определенных религиозных движений доводят свою веру до уровня фанатизма, воспринимая блага цивилизации по-иному, как проявление «темных сил» или искушений. Однако религия и наука практически несовместимые понятия. Научное определение гласит: «Религия – это вера в сверхъестественное». Наука же в своем понимании, опирается на логические последовательности или доказательства в исследуемой ею области. Религия же не имеет весомых доказательств своей обоснованности, множество логических нестыковок, а, следовательно, – является не научной. Поэтому, актуальностью данной научно-исследовательской работы является проверка на практике соотношения таких понятий, как религия и высшее образование, их влияние друг на друга и мировоззрение человека. Не менее актуальным является и изучение отношения людей как к религии, так и к образованию, причем в истории различных культур.

На сегодняшний день, религия и образование в Российской Федерации не зависят друг от друга напрямую. Однако, на данный момент, помимо научного, общесоциального образования, в России реализуется религиозное и религиоведческое образование. Между ними есть как сходство, так и различия. Методологически верным подходом в изучении религии остается все-таки

признание того факта, что религия опирается на веру в сверхъестественное, а светское религиоведение как отрасль социально – гуманитарной науки это сверхъестественное изучает доступными ей методами и средствами. Отсюда исходит основное различие: для религиозного, или, богословского образования, знания играют вспомогательную роль, а религиоведение делает религию предметом научного исследования наряду с другими сферами общественной жизни [1].

Религиозным образованием является образовательная деятельность, которая осуществляется в различных религиозных организациях и учреждениях. Они учреждены самостоятельно религиозными организациями, или же совместно с другими учредителями, в связи с чем осуществляется их регуляция [2]. Данный тип образования реализуется «с целью повышения объема, уровня и качества знаний человека о той или иной религии, религиозной культуре» [3].

Для достижения поставленной цели, было проведено анкетирование студентов КГМУ, что позволило провести анализ соотношения религии и высшего образования в сознании студентов. В опросе принял участие 351 студент. В ходе исследования было выявлено, что большинство студентов верующие, а 244 респондента (69,5%) придерживаются принципов православия. Столь высокий процент верующих студентов может быть причиной привития концепций религии с детства, так как у 280 респондентов (79,8%) все члены семьи являются верующими. Однако отношение к религии у всех разное; для кого-то, она является поддержкой при возникновении трудностей, с чем согласны 212 респондентов (60%), для кого-то методом познания мира и обоснования морали (128 опрошенных, 36%), а для кого-то она является почвой для возникновения конфликтов между представителями различных конфессий (65 респондентов, 13%). Важным является и нейтральное отношение студентов к существованию различных религий. Это подтверждается мнением 250 опрошенных студентов (71,2%). Такой нейтралитет подтверждает осторожное отношение к представителям иных религиозных движений, что снижает вероятность возникновения конфликтов между последователями различных конфессий на почве фанатизма.

Список литературы.

1. Абрамов Ю.Ф., Корпеев Е.В. Проблема соотношения религиоведческого и религиозного образования в современной России: единство и различия // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Политология. Религиоведение. 2007. № 1. С. 170–184.
2. Геранина Г.А. Религиозное и религиоведческое образование: термины и дискуссии // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. 2016. № 3 (224). С.106–109.
3. Метлик И.В. Изучение религии в системе образования // Педагогика. 2003. № 7. С. 71–78.

РАЗНЫЕ ФОРМЫ СЕМЬИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Сосновская А.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Актуальность исследования состоит в том, что в кругу студентов-медиков по меньшей мере двойная роль семейной темы: с одной стороны, они вступают в ту пору жизни, когда молодые люди задумываются о создании собственной семьи, а с другой, им же как врачам придется учитывать семейный контекст при общении со своими пациентами. К сожалению, официальная педагогика, хоть в средней, хоть в высшей школах, а также зависимые от государства средства массовой информации воспроизводят явно устаревшие стереотипы о якобы вечных «семейных ценностях», не учитывая те быстрые и глобальные изменения в брачно-семейных отношениях, которые происходят во всех цивилизованных странах, включая России. А именно, большая многопоколенная семья, в идеале многодетная, с совместным проживанием родственников самого разного возраста, общим ведением хозяйства, была характерна для аграрной или же ранней индустриальной цивилизации, которая в передовых странах осталась в далеком прошлом, и с тех прошло уже минимум лет сто [1].

По мере урбанизации и индустриализации в Европе и США по мере развития индивидуализма и культурного роста общества начинают преобладать демократические семьи, которые включают в себя только родителей и несовершеннолетних детей. Преобладающие формы семьи отражают уровень модернизации социума. Этот процесс следует признать закономерным и даже прогрессивным. Несмотря на все издержки, которые он несет. Ведь впервые в истории человечества всем членам семьи предоставляются равные права на жизнь и счастье. Женщина уже не рассматривается как субъект, подконтрольный мужчине, главная функция которого – рождение детей, а полноправный партнер и даже, в определенных условиях, лидер семейной группы. Возраст первого вступления в брак девушек на Западе уверенно уходит за 30 лет, как и время рождения ими первого ребенка.

Рассматривая реальную картину современных семей, стоит отметить разнообразие их форм. Сопоставимая доля семейных партнеров живут не в юридически оформленном, а в гражданском браке. И это ничуть не ущемляет ничьих прав. Демографические перекосы приводят к росту числа матерей-одиночек; развитию суррогатного материнства; усыновлениям / удочерениям детей. Поэтому наши дни наблюдается изменение представлений о традиционных семейных отношениях.

Патриархальных семей в самых развитых экономически странах остается сравнительно немного. Ранее, в аграрном, патриархальном социуме семья создавалась ради выживания, женщина целиком зависела экономически от

мужчины, а сегодня же социально-экономические условия изменились, женщины уже несколько десятилетий в своем большинстве сами зарабатывают на жизнь и делах карьеру в любых профессиях, поэтому возникает необходимость поиска нового смысла для создания брака. Происходит не разрушение брачно-семейных отношений, а поиск новой глобальной формы брачных отношений взамен патриархальной. Сейчас существуют однополые, «встречающиеся» семьи, гостевые браки, увеличивается количество неполных семей, где мать-одиночка, например, воспитывает детей. Социолог Анна Шадрина в своей книге «Не замужем» обращается к вопросу об увеличении количества женщин, не состоящих в браке. Шадрина говорит о том, что новые экономические условия изменяют персональные ценности, что и является причиной данного феномена [2].

Целью исследования является изучения семейных ценностей у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы: анкетирование студентов лечебного факультета КГМУ по теме работы показало, что больший процент студентов (52%) приходится на тех, кто считает, что для создания семьи фундаментом служат искренние чувства и побуждения. Семейные ценности XXI века для них всё также заключаются в ведении общего быта, в рождении и воспитании детей. Семьи по их мнению должны строиться на взаимопомощи, поддержке, общих интересах. Семья для них – это одна из главных целей в жизни. 48% считают иначе, утверждая, что современная семья изменилась в своём составе, у людей теперь иные побуждения к заключению брака. Например, получение выгоды, незапланированная беременность, безвыходные жизненные ситуации, финансовый достаток одного из супругов также может служить предлогом для создания семьи. Эта часть студенты говорят о том, что в наше время иметь семью в молодые годы невыгодно, так как страдает самореализация, карьерный и личностный рост, и относят все это к своей врачебной профессии.

Доказательством того факта, что оптимальный возраст для создания семьи сдвинулся в сторону увеличения можно считать мнение студентов относительно оптимальных сроков создания семьи. 91% считают, что выходить замуж / жениться стоит в 20-30 лет. 4,8% придерживаются мнения, что 18-20-летний возраст наиболее благоприятен для вступления в брак и лишь 3,8% студентов поддерживают более поздний возраст для создания семьи – 30 лет.

Выводы. Анкетирование позволило сделать вывод, что взгляд общества на семью и семейные ценности претерпел некоторые изменения, но пока что не слишком значимые, чтобы россияне оказались в общеевропейском тренде по этому вопросу.

Список литературы.

1. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб.: Петрополис, 1998. 272 с.
2. Шадрина А. Не замужем. Секс, любовь и семья за пределами брака. М.: новое литературное обозрение, 2014. 240 с.

СУИЦИД: СРАВНИТЕЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Стебаева Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что самоубийство как явление существует с момента возникновения человека на Земле. Однако существует мнение о том, что само суицидальное поведение возникло раньше, то есть еще у животных. Стало известно, что животные, так же как и люди, в определенных ситуациях испытывают стресс. Иными словами, они подвергаются факторам, которые влияют на акт самоубийства у людей. Можно ли утверждать, что животные тоже совершают самоубийства или данное явление характерно только для человека?

По своей природе самоубийство является действием, которого человек ранее никогда не совершал, а значит, ему нет аналогов или прецедентов в личной истории. Тем не менее, в поведении человека наблюдается какая-то преемственность с тем, как он раньше справлялся с подобными трудностями. В связи с этим существуют различные концептуальные взгляды на предполагаемые механизмы суицидального поведения. Выделяют психологическую, социологическую, генетическую, биохимическую, анатомо-антропологическую, психопатологическую и эклектическую концепции [4].

Суицид не является случайным действием. Он никогда не совершается бесцельно, представляясь определенным выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, дилеммы, кризиса или невыносимой ситуации. В наше время суицид является одной из острых проблем современного общества. В начале XIX века среди европейских стран Россия занимала последнее место по уровню самоубийств – совершалось 3 самоубийства на 100 000 человек. После окончания октябрьской революции и гражданской войны кривая самоубийств поднялась резко вверх (в 1920 – 1925 гг. было совершено 7,4 самоубийств на 100 000 населения) [3].

В СССР делалась всесоюзная перепись населения, которая дала представление о той или иной связи количества самоубийств с возрастом. Так, например, в Москве в 1922 году 36,15 на 100 тыс. населения у мужчин и 19,57 на 100 тыс. населения у женщин, в 1926 г. 41,83 у мужчин, а у женщин 19,51 на 100 тыс. населения. При сравнении данных коэффициентов общего числа самоубийств обнаруживается, что у мужчин он возрос, а у женщин остался прежним. Позже в СССР были прекращены исследования в области суицидологии, так как считалось, что при социализме отсутствуют социальные предпосылки для совершения самоубийств. Статистика самоубийств в советском государстве стала открытой к середине 80-х годов XX века. Долгое время уровень самоубийств в России был невысок, гораздо ниже, чем в большинстве стран Европы [1].

В Курской области, например, еще в XIX веке в период 1834 – 1841гг. с каждым годом наблюдался рост самоубийств. По среднему показателю Курская

губерния находилась на 1 месте (34,12 самоубийств), на втором месте Московская губерния (30,37 самоубийств), третье место занимала Орловская губерния (27,75 самоубийств). Уже в 2014 – 2017 гг. в Курской области наблюдается снижение суицидального поведения. В 2014 году было зафиксировано 105 самоубийств, в 2015 – 91, в 2016 – 89, в 2017 – 69. Среднее количество суицидов за данный промежуток составляет 88,5 самоубийств. По данным Курскстата за январь – март 2018 года 24 жителя Курской области сами свели счеты с жизнью. Количество самоубийств в регионе за первые три месяца 2018 г. возросло в отношении к аналогичному показателю 2017 г. (12 человек). В период январь – сентябрь 2018 года было совершено 73 самоубийства, что в 1,6 раз больше к показателю за январь – сентябрь 2017 года (47 человек). Из данных следует, что в XXI веке с 2014 по 2018 года самоубийство у курян не искоренилось, но прослеживается тенденция к снижению его количества [2].

Выводы. Причины суицидов в каждый промежуток времени разные, они могут зависеть, в том числе, и от социальных, политических и экономических условий, складывающихся в обществе в тот или иной период его истории, а также от генетических, психопатологических и индивидуально-личностных факторов каждого отдельного человека. Статистические данные позволяют установить корреляцию между самоубийством и влияющими на него вероятными факторами и определенными условиями, в которых находится человек. Подобный диахронный анализ статистических данных может служить основанием для формирования принципов охраны психического здоровья и выработки дифференцированных профилактических программ.

Список литературы.

1. Аминов И.Г. История статистики самоубийств в России в дореволюционную и советскую эпохи // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2(42). С.10. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23651595> (дата обращения: 05.03.2019).
2. Курская область в цифрах. 2018: Краткий статистический сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Курской области. Курск, 2018. 99 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://kurskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/kurskstat/resources.pdf, свободный. – (дата обращения: 05.03.2019).
3. Миронов Б.Н. Социальная история России периода империи (XVIII – начало XX вв.). СПб.: «Дмитрий Буланин», 2003. Т. 2. 583 с.
4. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012. № 4. С.52–60.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ К МЕСТУ И РОЛИ ЛЕКЦИИ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Степашов А.С., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра педагогики

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Степашов Н.С.

В Курском государственном медицинском университете кафедрой педагогики проведён опрос каждого пятого студента второго, третьего, четвёртого, пятого и шестого курсов. Высокий процент выборки позволяет говорить о репрезентативности результатов опроса. Опрошен по специальной анкете и каждый лектор, читающий лекции на кафедре. Проведен анализ индивидуальных бесед со студентами. Анализ материалов опроса показывает подавляющее совпадение мнений преподавателей (87,5%) и студентов (84,7%) о целесообразности чтения лекций до практических и семинарских занятий.

Мнения студентов и преподавателей о свободном посещении лекций не совпадают. 34% преподавателей допускают возможность свободного посещения лекций, 66% однозначно высказались за обязательность посещения лекций. Студенты в подавляющем большинстве (89,5%) положительно относятся к свободному посещению лекций. Но надо учесть, что положительное отношение на 22,4% снижается, если по предмету нет доступных и содержательных учебников и на 21,6%, если лектор даёт на лекции новый и труднодоступный материал. Выявленная тенденция позволяет предположить, что отношение студентов к посещению лекций можно регулировать не только усилением контроля за посещаемостью, но и содержанием лекционного материала.

Необходимы меры по повышению престижа и приоритетности лекции в системе учебного процесса. В общественном мнении студентов престиж лекции не очень высок и занимает третье место в ранговых показателях (17,1%), уступая первое место (72,4%) практическим и второе (26,1%) семинарским занятиям. Четвёртое место (4,8%) занимают лабораторные занятия. Замыкают ряд предпочтений студентов самостоятельная работа и занятия в научных студенческих кружках. В условиях возрастания роли самостоятельной и научной работы студентов в университетском образовании подобная тенденция должна вызвать тревогу и требует особого внимания кафедр, деканатов. Необходим поиск оптимальных принципов отбора лекционного материала и более действенных форм взаимосвязи лекций с практическими, семинарскими и лабораторными занятиями. Как показывает анализ ответов преподавателей и студентов, существующие формы традиционны и не соответствуют новым технологиям обучения в университете.

Студенты больше всего хотели бы видеть в лекционном материале отражение последних достижений науки и медицинской практики (78,7%), меньше – ориентацию в нерешенных проблемах медицины (14%), приоритетных нормах и ценностях общественной жизни (13,9%). 13% опрошенных студентов желают получать устойчивые и стабильные знания.

В оценке характера изложения лекционного материала особых и доминирующих предпочтений студентов не выявлено. Это совпадает и с мнением преподавателей. Многое здесь зависит от предмета и конкретных задач, которые ставит и реализует лектор в процессе чтения лекции. Тем не менее, 37,6% хотят, чтобы лектор более детально излагал отдельные аспекты знания, не нашедшие отражение в учебниках; 27,6% желательным считают изложение отдельных наиболее трудных вопросов темы; 26,1% предпочтение отдают систематическому изложению темы; 23,1% желают услышать на лекции обобщённый материал, содержащийся в различных учебных пособиях.

Цели, которые ставят и реализуют преподаватели в лекции, находят понимание у студентов. Так, 44,7% студентов хотят на лекции получить фундаментальные знания; 30,6% – научиться грамотно решать профессиональные задачи; 18,6% – сформировать профессиональные умения и навыки. Меньше студентов, которые хотели бы научиться самостоятельно работать с учебной и монографической литературой, обобщать имеющиеся знания и делать выводы. Такие студенты составляют 12,3% опрошенных. Только 11,9% студентов хотели, чтобы лекция привлекала их к более углубленному изучению курса, а 4,5% – считают, что лекция должна формировать у студентов социально и профессионально значимые черты личности. Все это свидетельствует о необходимости повышения воспитательного потенциала лекций. Только 19,4% студентов считают, что прослушанная лекция побуждает их к более глубокому самостоятельному изучению предмета.

Кафедры должны создавать условия для студентов, которые интересуются предметом и изъявляют желание изучать предмет углубленно. Пока же преобладают у студентов только такие формы дополнительной работы, как: изучение учебников и учебных пособий (13%); регулярное перечитывание лекционного материала (7,4%); консультации с преподавателями (6%). Изучает монографическую и периодическую литературу только 3% студентов.

Недостаточное влияние оказывают лекции и на углубление профессиональной ориентации студентов. Только у 23,5% студентов в процессе слушания лекций возникает желание посвятить себя работе по данной специальности. 41,4% студентов считают, что им предмет перестаёт нравиться после прослушивания лекций. По мнению студентов, это зависит от личностных и профессиональных качеств преподавателя (37,3%); от значения и роли предмета в общей профессиональной подготовке (23,9%); от содержания предмета (12,3%) и отсутствия «личностного смысла» с интересом изучать данный курс (12,3%). А лекция – это не что иное как смысловое общение лектора и аудитории.

Среди факторов, определяющих интерес студентов к лекции, доминирует личность преподавателя, который образно, доходчиво и эмоционально излагает материал (66,8%). Вызывает интерес у студентов и системное, логически последовательное, доказательное и аргументированное изложение материала (38,8%), когда знание лекционного материала достаточно для успешной сдачи экзамена (34,3%), он связан с жизнью и показывает возможность его

практического применения (32%). Менее предпочтительными факторами являются новизна научной информации (19%) и влияние лекции на развитие творческого мышления и профессиональные размышления (12%).

Студенты не работают и не пишут конспекты на лекции, если лекционный материал совпадает с содержанием доступного учебника (62%), лектор монотонно и бессистемно излагает материал (56,3%), не может установить контакт с аудиторией (25,7%), а в манере его поведения в ходе чтения лекции проявляется неуважительное и оскорбительное отношение к студентам (24,2%). Угнетает интерес и оторванность лекционного материала от жизни и медицинской практики (20,5%). Минимальное количество опрошенных студентов (5,2%) обращает внимание на творческий потенциал лекции. Часть студентов на лекциях готовится к практическим занятиям.

Интересны оценки студентами лекторов, читающих лекции. Больше всего студенты ценят в лекторе: профессионализм (67,1%), методическое мастерство (47%), объективность (20,5%). Меньше – демократизм (13%), гуманизм (7,8%), требовательность (6,3%), научные достижения (4,8%), попустительство (1,1%).

Среди наиболее неприятных названы такие качества лектора, как: некомпетентность (52,2%), отсутствие ораторских данных (32,8%), равнодушие к студентам (30,2%), агрессивность (27,6%), некоммуникабельность (18,6%), неаккуратность и неопрятность внешнего вида (13%), лицемерие (12,3%).

Педагогическая и методическая деятельность в вузе находится в заложниках у науки, хотя наука, как ценность, значима только для 40% преподавателей. А 60% преподавателей, как мы уже упоминали, ориентированы на педагогическую деятельность. Это не означает, что научная деятельность не нужна для преподавателей вуза. Наоборот. Только учёный, занимающийся наукой, может обеспечить высокий научный уровень преподавания. Речь идёт о целостности и интегративности научного и педагогического аспектов деятельности учёного-педагога.

Наиболее трудная задача для лектора – обеспечить индивидуализацию обучения и сознательно регулируемое познавательное поведение студентов. В одних и тех же ситуациях студенты на лекции ведут себя неодинаково. Это свидетельствует, что на их поведение сильное влияние оказывает внутренняя структура личности: убеждения, привычки, черты характера и тому подобное.

Влияние, оказываемое лекцией на студента, не ограничивается эффектом знания, рамками и временем, отводимым на собственно коммуникативный процесс. Нередко это влияние бывает более широким, длительным и глубоким.

Список литературы.

1. Степашов Н.С., Конопля А.И., Харченко А.В., Конопля А.А. Методологические основы совершенствования учебно-воспитательного процесса в медицинском вузе: Учебное пособие по педагогике для аспирантов. - Курск: КГМУ, 2014.

ПАРАМЕДИЦИНА: ВОСТОЧНЫЕ И ЗАПАДНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Стефанов Д.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность разработанной мной темы относится прежде всего к университетской подготовке студентов-медиков. Несмотря на то, что многие из абитуриентов медицинского вуза заканчивали средние школы с медико-биологическим или другим научным уклоном, в их сознание неизбежно проникают предрассудки и стереотипы семейного воспитания, большинство из которых носит мистический, антинаучный характер. В результате у будущих специалистов происходит раздвоение мышления, где как-то уживаются научные факты и дикие пережитки язычества в виде разного рода примет, поверий и суеверий. Эти казалось бы антагонистические пласты сознания даже резонируют, симбиотизируются, результатом чего и являются те социально-психологические явления, которые рассмотрены в моей работе. В сумме они составляют так называемую паранауку [1, 3, 5]. Ее *differentia specifica* является попытка придать наукообразную форму вполне оккультному, фантастическому содержанию взглядов и поступков суеверных людей [3, 8].

Наиболее опасной отраслью псевдонауки является парамедицина, притягивающая к себе все больше и больше доверчивых пациентов [1,4]. Так как на первый взгляд она предстает намного привлекательнее традиционной медицины, в отличие от которой дает практически стопроцентные гарантии на избавление от любого заболевания в кратчайшие сроки без всяких операций, применяя при этом принципиально «природные» средства. Большинство из парамедицинских направлений Востока и Запада первоначально были методами традиционной медицины того времени. Среди них имеются как очень старые (акупунктура, уринотерапия и т.д.), так и сравнительно молодые (гомеопатия). Имеются методы, возникшие сугубо на востоке: китайское учение инь-янь, являющееся основой для практики цигун и иглоукалывания, индийская аюрведа, японское рейки. Есть и основанные на западе: гомеопатия, хиропрактика, магнитотерапия. Но не стоит забывать и о «гибридах» западного и восточного направлений, таких как рефлексотерапия и целительное прикосновение. Неэффективность и несостоятельность всех этих методов как самостоятельных способов лечения уже давно доказаны, но, несмотря на это, вера в них не угасает до сих пор.

На основе переработанного нами опросника от ВЦИОМ, использованного им для выяснения отношения россиян к псевдонауке в 2015 году, 2018 году было произведено анкетирование студентов 2 курса лечебного факультета КГМУ. Согласно результатам этого опроса, процент верящих в паранормальное у наших студентов заметно ниже, чем у остальных опрошенных, что называется среднестатистических россиян. Так, к примеру, в способность отдельных людей предсказывать будущее верят 22% студентов в противовес 55% россиян; в приметы – 32% против 50%; в колдовство – 27%

против 48%; в лечение гипнозом – 12,2% против 41%; в лечение биополем – 7% против 35%; в советы астрологов – 19,5% против 31%; в телепатию – 12,2% против 28%; в летающие тарелки – 12,2% против 25%; в телекинез – 17% против 19% и спиритизм (единственный вопрос где наши студенты «проиграли») – 29,2% против 16%. Таким образом число ответов «верю» у студентов не превышал 32%, а у россиян 55%. Количество ответов «не верю» в части вопросов было выше у учащихся нашего университета: вера в приметы – 54% против 42%; в лечение биополем – 59% против 53%. В одном вопросе проценты оказались одинаковыми: в колдовство верят 44% и тех, и других. Во всех остальных случаях, не верящих оказалось больше среди россиян: в предсказания судьбы верят 37% студентов и 38% россиян; в лечение гипнозом – 43,9% и 49% и т.д. Количество ответов «трудно сказать определенно» у студентов больше по всем вопросам, для сравнения максимальный процент у учащихся – 43,9%, у россиян – 13%. Таким образом, так сильно критикуемое всеми «поколение ЕГЭ» оказалось в целом умнее большинства жителей России, получавших хваленое советское образование. Новым поколениям россиян присущ более здравый, то есть скептический взгляд на мир, который и способен создать «духовный иммунитет» от «врачебной» мистики.

Список литературы.

1. Водовозов А. Пациент разумный. Ловушки «врачебной» диагностики, которые должен знать каждый. М.: Альпина нон-фикшн, 2017. 367 с.
2. Подымов Л.И. Псевдонаука. М.: АСТ, 2018. 478 с.
3. Саган К. Мир, полный демонов. Наука – как свеча во тьме. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 538 с.
4. Сингх С., Левитт С. Ни кошелек, ни жизни. Нетрадиционная медицина под следствием. М.: Corrus, 2016. 512 с.
5. Смит Дж. Псевдонаука и паранормальные явления. Критический взгляд. 4-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 556 с.
6. Фесенкова Л.И. Сциентизация эзотерики и псевдонаука // Социологические исследования. 2004. № 2. С. 92–98.
7. Шермер М. Скептик. Рациональный взгляд на мир. М.: Альпина нон-фикшн, 2017. 336 с.
8. Щавелев С.П. Паранаука, ее социально-психологические и когнитивные основы // Материалы пленарных и секционных заседаний учебно-методической и научной конференций, посвященных 70-летию Курского государственного медицинского университета. Курск: изд-во Курского гос. мед. ун-та, 2005. С. 14–20.

ДИАЛЕКТИКА ПОЛА В БИОЭТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ: СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ОСНОВАНИЯ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА

Стольная Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Биологический пол человека – это целостная совокупность признаков, которые являются основой для разделения людей на два пола – мужской и женский. Применяется такое понятие при идентификации личности. Принадлежность организмов к тому или иному полу часто является результатом сложного взаимодействия генетических, экологических, физиологических, а иногда и психологических факторов. Однако решающее значение имеет тот «выбор», который осуществляется при детерминации. Общая схема первичной детерминации пола выглядит следующим образом: на ранних этапах эмбрионального развития возникает конкретный сигнал, включающий некий ген. Этот ген, в свою очередь, активизирует развитие и дифференцировку гонад в определенном направлении, а функционирование последних определяет развитие половых признаков [4].

Гендерная идентификация – это процесс формирования половой (гендерной) идентичности, т. е. соответствия человека тому или иному полу, ощущение в себе мужского или женского начала, осознание и принятие своего биологического пола. Половая идентификация рассматривается разными авторами по-разному. Например, Р. Столлер полагает, что необходимо разграничивать половую идентичность, полоролевую идентичность и сексуальную ориентацию. Ядром половой идентичности является примитивное, отчасти осознанное, а отчасти неосознанное чувство принадлежности одному биологическому полу, а не другому [1].

Индивидуальная половая идентификация определяет половую роль и поведение человека. Однако у некоторых людей половая идентификация психологически не соответствует биологической, характеризующейся хромосомным набором, гонадным и гормональным полом. Это явление носит название «транссексуализм» и представляет собой врожденное психическое заболевание, которое предположительно возникает в результате сочетанного влияния генетических и гормональных факторов на развитие плода в «критические периоды беременности», приводящее к нарушению механизмов половой идентификации. Транссексуализм включен в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра и описывается как стойкое желание жить и быть принятым как персона противоположного пола [3].

Транссексуалы чувствуют, что находятся не в своем теле, что и становится основным мотивом при решении на хирургическую операцию по коррекции пола. Очевидно, это и вызывает ряд медицинских и моральных проблем. Во-первых, смена пола является лишь техническим термином, который не соответствует действительности. Хирургическим путем возможно

всего лишь изменить внешние и внутренние половые органы, что не означает смены анатомического пола, детерминированного на генетическом уровне. После так называемой «смены пола» генетически пациент останется лицом того же пола. Соответственно, ответ на ранее поставленный вопрос о возможности смены пола будет отрицательным, так как сменить пол в принципе невозможно [2]. Кроме того, говоря о коррекции пола, мы должны принимать во внимание факт уничтожения репродуктивной функции, что становится не только медицинской проблемой, но и морально-правовой. Таким образом, можно сказать, что в настоящий момент «транссексуализм» является предметом множества споров относительно этиологии, диагностики и лечения, а также этических и правовых аспектов.

Явление транссексуализма еще недостаточно известно широкой российской общественности. Однако в связи с недавним введением в Германии «третьего пола» и возможным принятием подобного закона в ряде других европейских стран (Австрия, Великобритания), оно вызывает множество вопросов, главным образом по причине отсутствия какой-либо нормативно-правовой базы в России, регламентирующей статус людей, сменивших пол путем хирургического вмешательства, а также из-за того, что коррекция пола затрагивает изменения не только физических данных, но и внутреннего сознания и мировоззрения. Поэтому другой аспект исследования – перемена социального пола.

Для изучения уровня осведомленности по проблеме транссексуализма и смены пола, а также отношения к ней, было проведено анонимное анкетирование среди 93 студентов 2 курса лечебного факультета Курского и Смоленского государственных медицинских университетов, включавшее в себя 10 вопросов, ответы на которые демонстрировали нам уровень информированности опрашиваемых по изучаемой теме. В результате мы выяснили, что проблема транссексуализма и смены пола является довольно противоречивой, при этом информацией касательно этого вопроса обладает меньшинство студентов (36%). Большая же часть (64%) имеет общие познания, зачастую не позволяющие дать правильный и осознанный ответ на вопросы по заявленной теме при отсутствии заблуждений об этом малоизученном явлении. Подавляющее большинство (73%) не считают возможным легализацию «третьего пола» в России, и всего 12% опрошенных высказали противоположную точку зрения.

Несмотря на то, что исследование такой сложной проблемы не может ограничиваться отдельными мнениями некоторых опрошенных, полученные результаты могут стать основанием для дальнейшего изучения вопросов о целесообразности и перспективах решения социально-правового статуса трансгендеров, поэтому мы будем расширять круг опрошенных лиц и постараемся сформулировать наиболее общие выводы, а также разработать некоторые этические рекомендации относительно данной проблемы.

Список литературы.

1. Деревянко И.М., Абдульменов Р.Р. Транссексуализм – клинический симптом истинного гермафродитизма // Урология. 2008. № 2. С. 14–16.
2. Малеина М.Н. Изменение биологического и социального пола: перспективы развития законодательства // Журнал российского права. 2002. № 9. С. 52–59.
3. Старцева О.И., Сафронов В.В., Адамян Р.Т. Транссексуализм: состояние проблемы на сегодняшний день // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2017. № 3. С. 93–99 с.
4. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. М.: Мир, 1990. 366 с.

КЛЯТВА ГИППОКРАТА В ЭПОХУ БИОЭТИКИ

Сторублева С.Р.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Пыжова О.В.

Медицинскую или врачебную этику как разновидность этики профессиональной можно понимать в широком и узком смыслах: с одной стороны, медицинская этика есть совокупность этических норм и принципов врачебной деятельности в целом [2]; с другой стороны, медицинская этика представляет собой специфический механизм оценки деятельности врача, основанный на определенных морально-нравственных качествах и установках медицинских работников в частности. [1]. Один из выдающихся судебных деятелей России конца XIX века – начала XX века А.Ф. Кони в своем труде «К материалам о врачебной этике» анализирует вопросы и проблемы медицинской деонтологии – нравственные обязанности врача по отношению к больному и его родственникам. Он считал, что нравственные обязательства врача заключаются в «почитании к истинной науке, запрещении никаких недопустимых приемов (уловок, хитростей и т.д.), дающих недолговременный эффект»; «врач живет постоянно с чувством важности перед больными, является свидетелем страданий людей, подвергает себя порой опасности заражения, проявляя каждодневный героизм» [3].

Самым древним образцом профессиональной этики в медицине выступает «Клятва» Гиппократов. Однако в современном врачебном сообществе она не столь актуальна, а ее положения в значительно изменившихся условиях развития медицины утратили свое влияние. Произошли трансформация и переосмысление основ оказания медицинской помощи, то, что раньше запрещалось (например, аборт и эвтаназия в клятве Гиппократов), сегодня вполне допустимые медицинские процедуры. Так, в России актуальными и основополагающими являются статья 71 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» и Кодекс профессиональной этики врача РФ (05.10.2012). Стоит отметить при этом, что последователи

Гиппократы стояли у истоков традиции нравственного, благонравного самосознания врача как основы врачебной профессии. С тех античных пор гиппократово обязательство обозначало нравственную природу врачевания и в каком-то смысле сохранило свою значимость для последующих поколений врачей.

В медицинской этике непрерывно происходит трансформация клятвы Гиппократы, ведь медицина постоянно совершенствуется, прогрессирует и развивается. Значительные изменения последовали на рубеже XX века с появлением в медицине такой ценности, как автономия пациента, признание его интересов и индивидуальности, а также в одобрении права и обязанности определять, в чем состоит благо пациента.

С целью изучения отношения врачей к модернизированной «клятве Гиппократы» и действующим в России этико-правовым документам в рамках нашего исследования был проведен социологический опрос на базе ОБУЗ ОКИБ им. Семашко г. Курска, в котором приняли участие 35 медицинских работников. Данный опрос показал, что врачи хорошо знают положения клятвы Гиппократы, но руководящей основой для них являются современные этико-правовые документы. Так, 97% опрошенных врачей определили клятву Гиппократы как врачебную клятву, выражающую основополагающие морально-нравственные принципы поведения врача. При этом, большинство респондентов (74%) наряду с современными этическими принципами считают с ее основными требованиями (не причиняй вреда, сохраняй тайну и др.) и традиционно учитывают и прислушиваются к ней как к учителю и проводнику в практической деятельности; остальные врачи (17%), полагая клятву Гиппократы лишь традицией в медицинском сообществе, предпочитают в первую очередь опираться на статью 71 Федерального закона № 323-ФЗ и Кодекс профессиональной этики врача РФ. Стоит отметить, что результаты проведенного социологического опроса носят предварительный характер, однако отдельные мнения представителей врачебного сообщества вызывают определенный исследовательский интерес и позволяют сформировать перспективы дальнейшего изучения и анализа заявленной темы.

Таким образом, к XXI веку в эпоху биоэтики положения клятвы Гиппократы претерпели множество изменений, но неизменными остаются обязательства, которые берет на себя врач при лечении своих пациентов, а также обещание всегда действовать на благо больных. Принятие аналогичных обязательств выдвигает на первый план важность морально-этических норм, которые лежат в основе профессии врача.

Список литературы.

1. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания // Казанский медицинский журнал. 1998. № 2. С. 81–86.
2. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев: Вища школа, 1998. 190 с.
3. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5. С. 48 – 52.

**КНИГИ-ТРАВНИКИ:
МЕЖДУ НАРОДНОЙ ФАРМАКОПЕЕЙ И НАУЧНОЙ БОТАНИКОЙ**
Таранова А.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра философии**

Научный руководитель – д.и.н., д.филос.н., профессор Щавелев С.П.

Исследование, проводимое по данной теме, позволит рассмотреть, как теоретическое познание о природе, переходило в практическое знание о свойствах трав и растений, а затем использовалось в качестве базовых знаний по такой науке, как ботаника. Возможно отследить пути трансформации познания и его совершенствование.

Целью исследования является рассмотрение народных фармакопей, травников, сборников и записок по свойствам трав как первых и одних из основных источников знаний о травах в ботанике, анализ роли травников в развитии ботаники.

Для исследования было проанализировано и просмотрено огромное количество информации. Основными источниками являются книги по философии, травник «Одо из Мена», известный под названием «О свойствах трав», книги «Практическое познание» С.П. Щавелева, а так же научные статьи по ботанике и истории наук.

Результаты исследования показаны в работе и в тезисах к ней, обоснованы и носят познавательный-научный характер.

Стоит сказать, что с давних пор люди знали о том, что многие растения, окружающие нас, несут в себе «магические» свойства. Некоторые способствуют быстрому заживлению ран, некоторые спасают от недомогания или от бессонницы. В течение многих столетий знания о таких растениях передавались из поколения в поколение, дополнялись и развивались. Что-то подвергалось сомнению, у различных растений обнаруживали ядовитые свойства, некоторые растения вызывали побочные эффекты и их исключали из применения. С появлением письменности люди получили возможность зафиксировать свои знания на бумаге. Так и появились первые в мире травники. Пожалуй самым старым является травник «Бен-Цао» («Книга о травах»), который составил китайский полумифический император Шень-Нун. Возможно именно с этой книги и началась история практического познания в ботанике, науке, которая занимается изучением растений и их свойств. Собственно практическим познанием мы называем продолжающуюся деятельность, носящую по преимуществу, чувственно-предметный характер. Эта деятельность, точнее конечный результат практического познания, позволяет нам увидеть объект этого познания воочию и работать с ним далее так, как нам будет необходимо. Знание само по себе не приносит нам ни вреда, ни пользы. Лишь применяя его на практике и создавая знание практическое (ну или практическое познание, если быть точным) мы можем получить какой-то результат, вред или пользу от нашего знания. Возможна его проверка, подтверждение или наоборот, опровержение.

Ботаника во многом продвинулась вперед со времен появления первых травников, которые позволили более полно сохранять и передавать знания, так как человеческая память не безупречна и многое забывается и теряется в толще веков. Именно как отдельная наука ботаника появилась лишь во II-III веке до н.э. и берет свое начало с учений Теофраста (371-286 до н.э.), который был учеником Аристотеля и которого считают основателем ботаники. Хотя стоит сказать, что и сам Аристотель занимался исследованием трав. Он провел огромное множество исследований, наблюдений и экспериментов и итогом его трудов стал один из наиболее значимых для ботаники сборников сочинений и работ под названием «Теория растений», в которой Аристотель рассматривал растения не только как лекарственное сырье, но как вполне себе одушевленную живую природу.

Теофраст продолжил работу своего учителя и внес огромный вклад в развитие ботаники. Собственно, его и называют «Отцом ботаники». Теофраст детально описал некоторые виды растений, рассмотрел строение цветка и смог классифицировать их на деревья, кустарники и травы. На основе учений Теофраста было сделано много открытий и исследований.

Впоследствии многие ученые и биологи занимались исследованиями растений и их свойств и в этой работе неоценимую услугу им оказали не только работы известных мыслителей и ученых, но и народные травники, которых к тому времени было уже превеликое множество. К примеру, знаменитая «О свойствах трав» или же известная и под другим названием - «Одо из Мена», написанная в X-XII веках (более точная дата неизвестна). На данный сборник в своих работах довольно часто ссылался Парацельс и многие другие ученые средневековья и нового времени. Они отмечали довольно высокий уровень достоверности полученных из старых травников знаний. По травникам и проводимым опытам ученые прослеживали родство видов, лечебные свойства отдельных семейств и их морфологическую характеристику.

Парацельс составил учение о том, как свойства многих трав отражаются на внешнем виде растений. Он связывал форму листьев с теми органами, на которые они похожи. К примеру, лист, по форме напоминающий сердце должен был улучшать работу вышеуказанного. Во многом ученый, как уже было сказано, опирался на народные травники. Другие ученые продолжали попытки классифицировать растения и в конечном итоге в 1735 г. весь ученый мир увидел классификацию Линнея, которая хоть и была недостаточно верна, являлась серьезным достижением для XVIII века. Так же Линнеем была введена бинарная система наименования растений на латинском языке, которая отражала их родовую и видовую принадлежность.

Именно с этого момента ботаника начинает развиваться просто огромными шагами. Были написаны работы по развитию и метаморфозу растений, оплодотворению растений и многие другие, которые являются основой теоретических знаний в ботанике и которые в последствии смогли перейти в разряд практического познания, которое позволило продвинуться миру в селекции растений, растениеводстве, садоводстве, сельском хозяйстве и пищевой промышленности.

Список литературы.

1. Духовная практика // Под ред. С. П. Щавелёва. - Курск, изд.-во Курского меда. ун.-та, 2017. - 548 с.
2. О свойствах трав // Одо из Мена, Мацер Флоридус, // Исследование, перевод с латинского, комментарии и предложение Ю. Ф. Шульца. Под общей редакцией академика АМН СССР В. Н. Терновского. 1976
3. Щавелев С. П. Практическое познание: философско-методологические очерки. - Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1994 - 232 с.
4. <https://vseobiology.ru/botanika/978-01-kratkaya-istoriya-razvitiya-botaniki-ot-teofrasta-do-nashikh-dnej>
<https://obrazovanie.guru/nauka/biologiya/karl-linnej-kratkaya-biografiya-i-vklad.html> (Дата обращения 12.03.2019)

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Татаринов Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.и.н., доцент Чальцева Т.А.

Актуальность исследования состоит в том, что вопрос целесообразности существования медицины и философии на протяжении тысячелетий не дает покоя многим, давая необъятную основу для обсуждения и изучения эпистемологических, онтологических и этических насущных вопросов медицины в непосредственной сфере деятельности врача. С другой стороны факт существования медицины и философии на протяжении стольких лет доказывает безусловную целесообразность и необходимость воссоединения этих титанических пластов в единый конгломерат онтологического.

В ходе стремительного метаморфоза общества, а тем более всего научного знания, систематически обновляется философское знание, медицина совершенствуется каждый миг, вследствие чего вчерашние ее методы, могут противоречить всем нормам и законам сегодня. Только одно остается неизменным – непосредственный контакт врача и больного, в структуре которого, в большей или меньшей степени свою роль играет философия общения. Именно поэтому целью нашего исследования являлось изучение механизма отождествления информации врачом, которая поступает от пациента, в рамках невербальной коммуникации.

Современная семиологическая концепция коммуникации рассматривает передачу знаков, призванную переправить от одного субъекта к другому тождественность обозначенного конкретного объекта, а также некоего смысла. Проблемы взаимоотношений между врачом и больными не являются исключением в данной концепции. Рассматриваемая проблема в большей степени находится под контролем у проксемики, которая является областью

социальной психологии и семиотики. Проксемика дает возможность изучить компоненты коммуникации и расстояние между коммуникаторами. Она помогает расшифровывать поступающую информацию, несущую в себе сведения об эмоциональном состоянии и социально – культурных особенностях самих коммуникаторов. Так же одно из важных мест в каузальной атрибуции самого врача занимает кинесика, которая активно используется как средство невербального общения, она помогает рассказать о характере человека и его намерениях к собеседнику. Свои телодвижения люди не контролируют так тщательно, как слова, поэтому наблюдение за выражением лица собеседника и его жестикуляцией дает возможность получить куда больше дополнительной информации, чем посредством донесения речевого аппарата [1]. С помощью этих феноменов происходит приписывание собеседнику, в данном случае пациенту, причин его поведения, когда полная, исчерпывающая информация об этих причинах неизвестна [2].

В качестве материалов и методов для нашего исследования было выбрано интервьюирование, основанное на 20 вопросах, сформулированных специально для нашего исследования и в полной мере отражающих степень проблематичности поднимаемой нами темы. Опрос был проведен на базе Курского государственного медицинского университета среди врачей – ординаторов.

Следующим этапом нашей работы было подведение результатов, их статистическая обработка и обсуждение. При анализе ответов на блок вопросов об онтологическом существовании медицины и философии 95% респондентов сошлись в едином мнении о том, что их онтологическое начало является неопровержимой истиной. Нами было выявлено, что 80% опрошенных врачей – ординаторов отметили значимость рефлексии, мимики и жестов при непосредственном общении с пациентом, и заявили о том, что намерены использовать семиологические концепции в профессии. Из них 45% респондентов с абсолютной уверенностью заявили о намерении использовать всевозможные аспекты и концепции кинесики и проксемики как дополнительный источник отождествления информации. Остальные 35% процентов опрошенных проявляют большой интерес к данной проблематике, но они сомневаются в полной мере использования данных способов, в качестве дополнительных инструментов в своей профессиональной деятельности, так как не уверены, смогут ли они в полной мере освоить механизм их применения по отношению к больным. Нужно отметить, что данный вопрос, а именно вопрос освоения навыков применения методов проксемики и кинесики в каузальной атрибуции врача, является достаточно актуальным, и решив его, эти 35% врачей-ординаторов можно отнести с большой долей уверенности к числу тех респондентов, которые со 100% вероятностью заявили о намерении использования данных методов в своей врачебной практике.

Современное медицинское сообщество руководствуется философско-моральными учениями Гиппократ, Галена, Цицерона, Канта о нравственном долге, которые так или иначе проявляются и используются в виде механизма бескорыстного служения людям [3]. Поэтому анализируя полученные данные,

мы пришли к выводу о том, что приоритетное значение должны занимать вопросы онтологии, этики и эпистемологии в деятельности врача. Поэтому концепции кинесики и проксемики, в определенных ситуациях помогают каузальной атрибуции врача, помогают тогда, когда нужно проанализировать тождественность информации полученной от пациента, которой врач оперирует в дальнейшем для построения, в том числе стратегий лечения и восстановления больных, что является основой гармонии духовного и физического в человеке.

Список литературы.

1. Андрианов М.С. Анализ процессов невербальной коммуникации как паралингвистика // Психологический журнал, 2015 № 5. С. 14 – 19.
2. Курашов, В. И. История и философия медицины в контексте проблем антропологии / В.И. Курашов. – М.: КДУ, 2012 – 368 с.
3. Моисеев, В. И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины / В.И. Моисеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 560 с.

ИНТЕЛЛЕКТ ЧЕЛОВЕКА: ГЕНЕТИКА ИЛИ ВОСПИТАНИЕ?

Токмакова В.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д. филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что подготовка будущих специалистов, в том числе медиков, напрямую зависит от их интеллектуальных способностей. В некоторых странах мира (ФРГ, Израиль и других) кандидатов к поступлению на медицинские факультеты тестируют на уровень интеллекта и по общепринятой шкале не рекомендуют подавать документы тем кандидатам, показатель которых ниже 100 баллов [2]. В большинстве других государств, в том числе России, на этот показатель внимания не обращают. Среди психологов и педагогов нет единства в отношении того, насколько факторы внешней среды способны повлиять на врожденные способности индивида к мышлению, то есть на уровень его интеллекта. В последнее время преобладает точка зрения, отдающая весомое преимущество в этом вопросе генетике, а не воспитанию [3].

Целью исследования является проверка преимущественного влияния генетики на интеллект человека этот и выявление пропорции, показывающей соотношение связи между собой внешних (средовых) и внутренних (наследственных) факторов на размер индивидуального интеллекта.

Материалы и методы: понятия «интеллект» имеет множество определений – в зависимости от того, на что направляются когнитивные способности личности в процессе ее жизнедеятельности. Так, различают эмоциональный, социальный (межличностный), кинестетический (телесный), пространственный (образный), логико-математический и иные типы и виды интеллекта [2]. В общем, стоит отметить, что интеллект – это возможность

системы разрабатывать в процессе самообучения программы с целью решения задач конкретного класса сложности. Тестирование с целью установления степени интеллектуального развития проводили с 1903 г., но тогда тесты измеряли в основном вербальные способности и в какой-то мере способность оперировать числовыми, абстрактными и другими символическими отношениями. Была явно заметна некая ограниченность данных тестов. На сегодняшний день они носят комплексный характер и предназначены для определения уровня разных видов интеллекта. В зависимости от методов исследования выделяют следующие группы методик изучения интеллекта: экспериментальные, опросные и креативные (интуитивные). Наиболее известные методики: тест Айзенка, шкала прогрессивных матриц Равена, шкала измерения интеллекта Векслера, а также тест Амтхауэра.

Как уже было сказано, существуют разные гипотезы о том, какой фактор является решающим в формировании интеллекта: генетика или воспитание. С целью более подробного изучения этой проблемы, было проведено исследование, направленное на выявление интеллектуальных способностей студентов в связи с их семейными историями, а также генетической предрасположенностью к более высокому или более низкому уровню интеллекта и возможное влияние их воспитания и обучения на этот уровень. В исследовании приняли участие 25 студентов-медиков из КГМУ. Будущие врачи прошли тест IQ по Г. Айзенку, кроме того, ответили на вопросы о том, какую школу они посещали, в каком классе учились, в какой семье воспитывались, какое образование получили их родители, и даже на такие вопросы, как «Были ли у Вас в семье люди, занимающиеся наукой?» и «Есть ли у вас брат или сестра? И как он (она) учится?» Учитывался тип поселения и средней школы, где воспитывался тот или иной студент (сельская, поселковая, городская (просвинциальная), столичная) Опрос так или иначе должен был показать связь между результатами тестов IQ и факторами, повлиявшими на формирование уровня интеллекта студентов.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования были получены средние показатели интеллектуального уровня, при этом абсолютное большинство студентов воспитывалось в полных семьях. Практически ни у кого нет родственников, занимающихся наукой, но в основном все студенты ответили, что их родители получили высшее образование. Можно также отметить, что многие студенты окончили обычную среднюю школу, а не специализированные гимназии или лицеи, но большинство из них учились на выходе из школы вв классе с определенным уклоном. Практически у всех был в старших классах школы свободный выход в Интернет и возможность обращения к богатым по составу библиотекам бумажной литературы.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что эти факторы стоит рассматривать в совокупности. Действуя совместно, они усиливают друг друга, а по отдельности их влияние, напротив, ослабевает. Безусловно, определенные генетические данные закладываются в нас еще до рождения. Однако, лишь правильное воспитание, хорошее образование и

постоянная работа над собой могут полностью раскрыть весь потенциал интеллектуальных способностей человека.

Список литературы.

1. Адлер Г. Техника развития интеллекта. СПб.: Питер, 2001. 192 с.
2. Гарднер Г. Структура разума: теория множественного интелекта. М.: Вильямс, 2007. 512 с.
3. Айзенк Г. Классические IQ тесты: научно-популярная литература. М.: Эксмо, 2007. 191 с.
4. Крамаренко В.Ю. Интеллект человека. Воронеж, изд-во Воронежского гос. ун-та, 1990. 182 с.
5. Щавелев С.П. Практическое познание. Философско-методологические очерки. Воронеж, изд-во Воронежского гос. ун-та, 1994. 243 с.

СУЕВЕРИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Турко Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Немеров Е.Н.

Человеку в XXI веке, как и тысячи лет назад, необходима уверенность в завтрашнем дне, безопасность и чувство внутреннего комфорта. При отсутствии уверенности у индивида возникает потребность использования обрядов и ритуалов, проверенных многими поколениями, к которым в том числе относятся суеверия. Под суевериями понимается вера в то, что некоторые явления представляют собою проявление сверхъестественных сил или служат предзнаменованием будущего [1]. Суеверные представления порождаются иррациональными, необъяснимыми страхами. Следуя тем или иным приметам, человек пытается обеспечить свою защиту от негативных эмоций, благоприятный исход ситуации.

Многогранность данного феномена позволяет рассматривать его с психологической, социальной, философской, культурологической точек зрения. В связи с этим существует огромное количество взглядов на явление суеверности. Французский философ Л. Леви-Брюль считал, что суеверия как разновидность коллективных представлений возникают в ходе передачи их от поколения к поколению в результате механизма внушения, заражения и подражания. [3] Они воспринимаются в форме императивных суждений, так как не поддаются критике, передаются в неизменном виде, человек следует им автоматически. Социолог Б.Ф. Поршнев придерживался точки зрения, что суеверные представления противоречат человеческому разуму, как проявления доисторического сознания являются продуктом несвободы, присущей

родоплеменным традициям. [2] Таким образом, предрассудки рассматриваются в качестве пережитков ранних форм первобытной религиозной культуры. В настоящее время предрассудки давно утратили практический смысл, однако продолжают жить в сознании людей как способ «договориться» с сверхъестественными силами.

Особого внимания заслуживают суеверные представления в студенческой культуре. Активное использование амулетов, выполнения определённых обрядов объясняется большой психологической напряжённостью в период экзаменационной сессии. В стрессовых ситуациях суеверия выполняют роль успокаивающего фактора, который помогает стабилизировать психическое состояние студента.

Актуальность данного исследования состоит в том, что в студенческой среде во время сессии активно используются различные амулеты, приносящие удачу, студенты выполняют определённые обряды, которые должны обеспечить им успех на экзамене.

Целью исследования является определение распространённости примет и предрассудков, а также их значения в жизни студентов. Выдвинута гипотеза о том, что среди студентов медицинского университета пользуются популярностью различные предрассудки, приметы, талисманы.

Материалы и методы: в качестве основного метода использован анкетный опрос студентов КГМУ и анализ полученных результатов. В опросе приняли участие 37 студентов 1-6 курсов.

Результаты и обсуждения. По результатам проведённого анкетирования сделаны следующие выводы:

Из числа опрошенных 29,7% (11 чел.) верят в приметы и суеверия, 27% затруднились ответить на вопрос.

На вопрос «Применяете ли Вы на практике те или иные приметы» 16,2% (6 чел.) опрошенных ответили утвердительно, ещё 37,8% выбрали вариант «Зависит от случая».

62,2% респондентов считают суеверия нормальным явлением в обществе, 10,8% – проявлением слабости характера, 27% относятся к приметам как к глупостям.

Самыми известными среди опрошенных являются следующие приметы: не мыть голову перед экзаменом (73%), кричать в окно «Халява, приди» (73%), не подстригаться перед экзаменом (62,2%), класть перед сном под подушку учебники и конспекты (62,2%).

В период сессии 70,3% респондентов не использовали амулеты и талисманы для привлечения удачи.

Выводы. Таким образом, в ходе проведённого исследования гипотеза о том, что суеверия достаточно распространены среди студентов-медиков, не подтвердилась. Большая доля опрошенных нормально относятся к данному феномену в обществе, однако не торопятся применять амулеты, следовать приметам в своей жизни. Вероятно, студенты медицинского университета при подготовке к экзамену уповают прежде всего на свои знания.

В целом, анализируя суеверные представления, можно совершенно уверенно сказать, что человек использует их в целях обеспечения безопасности, защиты психики от негативных эмоций. Суеверия являются пережитками ранних форм религии, утратившими практическое назначение. Однако напоследок следует отметить, что к приметам и предрассудкам нужно относиться скептически, в жизни необходимо полагаться не на защиту «высших сил», а в первую очередь на собственные возможности.

Список литературы.

1. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-образовательный. М.: Рус.яз. 2000.- в 2 т.- 1209 с. (Б-ка словарей рус. яз).
2. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории (проблемы палеопсихологии) [Электронный ресурс]/ Поршнев Б.Ф.– Электрон.текстовые данные.– М.: Академический Проект, 2014.– 541 с
3. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. М.: Педагогика-Пресс, 1994 – 608 с.

НЕАНДЕРТАЛЬЦЫ: ВОСКРЕШЕНИЕ ГЕНОМА

Урусова Д.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что постоянно необходимо пополнять учебные планы нашей высшей школы новейшими открытиями науки в соответствующих отраслях знания и практики. Между тем, современные требования к методикам преподавания направлены больше на его методическую, технологическую форму, а не на теоретическое и эмпирическое содержание.

Целью исследования является возможность преодоления этого недостатка на материалах совсем новой отрасли биологического и медицинского знания – палеогенетики и ее важнейшего достижения последнего времени.

Материалы и методы: идея расшифровки генома неандертальца появилась в конце XX века. Колоссальная работа по раскрытию совокупности генов вымершего вида была совершена в 2006 г. сообществом исследователей под управлением Сванте Пэабо (Швеция) на базе немецких университетов Мюнхена и Лейпцига. В 1984 г. он начинал свою научную деятельность с изучения древнеегипетских мумий из коллекций европейских музеев, однако их генетический материал для секвенирования оказался непригоден из-за длительного перегрева. Тогда этот основоположник палеогенетики поставил перед собой задачу расшифровать генетический набор неандертальцев. Через несколько лет интенсивных усилий, крупных денежных вложений от нескольких научных фондов и при помощи суперкомпьютера поставленная

задача была решена: получены достаточного для интерпретации размера отрезки вымершего около 30 тысяч лет назад вида человечества [1].

Результаты и обсуждения. Называя неандертальцев «альтернативным», «экспериментальным» человечеством, археологи и антропологи подчеркивают, что он и сумели просуществовать, причем в крайне тяжелых условиях глобального оледенения, более 300 000 лет. Современному же человечеству, то есть нам, всего-то около 50 000 лет, и его перспективы в условиях новых глобальных угроз проблематичны. Хотя неандертальцы оказались сначала вытеснены кроманьонцами на задворки Южной Европы, а затем окончательно истреблены [3], они явно успели передать захватчикам часть своего генома. С. Пэабо и группе его единомышленников удалось установить, что у современных обитателей Евразии содержится около 2% неандертальских примесей, причем у азиатов доля неандертальских генов несколько выше, чем у европейцев. Жители Африки вовсе не являются носителями неандертальских аллелей. При изучении ДНК людей из пещеры Тяньянь (Китай) было выявлено, что ближе всего к тяньнянцам оказались китайцы и индейцы, а дальше других отстоят французы и итальянцы. Вероятно, древний тяньянец дал начало предкам всех монголоидов, распавшимся потом на азиатскую и индейскую группы.

Полученные геномы древних людей позволили выявить сложную картину межвидовых скрещиваний [2]. Неродственные группы людей, встретившись на общей территории, с огромной долей вероятности оставят потомство. На данный момент доказано шесть эпизодов межвидовых скрещиваний в истории человеческих популяций. Как видно в итоге генетического сравнения, люди современного (нашего) вида – кроманьонцы, выйдя из Африки получили от скрещивания с неандертальцами целый ряд признаков, адаптивных для умеренного климата, начиная со светлой кожи и прочих физиологических отличий белой расы. Но по законам генетики, придачу к нашим предкам пришли гены, отвечающие за предрасположенность к неким патологиям, особым заболеваниям. Группа исследователей из Вашингтонского университета в Сиэтле предоставила следующие данные: некоторые гены неандертальцев влияют на рост и предрасположенность к некоторым заболеваниям у нынешних людей. Примером таких заболеваний является диабет, депрессия и кератоз (патологическое состояние кожи). С меньшей достоверностью гены вымерших людей влияют на риск ожирения, атеросклероза, инфаркта миокарда, повышенной свертываемости крови и никотиновой зависимости. О пользе неандертальских аллелей известно немного, но польза одной из денисовских вставок была разгадана. Ставший знаменитым древний ген называется EPAS₁. Данный ген кодирует транскрипционный фактор, который включается при недостатке кислорода (присутствует у жителей высокогорий, например, в Тибете). Он регулирует давление в сосудах, развитие и работу сердечной мышцы. Специфические аллели гена EPAS₁ обеспечивают усиленную выработку гемоглобина.

Выводы. Как уже выяснилось, гены неандертальцев способствуют развитию у современных людей предрасположенности к определенным заболеваниям (диабет, шизофрения, депрессия, кератоз, никотиновая

зависимость). Изучение влияния неандертальских генов на организм человека в перспективе открывает возможность разработки профилактических мер и эффективного лечения по предотвращению выявленных патологий. С материалами палеогенетики необходимо знакомить студентов-медиков, ибо эти новости науки расширят их культурный кругозор и научную подготовку.

Список литературы.

1. Пэabo С. Неандерталец. В поисках исчезнувших геномов. М.: Аст, 2018. 516 с.
2. Ресник Б. Люди и неандертальцы вступали в половые контакты. Было ли это по любви? // ИноСМИ.ру.
3. Шипманн П. Захватчики. Люди и собаки против неандертальцев. М.: Альпина, 2016. 320 с.

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ СРЕДНЕВЕКОВЫХ ЗАХОРОНЕНИЙ

Федчук С.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в междисциплинарном характере экспертизы средневековых захоронений, находящейся на стыке исторической археологии с биологией и медициной.

Целью исследования является изучение полузабытых трудов русских ученых прошлого века, посвященных могилам исторических деятелей Российского государства с позиций естествознания и медицины.

Материалы и методы: курсы истории Отечества и истории медицины давно пора объединить для студентов медиков всех направлений подготовки, поскольку возможности врачевания болезней и здравоохранения возможно лучше понять только на фоне соответствующей эпохи, ее культурных установок и технологических возможностей. А пока много ценного в мировоззренческом и прикладном отношении материала из истории остается невостребованным будущими врачами и фармакологами. Так, естественно-научные и особенно медицинские исследования костных останков из раскопок древних и средневековых погребений является источником ценной информации в освещении исторических вопросов в этническом, медицинском и биологическом аспектах. Палеопатологические исследования позволяют установить наличие заболевания и даже его этиологию. Это актуально как применительно к безымянным и массовым захоронениям, так и к могилам с покойниками, вполне надежно атрибутированными историками.

Еще зачинатель российской историографии В.Н. Татищевым в XVIII веке по ходу своих экспедиций пробовал рассматривать содержимое средневековых

саркофагов *de visu*. Продолжили его дело такие антропологи и судебные медики, как: Г.Ф. Миллер, К.М. Бэр, Д.Н. Анучин, В.В. Гинзбург, В.И. Пашкова, Б.Д. Резников, В.Е. Дерябин, Д.Г. Рохлин, А.Ф. Рубежанский, С.В. Дробышевский и другие. Но больше всех преуспел на этом поприще известный археолог и антрополог Михаил Михайлович Герасимов (1907–1970). К 1950 году он разработал новейшие и точные методы реконструкции лица по черепу, которые вывели науку на новый уровень и подготовили почву для дальнейших исследований в этой сфере. Методы реконструкции лица по черепу открывают удивительные возможности для изучения и представления расового типа населения той или иной территории.

Результаты и обсуждения. В нашей работе проанализированы проведенные М.М. Герасимовым и его учениками экспертизы захоронений трёх человек эпохи отечественного Средневековья: князя Андрея Боголюбского, хана Тимура Тамерлана и царя Ивана Грозного. У всех были отмечены патологии, а также восстановлен внешний облик каждого из них благодаря трудам М.М. Герасимова.

Андрей Боголюбский родился в 1111 г. и умер 29 июня (был убит заговорщиками) в 1174 г. Палеомедицинское рассмотрение его останков подтвердило насильственную смерть, только тяжелое ранение оказалось нанесено не правой, а левой руке князя: летописец явно ошибся в этом вопросе. По данным медико-рентгенологического исследования выявлены: умеренный артроз срединного атлантоосевого сустава и смежных суставных поверхностей I и II шейных позвонков справа, остеохондроз диска между V и VI шейными позвонками, грыжа Шморля на нижней поверхности тела VII шейного позвонка, резкое увеличение площади и деформация нижней поверхности суставного отростка III шейного позвонка справа, мелкоочечный его пороз. Все эти патологии с большой вероятностью приобретены во время походов и сражений. Также установлено наличие признаков повышенной функции щитовидной железы и хроническое воспаление среднего уха, осложнившееся мастоидитом. Заболевание шейного отдела позвоночника объяснило известную современникам гордую осанку князя, который на самом деле при всем желании не мог склонить больной шею.

Тимур Тамерлан родился 9 апреля 1336 г. и умер 18 февраля 1405 г., у него отмечается анкилоз локтевого и коленного суставов, развившийся на фоне туберкулеза и полученных травм, в связи с чем в целом скелет был сильно патологически изменен: весь торс перекошен, так что левое плечо было значительно выше правого. Отсюда и его историческое прозвище: «железный хромец».

Иван Грозный родился 25 августа 1530 г. и умер 28 марта 1584 г. То есть смерть наступила в 53 года. Однако состояние его организма соответствовало куда более старшему возрасту: как минимум за 70 лет. У царя был выявлен сахарный диабет и наросты на костях, типичные для болезни Форрестье. Как видно, невозддержанный образ жизни довольно рано состарил государя, а его вошедшие в легенду вспышки гнева и моменты депрессии были прямо связаны с его заболеваниями.

Выводы. Исследования древних захоронений археологами и антропологами, как целенаправленные, так и при случайных находках на раскопках проводятся и сейчас, поэтому эта проблема остается всегда актуальной. Прежние и новые материалы такого рода необходимо включить в рабочие программы по нескольким предметам при подготовке студентов-медиков.

Список литературы.

1. Герасимов М.М. Восстановление лица по черепу. М.: Наука, 1955. 413 с.
2. Бужилова А.П. Homo sapiens: история болезни. М.: Языки славянской культуры, 2005. 513 с.
3. Флоренсов В.А., Флоренсов Н.А., Медведев Г.И. Непроторенным путем. Жизнь и творчество М.М. Герасимова. Иркутск, 1979.
4. Герасимова М.М., Медведев Г.И. Жизнь и деятельность М.М. Герасимова // Вестник антропологии. 1996. № 5. С. 4-28.

ФЕНОМЕН БОЛИ В ИСТОРИИ КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНЫ

Филина К.Э.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.пед.н., доцент Симонова Ж.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что боль является многоликим феноменом неравномерно распределено по разным кафедрам и курсам, так что единой концепции болевого синдрома у будущих медиков пока не формируется.

Целью исследования является попытка объединить характеристики боли, представленные в новейшей литературе по философии, психологии и медицине.

Материалы и методы: в исследовании использованы методы сравнительно-исторического анализа и сравнения разных аспектов этой темы.

Результаты и обсуждения. Боль, как известно, представляет собой междисциплинарную проблему. Установлено, что около 70% всех известных заболеваний сопровождается болью. Это субъективный феномен, плохо поддающийся какой-либо объективизации. В то же время она приносит человеку максимальные страдания. Совсем непросто дать боли исчерпывающее определение. Она представляет собой проблему, которая интенсивно изучается внутри отдельных медицинских специальностей. К последним относятся кардиология, ревматология, хирургия, онкология, анестезиология, неврология, нейрохирургия, паллиативная медицина, физиология и многие другие медицинские специальности. Важно, однако, разграничивать боль как субъективное переживание (вплоть до фантомных болей) и признак реальной патологии определенной подсистемы организма. Наконец, следует признать

признаком душевной патологии наслаждение болью, испытываемое при некоторых культурных симптомокомплексах типа юродства или садо-мазохизма.

Интерес представляет целый спектр эмпирических исследований, имеющих отношение к рассмотрению темы «боль в культуре» и задающих множество аспектов: историков и социологов медицины. В работах современных петербургских философов В.В. Савчука, Г.Р. Хайдаровой феномен боли рассматривается не только с медико-биологических позиций, но и как феномен культуры. Ими показано, что разные эпохи и типы цивилизации то боролись с болью как ненужным страданием, то культивировали боль в качестве религиозного искупления [2, 3]. От особенностей мышления, традиций нашей культуры, воспоминаний о пережитой боли, внимания зависит то, как мы воспринимаем боль. Когда человек переживает её, в этом чувстве «накапливается» вся его память, личность, прожитый опыт преодоления боли, то, как в его культуре было принято воспринимать боль. Необходимо научиться уважать назначение боли, поскольку пока человек ее чувствует, он может рассчитывать на возвышение, после которого вновь появится способность переживать собственное существование и ощущать единение с другими живыми существами, что важно для выравнивания равновесия чрезмерной в сторону потребления современной культуры. Но не обязательно терпеть и преодолевать боль, как призывают указанные и другие авторы не врачи [1]. Современный человек, наоборот, стремится к ее устранению как фактора препятствия спокойной жизни и не желает ее терпеть во имя культуры и традиций. Именно такую оценку следует признать выражением гуманизма в рассматриваемом вопросе.

Многоаспектность боли требовала междисциплинарного подхода. Она широко осматривалась в анатомии, биохимии, физиологии, поэтому анализ феномена боли в медицинской области состоял из нескольких этапов: выявление причин боли; изучение болевых рецепторов, на которые воздействует раздражитель; рассмотрение путей болевой чувствительности; анализ действия болевых и противоболевых медиаторов и результата их воздействия на организм. Модель изучения феномена боли может быть использована в качестве учебного материала для студентов медицинских факультетов.

Выводы. Исследование привело к внешне парадоксальному основному выводу. Прогресс в медицине качественно расширил возможности анестезиологии, так что врачи способны устранить субъективное ощущение боли практически при любом диагнозе. Однако если не считать одномоментное обезболивание при хирургических операциях преодоление боли медикаментозными и иными техническими средствами все чаще влечет за собой обострение заболевания. Известная врачам всех поколений функция боли как «цепного пса» человеческого здоровья сводится на нет, а это чревато усилением заболеваний и фатализацией их перспектив. При профессиональной подготовке медиков всех направлений пригодится специальный курс «Боль: междисциплинарные проблемы», где моменты теоретические, философские культурные должны сочетаться с естественно-научными, фармакологическими

и технологическими. Материалы для такого учебного предмета собраны в нашей работе.

Список литературы.

1. Кампер Д. Тело. Насилие. Боль. Изд-во Русской христианской гуманитарной академии, 2010. 367 с.
2. Савчук В.В., Хайдарова Г.С. Боль как истина присутствия // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 6. Философия, культурология, политология, право, международные отношения. 2008. № 3. С. 3–15.
3. Хайдарова Г.С. Феномен боли в культуре. СПб.: Изд-во Русской христианской гуманитарной академии, 2013. 317 с.

ЭТИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Фришко И.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Чальцева Т.А.

В настоящее время известно более 3000 наследственных болезней и синдромов. Врожденные и наследственные болезни занимают второе место среди причин смертности у детей в возрасте до 1 года, а среди причин детской инвалидности врожденные и наследственные болезни занимают третье место. Одним из эффективных способов раннего выявления и профилактики наследственных заболеваний обмена является неонатальный скрининг.

Система пренатальной диагностики применяется в практическом здравоохранении на протяжении долгих лет. С 1960-х годов скрининговая система стала важнейшей составляющей практической медицины. Когда впервые этот метод был использован для доклинического выявления фенилкетонурии у новорождённых детей, были разработаны основные принципы пренатальной диагностики. При этом и в наши дни данные принципы имеют фундаментальное значение для массового скрининга новорождённых на наследственные патологические нарушения обмена веществ. Принципы официально утверждены в каждой стране, осуществляющей на практике генетическую диагностику. По данным ВОЗ программы массового обследования новорождённых на наследственные патологии должны базироваться на следующих положениях:

Обследование осуществляется на заболевание, развивающееся в течение определённого времени и в манифестной стадии приводит ребёнка к инвалидности. При этом процедура скрининга возможна только при наличии проверенных методов, предотвращающих развитие патогенного фенотипа.

Тип наследования заболевания, а так же его патогенез должны быть чётко установлены, а так же для семьи должна быть доступна медико-генетическая консультация.

Методология пренатальной диагностики, подтверждения диагноза и самого лечения должны быть доступны для системы здравоохранения.

Ложность положительных результатов должна быть большой редкостью, в свою очередь, ложность отрицательных результатов должна быть полностью исключена.

Максимальная стоимость скрининговых программ не должна превышать расходов на содержание и лечение детей с данными патологиями.

Необходимо обеспечить полную защиту прав семьи, а так же самого ребёнка с патологией, выявленной в ходе пренатальной диагностики.

Указанные принципы широко используются в педиатрической практике в Российской Федерации при выполнении пренатального скрининга на выявление таких наследственных болезней обмена веществ, как фенилкетонурия, врождённый гипотериоз, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз [2].

Актуальность данного исследования заключается в том, что скрининг новорожденных – это массовое обследование всех родившихся живыми детей с помощью специальных лабораторных тестов для выявления некоторых тяжелых наследственных болезней до появления клинических симптомов. Всемирной организацией здравоохранения приняты требования, которым должны отвечать программы скрининга новорожденных на наследственные заболевания. В России пренатальный скрининг проводится по пяти заболеваниям: фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) или адреногенитальный синдром (АГС), муковисцидоз (МВ), галактоземия (ГЭ) [1].

Целью исследования является оценка динамики рождения детей с заболеваниями, вошедшими в массовый скрининг среди новорожденных по г. Курску и Курской области за 2011 – 2016 гг. В работе использовались методы стандартной статистики, а также анализа и синтеза.

Результаты и обсуждения. Мы провели ретроспективный анализ динамики рождения детей с заболеваниями, вошедшими в массовый скрининг среди новорожденных по Курской области за период 2011 – 2016 гг. по данным годовых отчетов медико-генетической консультации Курской областной клинической больницы. Так, В 2011 году скрининг прошли 12720 новорожденных, из них у 1 новорожденного поставлен диагноз фенилкетонурия, что составило – 0,008% от всех прошедших скрининг. В 2012 году число обследованных новорожденных составило 13024 человек, а в 2013 – 12778 человек. Больных фенилкетонурией было выявлено по 4 человека в каждом из вышеперечисленных периодов, что составило соответственно 0,03% и 0,0313% от общего числа обследованных. В 2014 году – 0,02% от всех, прошедших скрининг (12781 человек). В 2015 году и в 2016 году – 0,03% и 0,02% соответственно. Галактоземия диагностировалась только в 2011, 2013 и 2014 годах (0,007%, 0,01%, 0,01% соответственно). Чаще всего

диагностировали врожденный гипотиреоз (2011 – 0,02%, 2012 – 0,03%, 2013 – 0%, 2014 – 0,03%, 2015 – 0,007%, 2016 – 0,04%). Также в ходе скринингового обследования был выявлен адреногенитальный синдром: 2011 год – 0,008%, 2012 – 0,008%, 2013 – 0%, 2014 – 0,016%, 2015 – 0%, 2016 – 0,008%). Среди новорожденных был также выявлен мукависцидоз, процент которого от общего числа обследованных составил: в 2011 году – 0,16%, 2012 – 0,15%, 2013 – 0,008%, 2014 – 0,023%, 2015 – 0,16%, 2016 – 0,03%.

На основе проведенного исследования можно сделать вывод о том, что пренатальная диагностика является перспективным и совершенно необходимым направлением современной медицины. Однако система такогоскрининга сопровождается и рядом этических проблем, возникающих вследствие большой психологической и социальной нагрузки исследуемой личной генетической информации.

При этом, необходимость пренатального скрининга обусловлена тем фактом, что большая часть тестируемых заболеваний не проявляет себя при рождении и даже в течение первых лет жизни. Ребёнок выглядит абсолютно здоровым, но при этом имеет генетический дефект. Но со временем появляются необратимые симптомы болезни, такие, как умственная отсталость, нарушение роста и развития, поражение легких, сердца, слепота и даже смерть. Поэтому раннее обнаружение заболевания и немедленное лечение на доклинической стадии болезни дает возможность предотвратить развитие заболевания, или, по крайней мере, избежать многих серьезных осложнений.

Выводы. В Курской области, как показывают статистические данные за последние несколько лет, система пренатального скрининга уверенно развивается, охватывая максимальное количество новорождённых и предотвращая развитие осложнений пяти основных врождённых пороков развития.

Список литературы.

1. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. Новые возможности генетической пренатальной диагностики. // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. 64, № 2. С. 4–12.
2. Теплякова О.В., Зубков А.В., Пырегов А.В. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза женщин и факторы риска формирования висцеро-абдоминальной диспропорции у плодов с гастрошизисом. // Акушерство и гинекология. 2015. № 9. С. 42–46.

СОВРЕМЕННАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ: НАУЧНАЯ ПРАКТИКА И СОЦИАЛЬНАЯ МИФОЛОГИЯ

Харина М.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к. филос.н., доцент Кузнецов Д.П.

Трансплантация как способ спасения жизни больному человеку впервые была успешно проведена в 1954 году. На протяжении следующих десятилетий пересадка органов прошла путь от единичных опытов до распространенной медицинской практики. На протяжении всего своего развития трансплантология актуализирует фундаментальные проблемы, связанные с понятием «человек», «границы человеческой жизни», «качество жизни». Одновременно трансплантологическая практика вызвала появление особого рода мифологии в массовом сознании. В её основе лежит ряд причин: 1) достижения трансплантологии это некое волшебство для массового сознания, даже при сравнении с результатами развития других отраслей медицины; 2) сознание массового человека очень далеко от установок научного знания, что создает питательную базу для возникновения предрассудков окружающих трансплантологию; 3) практика донорства органов фактически предлагает нарушение вековых традиций и представлений о смерти, целостности человеческого тела, связи тела и собственно «Я». Кроме этого, благодаря работам Джона Локка, где главное место занимала идея собственности, которая понимается в качественно широком значении «Каждый человек обладает некоторой собственностью, заключающейся в его собственной личности», тело воспринимается как частная собственность, а «люди объединяются в общество ради взаимного сохранения своих жизней, свобод и владений...» [2].

Актуальность исследования состоит в том, что достижения трансплантологии диктуют вопросы о границах допустимого вмешательства в тело человека, а это сегодня особенно крайне важно из-за расширения возможностей в данном направлении. Новизна подхода к данной теме заключается в выявлении противоречий между современным состоянием, уровнем, научной обоснованности трансплантологии с одной стороны, и незрелостью современного общества в восприятии научных достижений этой отрасли медицины с другой, что порождает мифологизацию общественного сознания. Надо отметить, что незрелостью, отсталостью сознания по отношению к данной проблематике, обладают и молодые члены общества, которые, казалось бы, должны отличаться прогрессивностью мышления, стремлением к новизне, прогрессу.

Целью исследования является обращение внимания студентов медицинского вуза к проблемам трансплантологии, в связи с тем, что большинство студентов не готово объективно, полностью оценить современные достижения, значимость и практическое применение знаний в этой области медицины. Трансплантологическая практика, в том числе среди этой категории общества, вызывает появление особого рода мифологии.

Материалы и методы: анализ практического исследования в виде видео опроса – интервью студентов КГМУ, проведенного 15 ноября 2018 года в рамках проекта «Университетский клуб доноров «Алая линия»», посвященный проблемам донорства крови и в целом трансплантации, а также анализ социологического исследования «Современная трансплантология: научные достижения и обыденные мифы», проведенного среди студентов КГМУ.

Результаты и обсуждения. Анализ данных двух опросов показал противоречивые результаты. Так, например, с одной стороны, респонденты соглашались с тем, что при жизни необходимо дать согласие на изъятие органов в случае своей смерти (62%), а с другой стороны, соглашались с позицией, что после смерти возможно извлекать органы без письменного согласия потенциального донора (60%); респонденты также не смогли сформулировать самый общий ответ об «неиспошенном согласии» (84%). В частной беседе, после проведенной анкеты и обработки результатов, студенты высказывали мнение, что подобный вопрос о принятии решения о донорстве органов, в случае необходимости, показался им странным и «каким-то» неестественным, что в целом может свидетельствовать о неразвитости «трансплантологического мышления» (Рис.1).



Рисунок 1. Схема по результатам анкетирования

Данные ответов на представленную группу вопросов анкеты указывают на практически полную неосведомленность людей в области практической трансплантологии, в области этического и юридического регулирования изъятия органов у умершего человека. Происходит это по разным причинам. Первая – крайне малая информации о соответствующей законодательной базе РФ. Вторая причина связана со становление «медицинского» сознания общества.

Российское общество сегодня находится в плену иллюзий и мифов, которые существуют вокруг проблем трансплантологии. Для преодоления традиционного отношения к смерти, к телу, к сердцу человека как концентрации духовной жизни, сформировавшегося в общественном сознании

на протяжении многих веков, необходима организация научно обоснованной пропаганды донорства.

Выводы. В целом весь клубок перечисленных противоречий, связанный с вопросами трансплантологии, отражает процесс медиализации жизни, то есть указывает на кризис общественного сознания, задача которого состоит в том, чтобы осмыслить место медицины, в данном случае трансплантологии, в обществе и роль общества в медицине на современном этапе развития, что является одним из двигателей эволюции общественного сознания и общества в целом.

Список литературы.

1. Брызгалина Е. В. Да, и немного в самом деле есть различия между мудростью и медициной // Вестник Московского университета. Серия 7: Философия. 1995. № 3. С. 49-55.
2. История тела: В 3 т. / Под редакцией Алена Корбена, Жан-Жака Куртина, Жоржа Вигарелло. Т.2: От Великой французской революции до Первой мировой войны / Перевод с французского О.Аверьянова. М., 2014.
3. Куков К., Джорджанова А. Психологические аспекты трансплантологии и органного донорства как проблема клинической психологии // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2014. № 4 С.52-58.
4. Лисаченко А.В. Тело человека, его отдельные части как объекты правового воздействия (некоторые предложения для обсуждения) /А.В. Лисаченко, А.В.Майфат//Юридический мир. 2002. № 2. С.4-15.
5. Органное донорство и трансплантационная координация в самарской области: особенности региональной модели /А.А. Миронов [и др.]/Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2015. Т. 17. № 2. С.140-143.
6. Мирский М.Б. История отечественной трансплантологии. М., 1985. С.56.
7. Трансплантология. Руководство для врачей/под редакцией В.И. Шумакова. М., 2006, 544с.

«ОТ ДВУХ ДО ПЯТИ» КОРНЕЯ ИВАНОВИЧА ЧУКОВСКОГО: ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ходуланова Л.Г.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что знаменитая в недалеком прошлом книга К.И. Чуковского в контексте педиатрической медицины носит прежде всего учебно-методический характер: будущие детские врачи обогатятся душевно и интеллектуально, если их познакомят с этим поистине

уникальным произведением. Ведь именно самый знаменитый детский поэт XX века, замечательный отец четверых детей (все они прославили свою фамилию в отечественной истории) как никто другой понимал душу маленького ребёнка-дошкольника и сумел передать это знание широкому кругу читателей в доступной и увлекательной форме.

Целью исследования является изучение особенности психики ребенка, опираясь на произведение Корнея Ивановича Чуковского «От двух до пяти» в сравнении с учебными дисциплинами педиатрического факультета (философией, культурологией, детской психологией, педагогикой).

Материалы и методы: для сравнительного анализа нами было проведено анкетирование студентов 1–2 курсов упомянутого факультета на предмет знания этой книги и ее чтения.

Результаты и обсуждения. Детская психология как относительно самостоятельная отрасль науки о душе взрослым, в особенности родителям и врачам, взглянуть на реальность и себя глазами ребенка, разобраться в тонкостях детской психики, снять преграду во взаимопонимании между взрослым и ребенком. Самым главным периодом изучения детской психологии ребенка является именно отмеченный К.И. Чуковским возраст от двух до пяти лет, так как именно в этом возрасте начинается развитие творческих способностей. Данный период можно разделить на три этапа развития творческих способностей, которые базируются на развитии высших психических функций. На первом этапе (2-3 года) происходит познание предметно-развивающей среды. На втором этапе (3-4 года) формируются культурные стереотипы средствами искусства и художественного творчества. На третьем этапе (4-5 лет) возникают потребности самовыражения и проявления своего характера. [1,4,6]

Едва ли не первым в России осознал важность указанного отрезка генезиса человеческой личности писатель К.И. Чуковский. Его книга «От двух до пяти» при жизни автора выдержала 21 издание, каждое из которых им существенно корректировалось и дополнялось. Корней Иванович замечательно описал возраст детей, в течение которого формируется черты личности и характера ребенка, а в случае отклонений они поддаются корректировке. При этом Корней Иванович читал всю доступную ему русскую и зарубежную литературу по педагогике и детской психологии, но каждую научную теорию проверял на своих детях. Учитывать этапы возрастного развития ребенка и принимать в расчет его психологические особенности было в первой половине XX века абсолютно новым для всей педагогики в целом. Чуковский считал, что характерной особенностью детей от 2 до 5 лет является необычная тяга к ритмически организованному складу речи, звучным ритмам и рифмам и выразительной интонации. Стихи в детском возрасте развивают мышление и воображение ребенка, обобщают его эмоции и дают прекрасные образцы русского языка, способствует речевому развитию ребенка. Поэтому писатель уделял огромную роль стихотворениям в жизни ребенка. Еще он заметил один поразительный факт, что в течение периода от двух до пяти лет у детей головной мозг обладает огромной синтетической объединяющей силой, которая

в процессе взросления ослабевает [6]. Корней Иванович пытался донести до родителей, что они являются путеводителями детей в этом огромном мире. Взрослый человек не должен ограничивать ребенка, он должен направлять малыша на правильный путь, замечать его диапазон интересов и помогать ему развиваться. Чуковский был против ограничения ребенка, так как в раннем возрасте малыш может развиваться только тогда, когда находится в постоянном движении, его отличает огромная любознательность и открытость миру. Обязанность взрослого человека направлять правильно эту активность, а не подавлять ее. Взрослый человек должен понимать, что на детей нельзя налагать логики взрослых, так как дети идут своими особенными путями, они должны пройти все необходимые промежуточные стадии, чтобы стать полноценной личностью, обладающей всеми необходимыми качествами. [3, 5]

Выводы. Наш опрос студентов КГМУ первого и второго курсов педиатрического факультета показал, что лишь около 16% из них читали данное произведение. Остальная часть опрошенных студентов не знают о существовании такой книги. В результате нашей работы подготовлен материал для сайта КГМУ и газеты «Вести КГМУ», предлагающий включить это произведение в списки дополнительной литературы по вышеуказанным предметам учебного плана. Также намечены те факторы рождения детской души, которые стали действовать после ухода Корнея Ивановича: цифровизация обучения, виртуальная реальность, интернет-сети; либерализация общественной жизни после СССР.

Список литературы.

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика, 1991. 348 с.
2. Ивич А. Сказки и заповеди Корнея Чуковского // Воспитание поколений. М.: Детская литература, 1969. С. 14–31.
3. Корней Чуковский. Избранное. М.: Астрель, 2003. 404 с.
4. Кулагина И.Ю. Возрастная психология (Развитие ребенка от рождения до 17 лет). Учебное пособие. 4-е изд. М.: Изд-во Ун-та Российской академии образования, 1998. 432 с.
5. Чуковский К.И. От двух до пяти. М.: КДУ, 2005. 321 с.
6. Кошелева Е.С. Эстетическая сенитивность – доминанта в моделировании процесса развития творческих способностей у детей 2–5 лет // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2015. № 5. С. 134–141.

Н.И. ПИРОГОВ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ФИЛОСОФ

Хрипкова Т.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доц. Пыжова О.В.

Николай Иванович Пирогов считается основоположником военно-полевой хирургии, хирургической анатомии, анатомического театра и анестезии. Кроме достижений в области медицины, имя Н.И. Пирогова известно в области педагогики и философии [3]. В вопросах воспитания профессор ставил на первое место развитие нравственности человека, воспитание его внутреннего мира, а потом уже развитие интеллекта. Также Н.И. Пирогов был против занятий, которые были основаны на неглубоких и неточных знаниях, имел колоссальное терпение, настойчивость, смелость в принятии решений, самообладание. Его воля и вера помогали решать трудные, подчас и невозможные задачи. С этого человека началась история российской военной медицины. Сегодня нет ни одной развитой страны мира, врачи которой не отдавали бы ему должное. Ведь с его фамилией связывают не только открытия, которые прорвали пелену застоя и неведения людей, но и сотни, а впоследствии и миллионы спасённых человеческих жизней.

Актуальность исследования состоит в том, что главная значимость всей деятельности Н.И. Пирогова заключается в том, что он своим бескорыстным и зачастую самоотверженным трудом превратил хирургию в целую и отдельную науку, дав врачам квалифицированную методику, дающая возможность обоснованного оперативного вмешательства. Проведение операций по его методам, а также соблюдение санитарно-гигиенических условий содержания больных, получило широкое применение [1]. Профессор ради науки буквально жертвовал своим здоровьем, терпя ежедневный холод, проводя эксперименты. И он делал это не из-за материальной заинтересованности, а из-за желания узнать все тайны в области анатомии и хирургии. Научная деятельность Николая Ивановича Пирогова развивалась в очень сложный период времени, который омрачался войнами, репрессиями и гонениями.

Н.И. Пирогов – это человек, который не подвластен ни времени, ни критике, а его вклад просто безграничен. Его действия складывали то представление о человеке, которое тогда просто отсутствовало среди практических медиков. Будучи хирургом, то есть расчленяющим «целое», он всю жизнь лепил «целое», творил новый образ науки, человека, профессии и всей системы государственного здравоохранения [2].

Он прошёл путь длиной в 71 год от неизвестного мальчишки до мировой знаменитости. Но возможно самым трудным отрезком в его жизни стала дорога от атеиста до глубоко верующего человека. Н.И. Пирогов в своем труде «Вопросы жизни. Дневник старого врача» рассуждает о воздействии на человека Космоса и Высших сил. Понимание человеком самого себя, по мнению Николая Ивановича, возможно с помощью самопознания и самоанализа. В этом он видит единственный путь для выработки личностного

мировоззрения. Сам Н.И. Пирогов очень долго шел к принятию духовного мировоззрения, уделял большое внимание гносеологии [4]. Он считал, что все наши восприятия сопровождаются бессознательным мышлением, и это мышление есть функция нашего «Я» в его цельности.

Целью исследования является оценка знаний студентов медицинского вуза о достижениях Н.И. Пирогова в медицине и философии.

Материалы и методы: в ходе исследования мы провели опрос среди 70 студентов 2 курса лечебного факультета КГМУ. Всем раздавалась анкета, включающая в себя 6 вопросов, которые затрагивают медицинскую и философскую деятельность Н.И. Пирогова.

Результаты и обсуждения. Полученные ответы позволяют сделать следующие выводы: большинство студентов (56%) знают, что Н.И. Пирогов считается основоположником анатомического театра, и что он впервые применил наркоз (73%). Также большая часть опрошенных (66%) знает, что Н.И. Пирогов придерживался религиозного мировоззрения. В тоже время, мало кто знает (31%), что Н.И. Пирогов представлял концепцию «Я» как олицетворение общего, вселенского разума и что предопределение для него, это будущее, которое определяется прошлым (29%). Большинство опрошенных (66%) правильно назвали его работу, которая является свидетельством его духовных поисков, а именно «Вопросы жизни: Дневник старого врача». На этом основании можно предположить, что современное поколение хорошо осведомлено о медицинских достижениях Н.И. Пирогова, но не очень хорошо знакомо с его философской деятельностью.

Выводы. В этой связи стоит отметить, что результаты исследования деятельности Николая Ивановича Пирогова как врача и философа являются основанием для дальнейшего изучения этой темы. Н.И. Пирогов – герой своего времени, который внес неоценимый вклад в развитие русской медицины и философии. Это выдающийся и талантливый человек, профессионал своего дела, достижения которого не должны быть забыты.

Список литературы.

1. Бурденко Н.Н. Н.И. Пирогов – основоположник военно-полевой хирургии. Начала общей военно-полевой хирургии. М.: Медгиз, 1941. 233 с.
2. Доля О.В. Проблема мировоззрения в творчестве Н.И. Пирогова // Материалы Круглого стола «Прикладная этика, проблемы и пути решения (в рамках постоянно действующего теоретического семинара «Россия в XXI веке»)). М.: Изд-во «Республика», 2007. С. 176–178.
3. Злотников М.Д. Великий русский хирург Николай Иванович Пирогов. Иваново: Облгиз, 1950. 44 с.
4. Порудоминский В.И. Пирогов // Жизнь замечательных людей. М.: Молодая гвардия, 1965. С. 209–211.

**РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦА ПО ЧЕРЕПУ:
НАУЧНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ**
Часовская Ю.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра философии**

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования заключается в том, что восстановление мягких тканей лица по сохранившемуся черепу – довольно широко известный среди не только специалистов-медиков, но и широкой публики прием, который востребован в разных областях знания и практики: юриспруденции (уголовного судопроизводства по поводу современных покойников); первобытной археологии и древней истории (внешность наших предков); музейной и школьной работы. Однако технология этого дела, качественно усовершенствованная в последнее время с помощью компьютеров, а главное все новые ее достижения слабо представлены в учебном процессе медицинских учебных заведений. Между тем актуальность этого метода для формирования научного мировоззрения школьников и студентов трудно переоценить.

Целью исследования является пополнение учебных материалов о реконструкции лица по черепу по многим дисциплинам подготовки студентов-медиков

Материалы и методы: поиск соответствующих аналитических и изобразительных материалов по печатным источникам и интернет-сайтам Института археологии РАН (Москва), Института истории материальной культуры РАН (Санкт-Петербург) и многих других НИИ и музеев.

Результаты и обсуждения. Впервые о методе восстановления облика человека по краниологическим данным заговорил еще в середине XIX века немецкий антрополог Герман Шаафгаузен (1816–1893). Он же и предложил первую реконструкцию облика первого обнаруженного в Европе неандертальца, полученную по новой методике. Но по-настоящему антропологическая реконструкция лица как научное направление было сформировано лишь в середине XX века благодаря исследованиям русского учёного-археолога и антрополога Михаила Михайловича Герасимова (1907–1970). Он объединил свои собственные разработки и данные, накопленные судебно-медицинской экспертизой за прошедшее столетие. В результате им был создан уникальный по своей природе метод восстановления мягких тканей головы.

Его апробация состоялась на материалах судебной медицины. Милиция предоставляла ученому черепа от неизвестных ему людей, чья кончина предположительно носила криминальный характер. Выполненные из цветного пластилина или в виде рисунков реконструкции во всех случаях совпали до деталей с прижизненными фотографиями каждой из этих жертв. Так стало ясно, что в вопросе воссоздания облика по костям наука пришла на место фантазии художника.

В своей работе М.М. Герасимов выделял четыре основных этапа. Главный упор делается на антропологические исследования внешних признаков, затем – графическая реконструкция. Самым трудоемким этапом считается скульптурная реконструкция, в процессе которой сначала в определенных точках на черепе выстраиваются восковые гребни, повторяющие горизонтальные сечения лица, промежутки между гребнями заполняются воском в соответствии с измерениями. Затем реконструируются веки, глаза, нос, рот, уши. Последний этап – это воссоздание исторических особенностей (причёска (включая брови, усы и бороду; одежда, украшения и т.п. аксессуары портрета, заведомо гораздо более условные, не претендующие на полную точность, в отличие от самого по себе лица) [1].

За последние полвека метод М.М. Герасимова по восстановлению облика человека активно дорабатывался и дополнялся новыми данными [3, 4]. Не последнюю роль в открытии новых разработок сыграли российские ученые, в частности сотрудники Лаборатории антропологической реконструкции Института этнологии и антропологии РАН (Г.В. Либединская, Т.С. Балуева, Е.В. Веселовская и др.), а также отдела физической антропологии Института археологии РАН (Академик РАН А.П. Бужилова, М.Б. Медникова и др.). Новейшие компьютерные программы, использование современного ультразвукового сканирования, магнитно-резонансной и компьютерной томографии выводят метод восстановления облика человека по его краниологическим данным на совершенно новый уровень. Полученные уже сегодня результаты по своей реалистичности активно конкурируют с реконструкциями, созданными классическим путём. Впрочем, компьютерное моделирование не исключает непосредственной работы с черепом, его измерений, потому что в противном случае многие детали портрета недостижимы (например, морщины, жировые складки, иные внешние дефекты на лице). Дальнейшее развитие данной области науки и практики позволит получать высокоточные результаты, тратя на процесс минимальное количество времени.

Выводы. Собранные данные могут быть использованы как пособия и научно-образовательные материалы при проведении занятий на кафедрах истории, философии, культурологи, а также анатомии и судебной медицины [2].

Список литературы.

1. Герасимов М.М. Восстановление лица по черепу (современный и ископаемый человек) // Труды Института этнографии АН СССР. Новая серия. Т. 28. М.: изд-во АН СССР, 1955. 585 с.
2. Гинзбург В.В. Элементы антропологии для медиков. Л.: Медгиз, 1963. 215 с.
3. Либединская Г.В. Реконструкция лица по черепу (методическое руководство). М.: Старый сад, 1998. 125 с.
4. Prag J., Neave R. Making faces: using and archeological evidens. Texas, A&M University Press, 1997. 309p.

ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Черноусов Я.О.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н, доц. Пыжова О.В.

Актуальность исследования состоит в том, что ВИЧ-инфекция уже долгие годы является главной социально-медицинской проблемой человечества. Инфекция нашла широкое распространение по всему миру из-за невозможности её излечения и сложности других путей пресечения её распространения [1].

Целью исследования является анализ осведомленности о ситуации вокруг ВИЧ-инфекции в России студентов медико-профилактического факультета.

Материалы и методы: студентам медико-профилактического колледжа было предложено поучаствовать в социологическом опросе для оценки осведомленности о ситуации с ВИЧ-инфекцией в нашей стране.

Результаты и обсуждения. На сегодняшний день, Россия является одной из самых проблемных стран по распространению ВИЧ-инфекции [1]. Уровень заражения на её территории не только не снижается, но продолжает расти небывалыми темпами. Во многом причиной этому послужили резкие скачки заражения в обширных наркозависимых группах в конце прошлого века. В социально уязвимых группах того времени было распространено игнорирование простых мер безопасности при вторичном пользовании медицинского инструментария, а также неконтролируемые половые связи, что позволило заболеванию быстро сформировать устойчивый резервуар [5].

На данный момент, положение с приростом инфицированных в России стабилизировано, а значительное увеличение числа больных, например, на Урале связано с уже имеющимся высоким заражением. В современных реалиях ведущую роль в распространении ВИЧ играет половой путь передачи инфекции. Причиной этому, вероятно, служит плохая информированность общей массы населения о специфических особенностях передачи заболевания.

Перспективными целями по борьбе с ВИЧ-инфекцией являются факторы, влияющие на распространение вируса. К ним относят факторы путей передачи, социальные и медицинские. На сегодняшний день наиболее перспективными путями борьбы с инфекцией являются именно факторы распространения инфекции, так как лечение больных невозможно, пресечение заражения имеет наиболее перспективный характер в победе над эпидемией. Влияние оказывается в правовых, социальных и медицинских аспектах [3].

Причиной отсутствия положительных тенденций к снижению заражения являются проблемы с социальными и медицинскими аспектами борьбы, а также отсутствие общей стратегии противостояния [4]. Главной проблемой медицинского аспекта является недостаточное финансирование антиретровирусной терапии, что не позволяет полностью купировать заболевание у населения. На сегодняшний день АРВТ применяется у менее 26%

всех инфицированных страны, а целью Государства к 2020 году увеличить это число до 38% зараженных. Проблема социального аспекта заключается в узкой направленности социальных программ на группы риска, в то время как основная популяция плохо осведомлена о специфике ВИЧ. Согласно социологическим исследованиям населения среди людей присутствует пренебрежительная позиция к средствам защиты от полового пути распространения заболевания и высокая доля бесконтрольных половых связей, что увеличивает возможность заражения инфекцией. Отсутствие общей стратегии борьбы создает нерегулируемые правовые зоны, которые способствуют распространению инфекции. Для устранения этой проблемы на территории различных областей проводятся попытки создать эффективную стратегию борьбы с ВИЧ-инфекцией, которые, возможно, позволили бы организовать единый фронт борьбы с вирусом по всей России [2].

Проведенный в нашей работе социологический опрос студентов медико-профилактического факультета позволил установить осведомленность об инфекции участников одной из групп риска. Согласно полученным результатам студенты-медики имеют хорошую осведомленность о ситуации вокруг ВИЧ-инфекции в России, им были известны как особенности распространения заболевания, так и меры безопасности связанные с ним.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что педагогические программы, проводимые среди групп риска, оказывают положительное влияние на информированность населения. А наиболее перспективными курсами в развитии борьбы с ВИЧ-инфекцией являются выход социальных программ на популяционный уровень, увеличение распространения антиретровирусной терапии среди инфицированных, а также создание единой стратегии по борьбе с ВИЧ, которая объединяла бы в себе работу всех ведомств регионов.

Список литературы.

1. Андерсон Р.М., Мэй Р.М. Инфекционные болезни человека: динамика и контроль. М.: Мир, 2004. 784 с.
2. Богачанская Н.Н., Павлов С. В. Новые направления профилактики ВИЧ-инфекции // Социология медицины. 2013. № 2 (23). С. 46–47.
3. Крюкова Т.Л. Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2012. № 4. С. 135–142.
4. Пирогова И.А. Распространенность ВИЧ-инфекции в России // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2017. Том 2. № 4. С. 45–49.
5. Турсунов Р. А. Значение полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 3. С. 51–56.

**ЭКСПЕРИМЕНТЫ НА ЖИВОТНЫХ.
ОПЫТ НИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КУРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Чистякова Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Чальцева Т.А.

В XX веке показателем цивилизованности страны стало обязательное условие проведения экспериментов на животных во всех странах мира. Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время эксперименты на животных являются важной частью любого медицинского научного исследования. Необходимость свести к минимуму страдания животных – нравственный долг и обязанность человека.

Актуальность исследования состоит в том, что на данный момент можно выделить ряд проблем, связанных экспериментами на животных: проблема гуманного отношения к животным, десенсибилизации учащихся и использование альтернативных методов [1].

Целью исследования является оценка качественного гуманного содержания и использования животных, согласно этико-правовому регулированию в НИИ ЭМ КГМУ.

Материалы и методы: методологическая основа работы включает анализ и обобщение литературы, наблюдение и анкетирование.

Результаты и обсуждения. Для надлежащего ухода и использования животных необходимо наличие соответствующего законодательства, которое создается не только на региональном уровне, но и на международном. Любое законодательство преследует цель минимизировать количество погибших животных и использовать везде, где это возможно – альтернативы. Документами международного уровня являются, к примеру, Конвенции, создаваемые советом Европы. При ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России создан региональный этический комитет, который обеспечивает этические нормы проведения клинических и доклинических исследований. Региональный этический комитет руководствуется действующими международными и российскими нормативными актами, такими как: Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации врачей, Европейская конвенция «О защите позвоночных животных», Федеральный закон от 9.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ Минздрава России от 01.04.2016 № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики и др. [1].

В современном мире существует более 400 альтернатив, которые используются для сокращения числа животных в экспериментах. В НИИ ЭМ КГМУ используется большое количество современной аппаратуры, которая позволяет свести к минимуму количество погибших животных. Но, к сожалению, при всем обилии современных технологий клиническая практика невозможна без участия экспериментального животного. Как говорил И. П.

Павлов, «Чем полнее будет проделан опыт на животных, тем менее часто больным придется быть в положении опытного объекта со всеми печальными последствиями». 8 февраля 2019 года при КГМУ была открыта «Клиника ветеринарной медицины», таким образом студенты могут наблюдать, как опытные врачи лечат животных, набираясь опыта. Клиника оснащена современным оборудованием, что позволяет улучшить качество лечения.

Разведением, содержанием и подготовкой к исследованиям занимается экспериментально-биологическая клиника НИИ ЭМ КГМУ, которая оснащена специализированным оборудованием, сертифицированным в стандарте GLP. Лабораторные крысы и мыши содержатся в системах, произведенных компанией «ZOONLAB» (Германия), кролики, в стеллажах компании «AWTech» (Россия). Для практических занятий отдельные виды лабораторных животных разводятся в «барьерных» боксах.

Для оценки результатов работы НИИ ЭМ КГМУ было проведено анкетирование, среди 82 учащихся. 88,9% удовлетворены условием содержания животных в экспериментально-биологической клинике; 63% учащихся отрицательно относятся к экспериментам над животными, при этом 37% считают, что нельзя обойтись без животных, используя альтернативные методы. Десенсибилизации учащихся не обнаружено, 99% испытывают сострадание к животному во время вивисекции, агрессивного отношения к животным у студентов нет.

Выводы. Проведя собственные исследования, можно сделать вывод, что качественное гуманное содержание и использование животных соответствует этико-правовому регулированию в НИИ ЭМ КГМУ. Учащиеся удовлетворены условиями содержания лабораторных животных в экспериментально-биологической клинике.

Список литературы.

4. Ворожцов И.Ю. Эксперименты над животными: Альтернативы и этико-правовые аспекты / И.Ю. Ворожцов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016, № 4. – С.164.

ФЕНОМЕН МИСТИЦИЗМА В СРЕДЕ МОЛОДЕЖИ И ЕЁ ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ОККУЛЬТИЗМУ

Чуйкова Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Е.Н. Немеров

Актуальность исследования определяется тем, что мистицизм как религиозно-теологическая концепция заложен в большинстве религий. На всём протяжении сосуществования картины мира и мистицизма прослеживается постепенное развитие общества. С приходом научно-технического прогресса

древние мистические практики, доступные ранее определенному кругу лиц: аскетам, отшельникам и представителям мистических сообществ, становятся общественным достоянием. Едва ли не каждый желающий может заполучить мистический опыт. Часто люди сталкиваются с разного рода ситуациями, которые человеческая психика воспринимает как противоестественное, стрессовое воздействие на сенсорно-перцептивную сферу познания, что в свою очередь наталкивает их на нестандартный поиск ответа. В последние годы у общества не угасает интерес к получению мистических знаний и умений. Несмотря на малоизученность, феномен мистицизма является популярным среди современной молодежи.

Целью исследования является анализ феномена мистицизма в современном мире и отношение к нему в среде студенческой молодёжи.

Материалы и методы: основу исследования составляет метод анкетирования студентов 2 курса лечебного факультета, а также герменевтический и феноменологический методы.

Результаты и обсуждения. Учение мистицизма исходит из основного постулата о том, что подлинная реальность недоступна разуму и постигается лишь интуитивно-экстатическим способом. Во многих религиозных учениях составной частью, как правило, является мистика, которая проявляет себя по-разному [1]. Мистицизм возникает на границе образования мира и долгое время остаётся духовным «ядром» общества. Преобразовываясь со временем, данный феномен ложится в основу всех ныне исповедуемых религий. Сознанию человека свойственно реагировать специфической реакцией на мистические явления, которые, так или иначе, влияют на сенсорно-перцептивную сферу познания. Мистическое чувство можно рассматривать как один из факторов влияющего на поведение индивида в социальной группе. На данный момент, одной из наиболее подверженных влиянию мистических идеологий групп, является группа молодёжи. В процессе поиска собственного «Я», молодые люди пересматривают устоявшиеся постулаты, видоизменяя их для отражения своего мировоззрения. Именно в период становления личности проявляется гибкость сознания и подверженность влиянию нетрадиционных форм.

Часто мистика выступает как особая форма общественного сознания, актуализирующаяся в кризисные, переломные моменты человеческой истории. В Средневековую эпоху мистика, в силу ее реального влияния на духовную жизнь эпохи, более всего приближается к статусу хотя и промежуточной, но относительно самостоятельной формы общественного сознания, поднимается до высшего уровня религиозной жизни и мысли. К середине Средневековья она завоевывает уже серьезные позиции в религиозной жизни, внося живую струю в религиозную практику и культ [3]. Отличие современного мистицизма заключается в том, что его распространению способствует массовая культура [2].

Анкетирование студентов второго курса лечебного факультета КГМУ показало, что большинство студентов верят в существование отдельных паранормальных явлений. В опросе приняли участие 22% мужчин и 78% женщин. Так, вере в существование биополя и экстрасенсорных способностей

подвержено 62% и 52% респондентов соответственно. По мнению опрошенных, мистические практики оказывают благоприятное воздействие на состояние человека 85%, 15% считают, что медитации и психофизические упражнения бесполезны и не влияют на организм. На вопрос в отношении медицинского оккультизма был получен неоднозначный ответ: 18% респондентов относятся положительно к народным методам врачевания, 47% заняли промежуточное положение, затруднившись ответом на вопрос, 35% считают, что занятие знахарством не только не целесообразно, но и опасно для жизни человека. В магические силы в целом верят 46% респондентов, 54% отрицают их существование. Большинство опрошенных не ставит народную медицину в статус науки и считает необходимым наличие документа, подтверждающего компетентность народного целителя. Немало важным является и тот аспект, что из 100 респондентов лишь 17% обращались за помощью к знахарям. Это подтверждает, что в среде молодёжи формируется осторожное отношение к ненаучным методам лечения и мистическим идеологиям.

Выводы. На втором курсе знания о здоровье и болезни человека находятся в стадии постепенного развития. Недостаток опыта сказывается на мировосприятии обучающихся второго курса. Профессиональная адаптация, которая завершается к окончанию медицинского университета, приводит к рассмотрению проблемы с научной точки зрения и принятию зрелых, обдуманных решений.

Список литературы.

1. Жигмитова М.Г. Политика и религия // Политическая наука. 2013. № 2. С. 278–287.
2. Золотарёв В.Ф. Религиозность российской молодежи // Вестник Московской государственной академии делового администрирования. 2013. Т. 2. № 2-3 (21). С. 181–185.
3. Слобожникова В.С. Религиозность как политический ресурс российского государства // Политическая наука. 2013. № 2. С. 165–176.

АГРЕССИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ: ОПЫТ РОССИЙСКИХ МЕДИКОВ

Чукреев Н.Н

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Кульсеева Т.Г.

Актуальность исследования состоит в том, что на сегодняшний день случаи нападения пациентов на врачей с целью нанесения физических увечий, к сожалению, являются нередкостью.

Целью исследования является необходимость проследить динамику развития агрессии как формы поведения социума, выявить ее значение и последствия в современной врачебной практике.

Материалы и методы: в качестве теоретической базы для данного исследования были использованы книги и статьи отечественных и зарубежных авторов, публицистическая (газеты и журналы) и научно-популярная литература, а так же иные источники, посвященные этой теме. Основными методами данного исследования выступили теоретическое изучение источников информации и метод анкетирования респондентов.

Результаты и обсуждения. Удалось проследить динамику развития агрессии как формы поведения социума, определить источники ее происхождения, выявить ее виды и формы, обнаружить причины агрессивного поведения в обыденной жизни, понять, как и когда возникает агрессия во врачебной деятельности, а так же выяснить ее влияние на современную медицину.

Как сначала может показаться, человеческое поведение резко отличается от такового у обезьян. Но это лишь на первый взгляд. Только когда мы начинаем подробно изучать их образ действий, то обращаем внимание на обезьяньи черты наших поступков [2,3]. Проведенные с высокой точностью исследования позволяют понять, что у человека и высших человекообразных обезьян имеют сходства многие формы поведения, в том числе и проявление агрессии. Если наши «родственники» в животном мире обеспечили себя такой адаптацией, то потому наша человеческая агрессия и враждебность не может быть преодолена. Скорее всего, она имеет эволюционные корни, но это не делает ее непобедимой и непреодолимой. Ведь, как известно, Человек разумный (*Homo sapiens*) появился благодаря не только биологической эволюции, но так же культурной и социальной. Нынешнему обществу следует выработать необходимые нормы морали и ценности, чтобы попытаться подавить такое «наследство».

В настоящее время наблюдается нестабильность экономики, слабое развитие интенсивности производства, застой уровня жизни в стране, уничтожение некогда незыблемой системы ценностей, регулировавшей взаимоотношения личности с другими людьми. Выше перечисленные феномены могут отрицательно сказываться на физическом и психологическом здоровье человека, что иногда может привести к агрессивному поведению пациентов по отношению к врачам и другим медицинским работникам. Не трудно понять, что агрессивное поведение пациентов отрицательно влияет на трудоспособность врачей и их заинтересованность в лечебном процессе [1,5].

Враждебное отношение к окружающим, по мнению С. Н. Ениколопова, определяется образом жизни, характерным для каждого отдельного индивида, представителя какой-либо субкультуры, в том числе и профессиональной. Значительная часть ценностей нынешнего общества способствует активному проявлению агрессии в социуме [7]. На психологическое здоровье населения отрицательным образом влияют наблюдаемые сегодня социальные кризисные

потрясения, что является причиной появившейся злобы, насилия, жестокости и напряженности между людьми.

Доктор, подверженный эффекту «выгорания» и работающий с гигантским потоком людей, не имеет за собой специальных норм собственной защиты и безопасности. По данным Минздрава, в России за последние 7 лет произошло более 1200 нападений на работников медицинских учреждений при исполнении ими служебного долга. Столичные парламентарии рекомендуют ввести наказание, соответствующее тяжести преступления за агрессивное поведение пациентов: штраф в размере 200 тысяч рублей или лишение свободы вплоть до пожизненного заключения [4,8].

Было проведено эмпирическое исследование: опрос медицинских работников (врачей, медицинских сестёр, фельдшеров скорой помощи) с целью выявления агрессии со стороны пациентов. В нем приняли участие 31 работник МБУЗ МО Ейский район ЦРБ (г. Ейск, Краснодарский край). В ходе социологического опроса удалось выявить агрессивное поведение пациентов, а так же определить основные черты агрессии: чаще всего проявляется ее пассивная форма (41,9%), наиболее частой причиной агрессии являются очереди на прием к специалистам (51,6%), последствия для медицинских работников носят в основном психологический характер (67,6%), в большинстве случаев конфликты разрешаются при помощи беседы (51,5%), выяснилось так же, что опрошенные специалисты стали относиться к своим пациентам преимущественно с настороженностью (58,1%), как правило, агрессоры находятся в состоянии эмоциональной подавленности (35,5%).

Выводы. Таким образом, материалы исследования могут быть интересны работникам медицинской сферы для повышения своего опыта общения с пациентами и защиты профессиональных интересов, а так же могут помочь им избежать конфликтных ситуаций в будущем, тем самым обезопасить себя. Надеюсь, что общество изменит свое отношение к людям в белых халатах, медики будут исполнять свой нелегкий долг в оптимальных условиях труда, а слово «врач» снова будет звучать гордо и внушать доверие у пациентов.

Список литературы.

1. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2001. 352 с.
2. Ван Лавик-Гудолл Дж. В тени человека. М.: Мир, 1974. 285 с.
3. Де Вааль Ф. Истоки морали. В поисках человеческого у приматов. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 384 с.
4. Как в России пациенты нападают на врачей и что можно с этим сделать [Электронный ресурс] // URL: <https://daily.afisha.ru/relationship/4401-kak-v-rossii-pacienty-napadayut-na-vrachey-i-chto-mozhno-s-etim-sdelat/>
5. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. СПб.: Речь, 2000. 408 с.
6. Лоренц К. Агрессия (Так называемое «зло»). СПб.: Амфора, 2001. 349 с.
7. Ениколопов С.Н. Актуальные проблемы исследования агрессивного поведения // Прикладная юридическая психология. 2010. № 2. С. 37–47.

8. Скрытая угроза. Врачи – об агрессивных пациентах и своей безопасности [Электронный ресурс] // URL: http://www.omsk.aif.ru/society/skrytaya_ugroza_vrachi_ob_agressivnyh_pacientah_i_svoey_bezopasnosti
9. Цибульский Н.П., Ениколопов С.Н. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Пеппи // Психологический журнал. 2007. № 1. С. 115–125.
10. Lukasiewicz A., Szubert-Kruszynska A., Radwan J. Kin selection promotes female productivity and cooperation between the sexes [Электронный ресурс] // URL: <http://advances.sciencemag.org/content/3/3/e1602262>

ИНТЕЛЛЕКТ ЖИВОТНЫХ: НОВЫЕ ОТКРЫТИЯ

Шашкова О.Н.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д.филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

На протяжении долгого времени наука была очень осторожна, а иногда чрезмерно скептична в отношении интеллекта животных. К этому вопросу всегда относились деликатно, а большинство обходило его стороной. Долгое время этот вопрос обсуждался с общих философских позиций безусловного приоритета Человека разумного перед всеми животными, но начало XX века было ознаменовано приходом экспериментальных методов изучения человека и животных. Со временем у зоологов и орнитологов возникает всё больший интерес к разнообразию жизни зверей и птиц, и появляется всё больше сообщений об уровне и сложности познавательных процессов у них, которые подтверждаются и фотографиями, и видеоматериалами. Между тем, в школьном и вузовском преподавании преобладают оценки 80–100-летней давности, сводящиеся к отрицанию за зверями и птицами самого понятия «интеллект» и ограничению их поведения сугубо рефлексивным уровнем.

Актуальность исследования состоит в том, что животным, в особенности экспериментальным обитателям вивария, нельзя отказать в эмоциональных переживаниях своей участия и ее осознания. Значит, на них должны распространяться практически те же условия «острого» эксперимента, что и на людей: минимизация травматизма и предотвращение эмоциональных страданий [6].

Целью исследования является дополнение и корректирование преподавания целого ряда предметов в высшей медицинской школе по проблеме биоэтического отношения к лабораторным животным.

Материалы и методы: методологическая основа работы включает анализ и обобщение литературы, наблюдение и анкетирование.

Результаты и обсуждения. Изучением данной проблемы занимались многие учёные, издано большое количество литературы. Одним из наиболее

популярных авторов является нидерландский приматолог и этолог Франс Де Вааль [2]. Занимаясь изучением социальных отношений животных, он раскрыл пути становления мыслительных процессов в эволюции. На основе наблюдений и множества исследований были сделаны выводы о наличии зачатков морали у животных. Среди них обнаружилась сложная система коммуникации, включающая подобие речи. Представители некоторых видов, начиная с приматов, узнают себя в зеркале (проверка на наличие самосознания). Помимо естественной вражды и соперничества во внутривидовых отношениях, среди животных имеет место дружба и альтруистическая взаимопомощь. Шимпанзе и бонобо выстаивают многолетние интриги и объединения в борьбе за лидерство в популяции (своего рода политика) [3]. Птицы и слоны устраивают «похороны» погибшим сородичам и соблюдают своеобразный «траур» по ним [1, 6].

Свой вклад в реабилитацию душевной жизни животных внесли отечественные исследователи. Проводя свои опыты, Надежда Николаевна Ладыгина-Котс еще в 1914 году определила, что приматы обладают способностью к обобщению [2]. Это было обнаружено у шимпанзе Йони, которого она воспитывала вместе со своей родной дочерью того же возраста. Со временем стало ясно, что и не столь высокоорганизованные животные обладают такой же способностью. Когда у животных была обнаружена способность к абстрактному мышлению, развитая удивительно хорошо, возник вопрос о способности животных осваивать хотя бы какие-то зачатки человеческого языка. Эксперименты американских психологов показали, что у современных человекообразных обезьян такая способность имеется. В своих работах Вольфганг Кёлер, Эдвард Торндайк, Леонид Викторович Крушинский и многие другие исследователи обнаружили, что животные похожи на нас гораздо больше, чем можно было подумать [4, 5]. Но на каждое открытие силы их ума приходится другое, раскрывающее количественную разницу с Человеком разумным. Казалось бы, «академический» вопрос о психических образах у животных приобрел острую практическую значимость, в чём, несомненно, состоит одна из важнейших, поистине новых тенденций зоопсихологии, можно даже сказать новая веха в истории этой науки.

Выводы. Современные исследования заставляют пересмотреть положение человека в природе. Ясно, что для обучения нужна не только познавательная способность, которая была обнаружена у животных, но и желание обучать. Оно свойственно человеку и по какой-то причине отсутствует у животных. Для окончательного раскрытия данной проблемы учёным явно предстоит отказаться от антропоцентричных представлений, перестать представлять человечество мерой всех вещей [7].

Список литературы.

1. Акерман Дж. Эти гениальные птицы. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 486 с.
2. Де Вааль Ф. Достаточно ли мы умны, чтобы судить об уме животных. М.: Альпина нон-фикшн, 2016.

3. Де Вааль Ф. Политика у шимпанзе. Власть и секс у приматов. М.: Высшая школа экономики, 2016. 367 с.
4. Жуков Б. Введение в поведение. История наук о том, что движет животными и как правильно их понимать. М.: АСТ, 2016. 400 с.
5. Жуков Д.А. Стой. Кто ведет? Биология поведения человека и других зверей. Т. 1–2. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 428, 368 с.
6. Сафина К. За гранью чувств. О чем думают и что чувствуют животные. М.: КоЛибри, 2018. 560 с.
7. Шеффер Ж.-М. Конец человеческой исключительности. М.: Новое литературное обозрение, 2010. 392 с.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Шестакова В.И.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н, доц. Крамаренко В.Ю.

Актуальность исследования состоит в том, что 21 век является веком естественного и искусственного интеллекта человека. Именно интеллект обеспечивает успешность человеческой деятельности и является ведущим фактором научно-технического прогресса. Роль индивида и его достижения в социуме так же во многом коррелируется с уровнем интеллекта. Активная разработка и внедрение в практику тестов для измерения IQ ведется с конца 19 века. На данный момент существует множество вариаций этих тестов: вербальные и невербальные, индивидуальные и групповые, тесты интеллекта для специфических популяций. По результатам этих тестов делаются выводы о популяционном распределении IQ. [1]

Целью исследования является определение и оценка интеллектуального потенциала как основы профессионального образования врача стоматолога.

Материалы и методы: анализ научной литературы, учебников и пособий по психологии, психодиагностики, экспериментальной психологии личности, тестирование по IQ, статистическая обработка результатов и графический анализ

Генетические факторы, унаследованные от родителей, и есть тот потенциал, который является концептуальной основой развития интеллекта. От этих факторов зависит не только уровень IQ, но и вид интеллекта, к которому индивид будет более склонен. Будь то математический, лингвистический или вербальный - это все предопределяет наша наследственность.

В ходе работы было проведено тестирование 43 студентов 3 курса стоматологического факультета. Все они в течение 30 минут выполняли тест Айзенка № 5. [2]

Результаты и обсуждения Популяционное распределение IQ представлено на рисунке 1. На основании полученных данных были получены следующие результаты: наибольшее количество студентов (88%) имеют уровень интеллекта, который варьирует в пределах от 90 до 110 баллов. Среднее значение уровня IQ ровняется 99,9 баллов, что на 0,1% отличается от популяционного показателя, 3 студента показали результаты в пределах 80-90 баллов, что граничит с легкой степенью умственной отсталости. [3] Лишь у 2 студентов интеллект находится в интервале 110-120 баллов (рисунок 2).

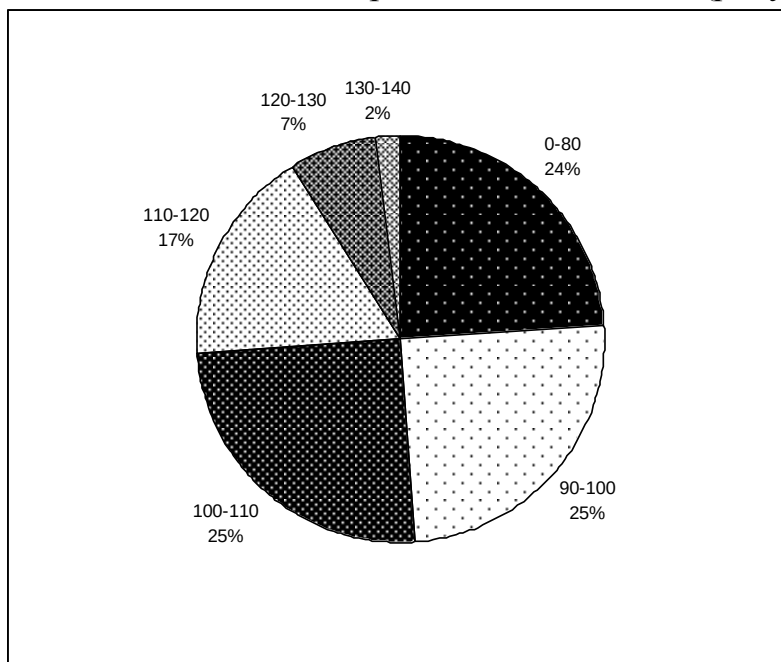


Рис. 1. Популяционное распределение IQ

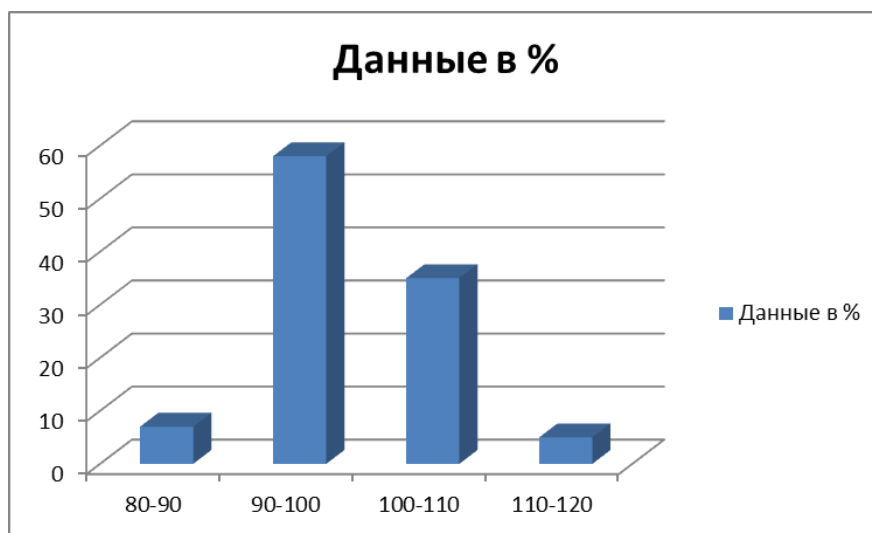


Рис.2 Распределение IQ среди студентов стоматологического факультета

Выводы. На основании полученных данных можно констатировать, что в целом интеллектуальный потенциал данной группы соответствует среднему популяционному распределению. Между тем в данной выборке отсутствуют студенты с IQ больше 120 баллов, что требуется для освоения сложных специальностей. Именно этот порог, согласно данным американского ученого

Торенса является ключевым для раскрытия творческого потенциала личности. Поэтому большинство студентов данной группы могут испытывать трудности в освоении медицинской специальности.

Представленные в данном исследовании результаты можно использовать при последующем сравнительном анализе уровня интеллекта студентов медицинских вузов. Дальнейшие исследования в этом направлении могут быть направлены на установление оптимального уровня интеллекта для медицинского персонала, а также на разработку практических методов влияния на формирование уровня интеллекта у студентов медицинских вузов, а также у людей, уже проявившим себя в медицинской сфере. [4]

Список литературы.

1. Агафонова И.Н. и др. Методики изучения интеллекта / Агафонова И.Н., Колеченко А.К., Погорелов Г.А., Шеховцова Л.Ф. – Часть 1. – СПб., 1991. – 200 с.
2. Анохин П.К. Философский смысл проблемы естественного и искусственного интеллекта // Кибернетика живого: Человек в разных аспектах. – М.: Наука, 1985. – 120 с.
3. Айзенк Г. Новые IQ тесты. – М.: Изд-во Эксмо, 2003, – 192 с.
4. Крамаренко В. Ю., Никитин В.Е., Андреев Г.Г. Интеллект человека. Воронеж, 1990 г. – 184 с.

ДЕЖАВЮ: СКЕПТИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА

Щербинина А.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – к.филос.н., доцент Зыкина Е.Б.

Актуальность изучения пропорции догматического доверия / критической настороженности по отношению к различным версиям лженауки в среде студенческой молодежи, тем более будущих медиков, велика как никогда. В социальных сетях, на телевидении, в разных других средствах массовой информации сейчас циркулирует огромное количество фантастических версий психики и поведения человека.

Целью исследования является выявление методами социологического зондирования (фокусированное интервью, интернет-опрос) отношения к псевдонауке – на доходчивом и широко известном примере дежавю – студенческой молодежи, а именно студентов лечебного факультета КГМУ.

Материалы и методы: социологический опрос среди студентов 2 курса лечебного факультета КГМУ, в котором приняли участие 63 респондента.

Результаты и обсуждения. Феномен дежавю (от франц.*déjà vu* – «уже виденное») представляет собой психическое состояние, при котором человек, попав во вроде бы незнакомое место, ощущает, что бывал здесь раньше; или

ситуация, с которой он столкнулся впервые, будто бы случалась с ним ранее. Но в каком именно моменте прошлого, он не помнит. Официальная наука в лице нейробиологии и клинической психологии трактует дежавю как сбой в работе гиппокампа, части лимбической системы головного мозга. Так что с точки зрения нормальной психологии перед нами типичная ошибка памяти. Им, как известно, уделял особое внимание З. Фрейд в своей теории бессознательного. Он посвятил этой теме книжку «Психопатология обыденной жизни» [6]. С точки зрения психоанализа, чем-то неприятные человеку воспоминания вытесняются в бессознательную сферу психики, и тогда при их повторении они же воспринимаются как новые, но с оттенком тревожности, куда и помещается пресловутое дежавю. У неврологических и психических больных оно приобретает навязчивое состояние (чаще всего у больных височной эпилепсией с раздвоением сознания) [5]. В норме же это чувство представляет собой результат бессознательной обработки информации мозгом, в том числе и пережитой человеком во сне. Таким образом, ощущение уже пережитого испытывают и многие здоровые люди, но гораздо реже и короче, чем пациенты психиатров.

Что касается дилетантов и фантастов, изображающих из себя исследователей, это явление относится к мистической сфере, области оккультных загадок. Парапсихологи интерпретируют дежавю как следствие реинкарнации; экстравагантные «физики» как результат одновременного существования прошлого, настоящего и будущего; а другие легкомысленные авторы – как следствие существования миллионов вселенных, в которых живут маленькие копии нас самих [3]. Наконец, клерикально настроенные авторы списывают эти псевдовоспоминания на ангелов и загробный мир, куда может заходить душа, еще не расставшаяся с телом. Особенно охотно эксплуатируют все эти произвольные версии создатели художественной литературы в жанре мрачных тайн и ужасов [2]. На основе процедуры критической сверки с реальностью, предложенной Джонатаном Смитом в книге «Псевдонаука и паранормальные явления: Критический взгляд» [4], была проведена проверка, существует ли такое явление как дежавю или это всего лишь нарушение в работе головного мозга, вызванное перенапряжением, стрессом и прочими патологическими факторами.

Социологический опрос среди студентов 2 курса лечебного факультета КГМУ (в котором приняли участие 63 респондента) показал, что 95% респондентов верит в существование явления дежавю. 92% студентов сталкивались с ним лично. Среди студентов, испытавших дежавю, удалось выявить количество повторений данного явления за весь период жизни. Так, 6,3% студентов сталкивались с ним 1-2 раза; 28,6% – 5-6 раз; 42,9% – более 10 раз; 22,2% – около 20 раз в жизни. Средняя частота повторений дежавю у респондентов составила 1 раз в 4 года. У половины респондентов в момент дежавю возникает ретроспектива, которая в каждом отдельном случае дежавю отличается. Вслед за явлением дежавю большинство студентов испытывает смутение. В ответ на вопрос «что является причиной дежавю?», многие студенты, а именно 19%, ответили, что в прошлой жизни они были в этом

месте, в похожей ситуации, то есть склонялись в сторону реинкарнации; 5% посчитали, что всему виной «кротовые норы». Данные выше теории являются антинаучными и абсолютно неприемлемыми для будущих врачей. 5% студентов в шутку сказали, что дежавю – результат похищения их инопланетянами. Несмотря на спорность и смехотворность этой теории, такой тип мышления является присущим исключительно будущим врачам. 20% респондентов не имели представлений о причине дежавю. К счастью, 50% опрошенных студентов ответили, что дежавю – следствие нарушения работы головного мозга.

Выводы. Дежавю – яркий пример паранауки, который привлекает недостаточно внимания и обычно остается в стороне от лженаучных теорий и практик, таких как телепатия, биополе и прочих, в связи с чем, является мало изученным официальной наукой.

Список литературы.

1. Анохина Н. Ангел за моим плечом. М.: Радуга, 2004.
2. Кинг С. Чувство, имя которому есть только на французском. М.: АРТ, 2002. 179 с.
3. Курган А.А. Феномен дежавю. СПб.: Дмитрий Буланин, 2010. 240 с.
4. Смит Дж. Псевдонаука и паранормальные явления. Критический взгляд. 4-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2018.
5. Сумбаев И.С. К вопросу о психопатологии и механизме *déjà vu* // Проблемы общей психопатологии. Иркутск: Восточно-Сибирская правда, 1945. С. 97–110.
6. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. М.: Эксмо-пресс, 2015. 192 с.

ЗНАХАРСКОЕ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО В ИНФОРМАЦИОННОМ СОЦИУМЕ

Щитова М.В.

Курский государственный медицинский университет

Кафедра философии

Научный руководитель – д. филос.н., д.и.н., профессор Щавелев С.П.

Актуальность исследования состоит в том, что, несмотря на развитие официальной медицины, сохраняет влияние на широкие слои населения такое явление, как знахарское целительство. Излишнее доверие к столь архаичному оккультизму зачастую влечет за собой серьезные угрозы для человека, его физического и психического здоровья. Осуществление контроля над безопасностью и качеством нетрадиционной медицины, особенно в ее массовых практиках является острой проблемой современной системы здравоохранения.

Целью исследования является изучение феномена знахарского целительства, его социально-психологических истоков, а в особенности

проявлений в современном мире, который переходит на постиндустриальную, информационную стадию своего развития..

Материалы и методы: изучение литературных и интернет-источников информации про самозванных целителей, теоретический анализ и обобщение этого разнообразного материала.

Результаты и обсуждения. Знахарское целительство возникло ещё в глубокой древности, когда человек, совершая интуитивные действия, диктуемые ему его мифологическим сознанием, пытался побороть недуг, по-своему истолковывая его природу. Для лечения он использовал продукты растительного и животного происхождения, минералы. Их применение сопровождалось особыми ритуальными действиями: произнесением заговоров, заклинаний, осуществлением различных телодвижений и так далее. Большую роль в дальнейшем развитии медицины и фармации сыграла фитотерапия знахарей. Растения, издавна используемые в лекарственных целях, были со временем изучены, и доказана эффективность, безопасность некоторых из них. В настоящий момент популярность фитопрепаратов среди населения растёт с каждым годом. Доверие потребителя вызывает их «натуральность» в сравнении с синтетическими лекарственными средствами, а также сказывается фактор приверженности традициям, преемственность поколений. Стоит отметить, что траволечение может быть в двух формах: использование лекарственных растений, выращенных самостоятельно или собранных в природе, основываясь на собственном опыте и знаниях, и применение аптечных фитопрепаратов, продаваемых с прилагающимися к ним инструкциями, с указанными в них дозировками. Последняя форма, по понятным причинам, является куда более безопасной, но и у неё существуют определённые риски, связанные отсутствием должного контроля над производством и распространением этих средств.

Тема нетрадиционной медицины в настоящий момент является довольно распространённой в интернете. Ее проявления также встречаются на телевидении, где ещё в конце прошлого столетия стали появляться посвященные ей передачи. Например, «Сеансы здоровья» врача-психотерапевта Анатолия Кашпировского» и телеэфиры Аллана Чумака. Ярким представителем нетрадиционной медицины является Геннадий Петрович Малахов, что с 2006 года по 2016 делился своими способами лечения различных заболеваний с телезрителями. Несмотря на многочисленную критику его деятельности, шоу с его участием сумели найти свою, довольно большую по размерам, аудиторию. В интернете же образовалась целая экономическая ниша, участниками которой являются бесчисленные целители, травники, маги и тому подобные «специалисты» в области оказания медицинской помощи. Разного рода целители там предлагают свои услуги: начиная от лечения онкологии и бесплодия и заканчивая снятием печати одиночества и проклятия рода. Зачастую одно и то же лицо занимается сразу несколькими видами практик. Также посредством интернета осуществляется не только торговля услугами, но и такими товарами, как травяные сборы, чаи, настойки и так далее.

Часть же целителей ведет в интернете лишь просветительскую деятельность относительно народной медицины. Они пишут статьи о нетрадиционных методах избавления от недугов, снимают видеоролики на эту тему, в которых раздают советы о лечении тех или иных заболеваний. Все эти материалы находятся в открытом доступе на персональных сайтах знахарей и их объединений, на их страницах в социальных сетях и каналах видеохостинга YouTube.

Внешний антураж, простая подача, возможность самолечения и жажда быстрых результатов привлекают потребителя. Представители народной медицины, рекламируя себя, делают акцент на безвредности своих способов лечения, «натуральности» ингредиентов в сравнении с полными «химии» фармацевтическими препаратами, что подкупает необразованное в медицинском плане население, разум которого, ко всему прочему, наполнен массой стереотипов по отношению к отечественной традиционной медицине. В противовес врачу, больничным очередям выступает человек из народа, обладающий определёнными способностями и знаниями, унаследованными им от предков. Таков образ среднестатистического представителя нетрадиционной ветви медицины. Обращение за медицинской помощью к подобному народному целителю становится более лёгким, привлекательным путём. Нередко, с целью заручиться доверием потенциальных клиентов, такого рода врачеватели приводят в примеры истории людей, которым они помогли, выглаживают положительные отзывы о своей деятельности на свои сайты и страницы в социальных сетях, утверждают, что к их помощи прибегали различные знаменитости. Также среди них встречаются лица, заявляющие о наличии у них медицинского образования, тем самым повышая свой авторитет. Некую уверенность у потенциального клиента вызывает наличие элементов биографии целителя, его полного имени, большого количества контактной информации (электронная почта, телефон, ссылки на другие социальные сети и т.п.) на исходном сайте или странице. Но встречаются и те, кто предпочитает сохранять анонимность.

Выводы. Нетрадиционная медицина несёт в себе массу негативных последствий. Обращаясь к подобному виду лечения, человек может упустить последний шанс на выздоровление и приобрести новые заболевания. Но также с её помощью можно уменьшить симптомы, убрать на время боль, улучшить психологическое состояние пациента, дать ему веру в выздоровление и желание бороться. Таким образом, при сочетании с традиционной медициной, народная может применяться с наименьшим риском и большей пользой. Результатом исследования стал общий анализ современных форм проявления нетрадиционной медицинской деятельности в интернете и на телевидении.

Список литературы.

1. Знахарство [Электронный ресурс] //URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Знахарство/>
2. Ковалёва Н.Г. Лечение растениями. Очерки по фитотерапии. М.: Медицина, 1972. 352 с.

3. Куркин В.А., Авдеева Е.В. и др. Актуальные проблемы и перспективы развития фитофармакологии и фитотерапии // Медицинский альманах. Самара: СамГМУ, 2008. № 5. С. 41–44.
4. Медицина в сети: кто на самом деле лечит нас в интернете? [Электронный ресурс] // URL:<http://medic.ua/meditsina-v-seti-kto-na-samom-dele-lechit-nas-v-internete/>
5. Нетрадиционная медицина [Электронный ресурс] // URL:https://ru.wikipedia.org/wiki/Нетрадиционная_медицина/
6. Нетрадиционная медицина в России – кому доверяют пациенты? [Электронный ресурс] // URL:<http://www.pandora.medsteg.ru/2013/05/blog-post.html/>
7. Поповкин А.В., Поповкина Г.С. Типология мистических практик народной медицины // Россия и АТР. Владивосток: изд-во Дальневосточного центра РАН, 2016. С. 301–313.
8. Преимущества и недостатки лечения травами [Электронный ресурс] // URL:<https://econet.ru/articles/41810-preimuschestva-i-nedostatki-lecheniya-travami/>
9. Раздорская И.М., Щавелев С.П. Очерки истории фармации. Выпуск первый: Рождение целителя и его аптеки: древние цивилизации. Учебное пособие для студентов фармацевтических факультетов высшей медицинской школы. Курск: КГМУ, 2006. 200 с.
10. Раздорская И.М., Щавелев С.П. Очерки истории фармации. Выпуск второй. Фармация Античности, Средневековья и раннего Нового времени. Учебное пособие для студентов фармацевтических факультетов высшей медицинской школы. Курск: КГМУ, 2010. 332 с.
11. Тутов Александр. Медицина на телеэкране [Электронный ресурс] // URL:<https://medrussia.org/8017-medicina-na-teleehkrane/>
12. Фитотерапия [Электронный ресурс] // URL:<https://ru.wikipedia.org/wiki/>
13. Широкова И. Рынок фитопрепаратов – тенденции, проблемы, прогнозы // Ремедиум. 2013. 4 (194). С. 26–33.

ВНУТРИХРАМОВОЕ ПОГРЕБЕНИЕ ВОЕНАЧАЛЬНИКОВ РОССИИ В XIX ВЕКЕ

Ячменев Д.С.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра философии**

Научный руководитель – д.ист.н., профессор Кравцова Е.С.

Актуальность исследования состоит в том, что с древних времён один из главных христианских ритуалов является погребение усопших. Это сложный процесс имеющий определённые обряды: храмоздательство, обустройство мест захоронения. Главная цель этого процесса – спасение души христианина. Но за

частую родственники стремились не спасти душу, а показать своё благосостояние и сохранить память о умершем для будущих поколений. Захоронение в церкви в отличие от часовни-склепа обеспечивает постоянное служение литургии по усопшему.

Целью исследования является выяснение причин захоронения военачальников внутри храмов.

Материалы и методы: изучение литературных и интернет-источников информации про захоронения военачальников 19 века, теоретический анализ и обобщение этого разнообразного материала.

Результаты и обсуждения. До 1917г. внутрихрамовое погребение было запрещено по 6-му каноническому ответу Иоанна Китрского. Исключения допускались лишь для лиц принадлежащих к Царствующей фамилии и епископов о чем было сказано в 329-й главе сочинения Симеона Солунского «О святых священнодействиях» [1].

Первым человеком похороненным внутри церкви стал Владимир Иванович Воротынский [2]. Его жена Мария Федоровна в 1573 г. построила Церковь Святого Владимира над могилой своего мужа, чем вызвала гнев Ивана Грозного. Попытки отказаться от этого обычая относятся к 16 в., но люди восприняли этот шаг как богохульство и вознесение умершего вровень с царём и иерархами.

В 18-19вв. погребение усопшего в приусадебной церкви считалось обычным делом и не вызывало возражений, но по-прежнему воспринималась как гордыня и прихоть богатых. Захоронение частных лиц внутри храмов по-прежнему было не доступно.

Исключением из этого правила были военачальники и герои войны, которых хоронили и провожали в последний путь внутри городских соборов. Так как это превращалось в массовые случаи возникал вопрос: «Действительно ли хоронят за подвиги или же это почесть связанная с чином и жаждой родственников вознести монумент над могилой в виде церкви или часовни?».

Внутрихрамовое погребение таких великих полководцев как А.В.Суворов в Благовещенской церкви не вызывала никаких вопросов, но захоронение его семьи в подземной церкви Воскресенского собора можно объяснить лишь высоким статусом генералиссимуса ведь его жена и сын не имели никакого отношения к военной службе, но были похоронены как герои.

Также погребение М.И.Кутузова в Казанском соборе связано с подвигом в войне 1812г.. Но похороны людей с более низким социальным статусом и подвигом в приусадебных церквях и часовнях построенных специально для этих целей свидетельствует о том, что этот ритуал носил ни сколько религиозное значение, сколько публичная демонстрация своего благосостояния. Это можно подтвердить на примере П.И. Багратиона чьё тело в 1839 г. было перезахоронено из церкви села Сима в Главный монумент на батарее Раевского [3] в чём не было веской необходимости.

Ещё одним пример заслуженного внутрихрамового погребения является Нахимов Павел Степанович-флотоводец, адмирал, герой Севастопольской оборон 1854-1855г. После тяжелого ранения его похоронили в соборе Св.

Владимира в Севастополе рядом с такими же великими людьми М.П. Лазаревым, В.А. Корниловым и В.И. Истоминым. Как только люди узнали о смертельном ранении Нахимова город покрылся всеобщей скорбью, тысячи людей провожали великого защитника Севастополя. «Ни одни похороны не справлялись в Севастополе так, как похороны Нахимова. О нем говорили, страдали и плакали не только мы, на холмах, орошенных его кровью, но и везде, во всех удаленных уголках бесконечной России. Вот где его Синопская победа!».

Выводы. Подводя итог можно сказать, что военные заслуги в 19 столетие являлись веским основанием для внутрихрамового погребения. Сначала этот ритуал в большинстве случаев не носил религиозных мотивов, но тенденция выросла к концу 19 в.

Список литературы.

1. Цыпин, В. прот. Курс церковного права.- Клин.-2004.-С.481.
2. Сукина, Л.Б. Человек верующий в русской культуре XVI – XVII веков/Л.Б. Сукина.-М.,- 2011.- С.202-203.
3. Отечественная война 1812 года: биограф.слов. М.,2011.С. 154-155.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Алексееенко Д.Н., Курганская В.В</i>	4
<i>Астахова М.Ю., Бунина Т.А.</i>	6
<i>Белоусова А.И.</i>	9
<i>Беридзе Р.М., Марченкова А.А.</i>	12
<i>Боева С.Г.</i>	16
<i>Босенко А.Н, Урус А.А., Моспанова А.А. Куликова Е.А.</i>	18
<i>Букреева Т.А., Изьюрова Е.В.</i>	21
<i>Бунина А.Д.</i>	23
<i>Верисова М.А.</i>	26
<i>Воейкова А.Е.</i>	28
<i>Глотова А.П., Миронова О.М.</i>	31
<i>Глотова И.В.</i>	34
<i>Глуховцова Т.А.</i>	36
<i>Денисова А.Д.</i>	38
<i>Драчева Н.А.</i>	40
<i>Дьячкова А.Е.</i>	43
<i>Жерко Л.В.</i>	46
<i>Иванова А.А.</i>	49
<i>Изьюрова Е.В., Букреева Т.А.</i>	52
<i>Карпов С.Ю.</i>	53
<i>Коровина Е.Ю.</i>	55
<i>Король К.А., Овчинникова Ю.И., Локтионова А.А., Баженова З.О.</i>	57
<i>Коцуба А.С., Удодова В.Г.</i>	60
<i>Кочугова Е.И.</i>	62
<i>Кубкина Е.С.</i>	65
<i>Ломако А.П.</i>	67
<i>Лукин К.О.</i>	69
<i>Макарова А.А., Чистоклетов И.А., Никитаева Т.А.</i>	71
<i>Микитюк А.В., Фёдорова В.В.</i>	73
<i>Миронова О.М., Глотова А.П.</i>	76
<i>Овчаренко А.М.</i>	79
<i>Озерова И.Ю., Статина М.И., Лукин О.В.</i>	82
<i>Полухинских А.Э., Асланова А.В.</i>	84
<i>Прокопова Е.А., Узленкова П.А.</i>	87
<i>Проняева Т.В.</i>	91

<i>Прохоров Д.М.</i>	93
<i>Сибилёва А.А., Бабенко А.С., Николаенко Ю.Н, Прокопова С.И.</i>	95
<i>Сотникова В.В., Волчек В.С.</i>	98
<i>Статина М.И.</i>	100
<i>Телепова Е.В., Яковлева С.Г.</i>	103
<i>Урус А.А., Босенко А.Н., Ягодкина А.В.</i>	105
<i>Фёдорова В.В., Микитюк А.В.</i>	108
<i>Ходерян К.С.</i>	111
<i>Шабанов Б.С., Маркова И.Ю., Антонов А.В.</i>	113
<i>Шуленина М.В.</i>	116
<i>Бабкина И.В.</i>	120
<i>Беляева В.В., Зубкова А.А.</i>	121
<i>Бобохина Т.Ю.</i>	123
<i>Гатилова М.М.</i>	125
<i>Герасимчук А.А., Денисова В.Ю., Карлаш А.Е.</i>	127
<i>Деревягин Д.И.</i>	130
<i>Дмитриева Ю.Р.</i>	131
<i>Домашева С.В., Ячменева Л.А.</i>	133
<i>Дорощенко А.А. Колесник Д.Г.</i>	136
<i>Дрюпина А.А., Кривцова А.С.</i>	139
<i>Захарова К.В., Ярмамедов Д.М.</i>	141
<i>Кащеев В.Н.</i>	142
<i>Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.</i>	144
<i>Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.</i>	147
<i>Кириленко И.Ю., Березникова А.А., Березникова Д.А.</i>	149
<i>Костенко Д.О.</i>	152
<i>Костина Ю.М., Михальченко В.А.</i>	154
<i>Кривцова А.С.</i>	157
<i>Кузьменкова В.Д.</i>	159
<i>Куртыкин Д.В., Зубкова А.А.</i>	162
<i>Лихова О.М.</i>	163
<i>Ляскина М.А.</i>	166
<i>Ляшев А.Ю., Кутепов И.В.</i>	168
<i>Маркова Е.В.</i>	171
<i>Межейникова М.О., Челебиева Н.П., Терещенко Е.В., Максименко П.А.</i>	173
<i>Миронова И.М.</i>	175
<i>Михальченко В.А., Костина Ю.М.</i>	177

<i>Могорян В.Ф.</i>	179
<i>Муц К.Ю., Теремов Д.Д.</i>	183
<i>Негода Е.Н., Мисник Ю.В., Фелькер Е.В.</i>	186
<i>Неруца А.И.</i>	188
<i>Носова Е.С.</i>	190
<i>Орехова И.А.</i>	193
<i>Оробинская Я.В.</i>	195
<i>Паришукowa А.И.</i>	197
<i>Паришукowa А.И.</i>	199
<i>Пенкина К.Ю.</i>	201
<i>Плохотина А.Ю.</i>	204
<i>Пономарёва М.Н.</i>	206
<i>Примушко П.В.</i>	207
<i>Рубан К.М., Решетов И.В., Святославов Д.С.</i>	210
<i>Руденкова В.В., Суравьёва М.В.</i>	213
<i>Сергиенко Е.А.</i>	216
<i>Сковородко В.А., Макаров А.В.</i>	217
<i>Сорокина Е.И.</i>	220
<i>Чевычелова О.Н.</i>	223
<i>Чевычелова О.Н.</i>	225
<i>Чевычелова О.Н.</i>	227
<i>Чененкова А.С., Ячменева Л.А.</i>	228
<i>Шестакова В.И., Ячменева Л.А.</i>	231
<i>Шестакова В.И., Паришукowa А.И.</i>	233
<i>Щенин А.В., Громов А.Л.</i>	235
<i>Щербатова А.С.</i>	237
<i>Язикова К.С., Мисник Ю.В.</i>	240
<i>Ярмамедов Д.М.</i>	243
<i>Акбарходжаев А.А.</i>	246
<i>Анфилова М.Г., Суковатая С.В.</i>	249
<i>Базова А.Н., Нозимова Н.Х.</i>	251
<i>Беридзе Р.М.</i>	253
<i>Бородин Д.И., Севрукевич В.В.</i>	256
<i>Букотина Д.А., Старостенко И.О.</i>	258
<i>Букотина Д.А., Старостенко И.О.</i>	261
<i>Воскобойникова Е.А., Соловьёв В.Ю.</i>	263
<i>Гаджиева А.М.</i>	265

<i>Гокин А.Г., Зубцов М.С., Чугуев А.С.</i>	268
<i>Джалилова Г.А., Максудова Н.А., Маширапов Б.О.</i>	270
<i>Дубенская В.А., Волкова П., Марусина М.Г.</i>	273
<i>Дышлюк А.В., Фахриев Ж.А.</i>	276
<i>Егорова А.И., Дейнекин А.А., Кондратова С.Э.</i>	278
<i>Емельянова Н.А.</i>	281
<i>Епихина М.С.</i>	284
<i>Ерёменко М.А.</i>	286
<i>Иванова В.В.</i>	289
<i>Усманов И.А.</i>	291
<i>Искандарова Г.Т., Юсупова Д.Ю.</i>	296
<i>Калджанов А.К.</i>	299
<i>Коландо В.В., Сериков А.Ю., Елагина К.А., Семенов А.В.</i>	303
<i>Кононенко Н.С.</i>	306
<i>Королева Н.С.</i>	308
<i>Костанов Д.Р.</i>	311
<i>Кошелева А.В.</i>	313
<i>Кравченко Л.Ш., Кадырова Д.Э.</i>	316
<i>Кузнецова О.П., Резунова Н.И.</i>	319
<i>Лукьянчикова П.Ю.</i>	322
<i>Ляхова Е.Г.</i>	325
<i>Мирдадаева Д.Д., Алимханов Б.П.</i>	328
<i>Мокеева Ю.К.</i>	331
<i>Мухамедова Н.С., Одилова М.А., Садикова А.А.</i>	334
<i>Одилова М.А., Файзиева М.Ф.</i>	338
<i>Олещик С.Н., Луцук А.С.</i>	341
<i>Оташихов З.И.</i>	343
<i>Петрова А.И., Кремлёва А.С., Хохлова Е.М.</i>	346
<i>Працко О.В., Сидоров И.А.</i>	348
<i>Проняева Т.В.</i>	351
<i>Пряженцева Л.А.</i>	353
<i>Расулова Н.Ф., Мухамедова Н.С., Махмудова Д.И.</i>	355
<i>Романов Р.В.</i>	359
<i>Саттарова З.Р., Бабакулов А.Н.</i>	361
<i>Смоляков М.В.</i>	364
<i>Соловьёв В.Ю., Воскобойникова Е.А.</i>	367
<i>Соломко Е.Ю.</i>	369

<i>Тутина Е.Ю</i>	371
<i>Хасанова М.И., Усманов И.А., Файзиева М.Ф.</i>	373
<i>Чубенко Т.А.</i>	377
<i>Шевченко И.Н., Ячменев К.С.</i>	380
<i>Шумаков С.И., Антоненко В.В., Чмыхова Л.Е.</i>	382
<i>Ананьев Р.В., Волкова М.Э.</i>	386
<i>Ананьев Р.В., Волкова М.Э.</i>	388
<i>Ананьев Р.В., Примакова О.В.</i>	391
<i>Бондарева Е.Ю.</i>	393
<i>Бордовский С.Д., Шех К.С.</i>	396
<i>Волкова М.Э.</i>	398
<i>Кичигина А.О., Примакова О.В.</i>	400
<i>Коцуба А.С., Смычник Ю.С., Дейкун Д.В.</i>	403
<i>Куровская С.А.</i>	405
<i>Малышева М.В.</i>	407
<i>Морозова Д.Ю.</i>	410
<i>Никулин Е.А., Ильин М.Ю., Пирогова С.О.</i>	412
<i>Овчаренко А.М.</i>	414
<i>Осипов Д.В.</i>	417
<i>Пирогов Д.В.</i>	420
<i>Положенцев Р.Е.</i>	423
<i>Примакова О.В.</i>	426
<i>Стенюшкина А.Л.</i>	429
<i>Трунова Д.С.</i>	431
<i>Храпова Е.Н., Попова В.О.</i>	434
<i>Шатская К.С., Кичигина О.А.</i>	436
<i>Баллаева Ф.Х., Бициева Э.Т.</i>	440
<i>Дерюгина Е.А., Ивлева А.А., Келямова К.Э.</i>	442
<i>Джару А.М.</i>	445
<i>Затолокина Е.С., Сидоров Е.О., Цымбалюк В.В., Жируев Д.С., Казанцева А.Н.</i> ...	447
<i>Ивлева А.А., Келямова К.Э., Дерюгина Е.А.</i>	451
<i>Калинина А.А., Котович А.В.</i>	453
<i>Келямова К.Э., Ивлева А.А., Дерюгина А.А.</i>	456
<i>Клименко А.О.</i>	460
<i>Ларионова В.И., Васильченко Д.В.</i>	462
<i>Мишина Е.С., Затолокина Е.С., Цымбалюк В.В., Шарова И.О., Ляшев А.Ю.</i>	465
<i>Мягкий Ф.В.</i>	468

<i>Никитина Д.Н., Тумасян К.А.</i>	471
<i>Симоненкова Ю.С.</i>	474
<i>Смирнова Е.И.</i>	476
<i>Сойников Н.В., Морозова Е.В., Митрофанова М.А., Зубкова А.И.</i>	480
<i>Сопромадзе С.Ш., Кабанова С.А., Тимофеенко Е.А., Никитина Д.Н.</i>	483
<i>Тимофеенко Е.А, Сопромадзе С.Ш., Кабанова С.А., Тумасян К.А.</i>	485
<i>Тумасян К.А., Никитина Д.Н.</i>	488
<i>Антипина Е.О.</i>	492
<i>Анфилова М.Г., Потапова М.Д., Востриков П.П., Колупаев Н.С.</i>	494
<i>Бабарыкин Е.Ю.</i>	496
<i>Баллаева Ф.Х., Бициева Э.Т.</i>	499
<i>Бобылева Л.А.</i>	502
<i>Вавилов П.С., Черненко Н.В., Катаев А.С.</i>	505
<i>Глазунов Д.И., Урус А.А., Николаев С.А., Лукашов М.М.</i>	508
<i>Демидова Е. А.</i>	511
<i>Дубовцева А.А.</i>	513
<i>Комарицкая В.В.</i>	516
<i>Коптева Л.А.</i>	518
<i>Королева Н.С., Лепшеева А.Ю., Волобуев Д.К.</i>	521
<i>Кривохатко А.А.</i>	523
<i>Кукушкин А.Г.</i>	526
<i>Лейфер Е.В., Иванов Е.Р.</i>	528
<i>Лукашов М.М., Семашко Ю.О., Глазунов Д.И., Николаев С.А.</i>	531
<i>Мазалова А.С., Сычев П.В.</i>	535
<i>Николаев С.А., Босенко А.Н., Глазунов Д.И., Лукашов М.М.</i>	538
<i>Оробинский С.Б.</i>	541
<i>Съедин М.С.</i>	543
<i>Харитон В. А</i>	545
<i>Хозиков А.С.</i>	548
<i>Яковлева А.В.</i>	550
<i>Япринцева А.И.</i>	553
<i>Азаренкова Т.А.</i>	557
<i>Азаренкова Т.А.</i>	559
<i>Азаренкова Т.А.</i>	561
<i>Азаренкова Т.А.</i>	564
<i>Барчуков А.В., Олиевская В.В.</i>	566
<i>Барчуков А.В., Ступицкая А.В.</i>	569

<i>Богачева Е.А.</i>	571
<i>Богословских Д.Д.</i>	574
<i>Гандзюк А.В., Сугак Г.А.</i>	577
<i>Зайцев А.И., Барчуков А.В.</i>	579
<i>Исаева Е.Н.</i>	582
<i>Кадырова Д.С., Шашкова М.В.</i>	585
<i>Каукина Т.Ю.</i>	587
<i>Киселев А.Е.</i>	590
<i>Кравцова Я.В.</i>	592
<i>Кулик О.Н.</i>	595
<i>Леонова М.А.</i>	597
<i>Леонова М.А.</i>	600
<i>Маркелова А.М.</i>	603
<i>Маркелова А.М.</i>	605
<i>Маслов М.М.</i>	608
<i>Маслов М.М.</i>	610
<i>Мяснянкина Е.А., Ряскина К.А.</i>	613
<i>Пикалева В.А.</i>	616
<i>Погосян Н.Г.</i>	618
<i>Подалёнкова А.С.</i>	620
<i>Пожидает Д.Н.</i>	622
<i>Поляков И.А.</i>	625
<i>Рыжкина А.С.</i>	627
<i>Савенкова Е.В.</i>	629
<i>Сапронова А.К.</i>	632
<i>Свинарева И.В., Демьяненко Е.В., Колесников Д.А.</i>	633
<i>Сиротинин И.В.</i>	637
<i>Скрипкина О.Ю.</i>	639
<i>Сланко О.Н.</i>	642
<i>Смышнова В.Д., Гарсия Е.Р.</i>	645
<i>Соколова И.А.</i>	648
<i>Сучкина Д.А.</i>	651
<i>Хайминова Ю.Е.</i>	654
<i>Хмячина Ю.А., Бородавкин Д.В.</i>	657
<i>Хряпинская Е.В.</i>	659
<i>Худушина Н.С., Пожидает Д.Н.</i>	663
<i>Цандур А.А.</i>	665

<i>Черникова Д.А.</i>	667
<i>Чертова Р.Ю.</i>	670
<i>Шейхмагомедова П.А.</i>	672
<i>Шкабунова М.С.</i>	675
<i>Шупик А.С., Демьяненко Е.В., Серкина А.Н.</i>	677
<i>Антипова А.В., Волкова В.И., Жильцова А.В., Козлова М.Л., Хань А.В.</i>	682
<i>Бородавкин Д.В.</i>	684
<i>Ганзюк А.В.</i>	686
<i>Гориводский В.Е.</i>	688
<i>Зубцов М.С., Гокин А.Г., Чугуев А.С.</i>	690
<i>Зубцов М.С.</i>	692
<i>Мурских А.Д.</i>	694
<i>Овсяников В.В.</i>	696
<i>Оробинская Я.В., Петроченко Д.В.</i>	698
<i>Райденко С.И.</i>	701
<i>Смирнова Е.Р.</i>	704
<i>Бабышкина В. М.</i>	709
<i>Батырева В.С.</i>	711
<i>Ермилова В.Д.</i>	714
<i>Осипенко А.В.</i>	717
<i>Панасюк С.В.</i>	720
<i>Сафронова А.В.</i>	723
<i>Селифонова Т.А.</i>	726
<i>Федяева О.Ю.</i>	729
<i>Яснюк М.Э.</i>	731
<i>Айгистова М.Л.</i>	735
<i>Акулова К.В.</i>	738
<i>Амелькина В.И.</i>	740
<i>Андреева Д.В.</i>	743
<i>Ашихмина А.И.</i>	745
<i>Бабкин М.О.</i>	747
<i>Баев М. Ю.</i>	749
<i>Базулина М.А.</i>	751
<i>Бережная А.О.</i>	753
<i>Бирюкова А.А.</i>	756
<i>Богатырев Н.Р.</i>	758
<i>Бондарева А.В.</i>	760

<i>Бутырских Е.П.</i>	763
<i>Вахрамешина А.В.</i>	765
<i>Волкова А.Е.</i>	767
<i>Гапонов Д.А.</i>	769
<i>Горкавчук В.В.</i>	772
<i>Гуреева А. В.</i>	774
<i>Джару А.М.</i>	776
<i>Дмитриева Ю.Р.</i>	778
<i>Добромиров И.А.</i>	780
<i>Евтушенко А.С.</i>	782
<i>Едаменко М.С.</i>	785
<i>Епишева А.А.</i>	788
<i>Ерченко А.В.</i>	792
<i>Жигайло А.А.</i>	794
<i>Жук И.К.</i>	796
<i>Зубкова А.И.</i>	798
<i>Иванова В.В.</i>	800
<i>Кабанова С.А.</i>	802
<i>Казанцева А.Н.</i>	804
<i>Кисленкова В.А.</i>	806
<i>Клименко А.О.</i>	808
<i>Коннова Д.С.</i>	810
<i>Коростелева В.А.</i>	812
<i>Косачева С.А.</i>	814
<i>Костинова А.Ю.</i>	816
<i>Красильникова С.В.</i>	818
<i>Куркина З.П.</i>	820
<i>Куркина З.П.</i>	822
<i>Лифинцева О.В.</i>	824
<i>Логвинова И.А.</i>	826
<i>Лукьянова Т.С.</i>	827
<i>Мамонтова А.А.</i>	830
<i>Муртузалиева М.Ю.</i>	832
<i>Муханова К.Ю.</i>	835
<i>Мухтарова Д.Ш.</i>	837
<i>Мяжкий Ф.В.</i>	839
<i>Никитина Д.Е.</i>	841

<i>Олемская А.А.</i>	843
<i>Павленко А.М.</i>	846
<i>Плотникова Е.О.</i>	848
<i>Полескова Т.Ю.</i>	850
<i>Положенцев Р.Е.</i>	852
<i>Полячков Н.А.</i>	854
<i>Разинькова К.В.</i>	857
<i>Рачок В.В.</i>	859
<i>Родимкина А.В.</i>	861
<i>Родина Е.А.</i>	863
<i>Романенкова Я.С.</i>	865
<i>Романенкова Я.С.</i>	868
<i>Рыбина А.А.</i>	871
<i>Ряднова О.Р.</i>	873
<i>Скорнякова К.А.</i>	875
<i>Слав А.Ф.</i>	877
<i>Слюсарева Е.С.</i>	879
<i>Смахтина А.М.</i>	881
<i>Смирнова Ю.А.</i>	884
<i>Сойников Н.В.</i>	886
<i>Сосновская А.А.</i>	888
<i>Стебаева Е.В.</i>	890
<i>Степашов А.С., Востриков П.П.</i>	892
<i>Стефанов Д.Ю.</i>	895
<i>Стойная Д.А.</i>	897
<i>Сторублева С.Р.</i>	899
<i>Таранова А.С.</i>	901
<i>Татаринов Д.В.</i>	903
<i>Токмакова В.В.</i>	905
<i>Турко Д.В.</i>	907
<i>Урсова Д.А.</i>	909
<i>Федчук С.А.</i>	911
<i>Филина К.Э.</i>	913
<i>Фришко И.В.</i>	915
<i>Харина М.А.</i>	918
<i>Ходулапова Л.Г.</i>	920
<i>Хрипкова Т.А.</i>	923

<i>Часовская Ю.С.</i>	925
<i>Черноусов Я.О.</i>	927
<i>Чистякова Е.А.</i>	929
<i>Чуйкова Е.А.</i>	930
<i>Чукреев Н.Н.</i>	932
<i>Шашкова О.Н.</i>	935
<i>Шестакова В.И.</i>	937
<i>Щербинина А.В.</i>	939
<i>Щитова М.В.</i>	941
<i>Ячменев Д.С.</i>	944