

**VI ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**



**«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ,
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**Иваново
2020 г.**

МАТЕРИАЛЫ



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Правительство Ивановской области



*XVI ОБЛАСТНОЙ ФЕСТИВАЛЬ
«МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ – РАЗВИТИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»*

*VI Всероссийская научная конференция студентов
и молодых ученых с международным участием*

**«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ,
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

2020 год

МАТЕРИАЛЫ

Иваново 2020

УДК [613/614+504.064.2](082)

ББК [51.1+20.1]я43

М 42

М 42 Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. VI Всерос. научн. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 424 с.

Ответственные редакторы:

проректор по научной работе и международному сотрудничеству

д-р мед. наук, доц. **И. К. Томилова**

научный руководитель НОСМУ, профессор кафедры поликлинической педиатрии

д-р мед. наук, доц. **А. В. Шишова**

председатель совета НОСМУ студент **М. С. Морехова**

Научные редакторы:

д-р мед. наук, проф. **В. Ф. Баликин**; д-р мед. наук, доц. **М. В. Воробьев**;

д-р мед. наук, доц. **А. М. Герасимов**; д-р мед. наук, проф. **Л. А. Жданова**;

д-р биол. наук, проф. **О. Ю. Кузнецов**;

д-р мед. наук, доц. **Н. П. Лапочкина**;

д-р мед. наук, проф. **С. Е. Мясоедова**; д-р мед. наук, проф. **О. А. Назарова**;

д-р мед. наук, доц. **Н. Н. Нежкина**; д-р мед. наук, проф. **А. Е. Новиков**;

д-р мед. наук, доц. **Е. Ж. Покровский**;

д-р мед. наук, проф. **И. А. Романенко**;

канд. мед. наук, доц. **Е. В. Руженская**; д-р мед. наук, проф. **Т. В. Русова**;

д-р мед. наук, доц. **В. Л. Стародумов**; д-р мед. наук, проф. **О. В. Тюрина**

Представлены результаты научных исследований студентов и молодых ученых Ивановской области, других субъектов Российской Федерации (Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Архангельска, Владимира, Курска, Омска, Рязани, Твери, Тулы, Челябинска, Читы, Ростова-на-Дону, Оренбурга, Тюмени, Смоленска, Воронежа, Эссентуков, Калининграда), Республики Чувашия, а также Беларуси, Узбекистана и Казахстана. Освещаются проблемы медицины, биологических наук, охраны здоровья человека и экологии. Сборник составлен по материалам VI Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека» (2020 год).

Адресован научным работникам, врачам, ординаторам и студентам.

Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК [613/614+504.064.2](082)

ББК [51.1+20.1]я43

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020

**Секция «СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
МЕЖКАНЕВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ»**

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ
И ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА
ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА**

Н. В. Фатеева¹, Л. П. Перетятко¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Неблагоприятная демографическая ситуация в России неразрывно связана с актуальной проблемой невынашивания беременности, поскольку отражает не только состояние репродуктивного здоровья пациенток страны, но и напрямую влияет на показатели рождаемости и смертности [1]. Наибольший объем потерь беременности приходится на ранние сроки (5–12 недель) [2]. В разработке комплекса терапевтических мероприятий принимают участие не только акушеры-гинекологи, но и патоморфологи [3]. При гистологическом исследовании соскобов из полости матки необходимо учитывать структурные изменения в эндометрии и ворсинчатом хорионе (ВХ). Известно [4], что при самопроизвольных абортах формируется первичная плацентарная недостаточность. Однако гестационные преобразования эндометрия и ворсинчатого хориона при привычном невынашивании беременности (ПНБ) в доступной литературе не освещены. Отмечено, что у женщин, страдающих привычным невынашиванием, вне беременности в 73,1 % случаев гистологически диагностируется хронический эндометрит (ХЭ) [2].

Учитывая представленные данные и степень актуальности обсуждаемой проблемы, целью исследования стало выявление морфогенетических критериев недостаточности эндометрия и ворсинчатого хориона при ПНБ на фоне ХЭ в 5–12 недель.

Соскобы из полости матки, полученные от 53 пациенток с ПНБ на фоне ХЭ в I триместре, исследовали на гистологических срезах, окрашенных гематоксилин-эозином. Морфометрию осуществляли с помощью программы «ВидеоТест-Мастер Морфология 4,0». Функциональную активность эндометрия и ВХ оценивали методом иммуногистохимической (ИГХ) идентификации connexin 43, BMP 2 и IGFBP1. Изменения на

ультраструктурном уровне выявляли с помощью электронной микроскопии. Группу контроля составили соскобы от женщин, решивших прервать неосложненно протекающую беременность путем искусственного аборта в 5–12 недель. Для статистической обработки данных использовали программу «GraphPadPrism 8».

Комплексный анализ морфологического исследования позволил установить уменьшение количества сосудов в некомпактных «сосудистых клубках», отставание сроков замещения фибрином сосудистой стенки крупных, средних и мелких артерий, достоверное уменьшение площади просвета и периметра сосудов. Стромальные клетки эндометрия находятся на разных стадиях децидуальной трансформации и имеют достоверно уменьшенные площади клеток и их ядер. На ультраструктурном уровне выявлены дерибосомия, конденсация крист митохондрий, гиперлизосомия, гидроразрыв некроз с лизисом органелл. Иммуноэкспрессия connexin 43, BMP 2 и IGFBR 1 в цитоплазме клеток достоверно уменьшена. Со стороны ВХ выявлено отставание сроков формирования ангиобластических тяжей и неразветвленных капилляров, расширение стромальных каналов недифференцированных клеток Кашенко – Гофбауэра, диспропорция и уменьшение площади структур ворсин хориона. При электронной микроскопии обнаружены деструктивные изменения эпителия ворсин с разрушением щеточной каемки, вакуолизацией и десквамацией микроворсинок, деструкцией органелл трофобласта. ИГХ исследование показало достоверное снижение экспрессии connexin 43 и BMP 2 в клетках трофобласта.

Таким образом, при ПНБ на фоне ХЭ маркерами недостаточности эндометрия являются отставание спирализации и ремоделирования спиральных артерий, нарушение децидуализации, деструкция органелл с нарушением белково-синтезирующей функции и снижение индекса экспрессии connexin 43, BMP 2, IGFBR 1. Недостаточность ВХ включает нарушение дифференцировки ворсин в третичные и створчатые, васкуло-, ангиогенеза, несостоятельность эпителиального и стромального компонентов.

Литература

1. Радзинский В. Е., Дмитрова В. И., Майскова И. Ю. Неразвивающаяся беременность. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 2–11.
2. Тетруашвили Н. К. Привычный выкидыш // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2017. № 4. С. 70–87.
3. Endometrial TGF- β , IL-10, IL-17 and autophagy are dysregulated in women with recurrent implantation failure with chronic endometritis / Wen-juan Wang [et al.] // *Reprod. Biol. Endocrinol.* 2019. № 17. P. 2.
4. Кузнецов Р. А., Перетятко Л. П., Рачкова О. В. Морфологические критерии первичной плацентарной недостаточности // *Вестн. РУДН. Серия: Медицина. Акушерство и гинекология.* 2011. № 1. С. 34–39.

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА АКТИВИНА А МОНОЦИТАМИ И МАКРОФАГАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ

Д. Н. Воронин¹, Д. Л. Воскресенская¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Лейомиома матки (ЛМ) – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов [1]. Одним из механизмов ее роста являются процессы фиброзирования, такие как накопление компонентов экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ). По данным литературы, активин А – член семейства трансформирующего фактора роста – принимает активное участие в процессах фиброза и туморогенеза [2]. Одними из источников его продукции являются моноциты, макрофаги, тучные клетки [3]. Доказано, что в тканях миоматозного узла активин А усиливает пролиферацию клеток и стимулирует трансформацию миофибробластов через активацию MAPK сигнального пути, что приводит к чрезмерной продукции ЭЦМ [4]. Однако синтез активина А моноцитами и макрофагами при лейомиоме не изучен.

Цель – установить особенности экспрессии мРНК активина А в моноцитах крови, макрофагах эндометрия и миоматозного узла у пациенток с различными клиническими вариантами ЛМ.

В условиях IV отделения гинекологической клиники ФГБУ «ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России было обследовано 25 пациенток в возрасте 26–44 лет с ЛМ различных размеров и темпов роста. По результатам УЗИ ЛМ была представлена единственным интрамурально-субсерозным миоматозным узлом, размеры которого у 17 из 25 женщин не превышали 6 см. При сборе анамнеза установлено, что у 11 пациенток диагностирован быстрый рост узла в течение последнего года наблюдения, а у 9 – размеры узла оставались стабильными. 7 женщин составили контрольную группу. Материалом для исследования служили периферическая кровь, биоптаты эндометрия, расположенного в непосредственной близости от миоматозного узла, и биоптаты миоматозного узла. Выделение популяции мононуклеарных клеток из крови и эндометрия проводили стандартным методом скоростного центрифугирования в градиенте плотности фиколл-урографина. Выделение макрофагов из ткани узла производилось ферментативным методом с последующим выделением методом магнитной сепарации. Количественная оценка уровня экспрессии м-РНК активина А проводилась методом обратнотранскрипционной количественной полимеразной цепной реакции (ОТ-

ПЦР) в режиме реального времени. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Было установлено, что в моноцитах периферической крови пациенток с ЛМ был снижен синтез активина А по сравнению с показателем контрольной группы ($p = 0,008$). Тогда как в макрофагах эндометрия больных была повышена экспрессия мРНК активина А по сравнению с макрофагами эндометрия здоровых женщин ($p = 0,02$). Дифференцированный анализ данных в зависимости от темпа роста ЛМ показал, что в макрофагах эндометрия пациенток с признаками активного роста узла синтез активина А был повышен по сравнению с показателем как группы контроля, так и группы пациенток со стабильными размерами узла ($p = 0,03$ и $p = 0,03$ соответственно). В эндометриальных макрофагах, локализованных в проекции миоматозного узла, независимо от его размера синтез активина А был повышен по сравнению с контролем ($p = 0,02$). Также нами установлено, что экспрессия мРНК активина узловыми и эндометриальными макрофагами не различалась у пациенток с ЛМ ($p > 0,05$). Многими исследованиями подтверждено, что активин А участвует в поляризации макрофагов [5]. Согласно одним, альтернативная активация макрофагов сопряжена с повышенным синтезом активина А [6]. В свою очередь, другими авторами показано, что повышенная экспрессия мРНК активина А является маркером классически активированных макрофагов [7]. Поскольку макрофаги обладают выраженной пластичностью, то можно предположить, что способность активации в сторону классических или альтернативных определяется их микроокружением.

Выводы. 1. У пациенток с ЛМ синтез моноцитами активина А снижен, тогда как эндометриальными макрофагами, локализованными в проекции миоматозного узла, – повышен. 2. У больных с признаками роста миоматозного узла независимо от его размера усилен синтез активина А макрофагами эндометрия. 3. У женщин с ЛМ синтез активина А эндометриальными и узловыми макрофагами не различается.

Литература

1. Иммуные механизмы быстрого роста миомы матки / А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова, А. К. Красильникова. – Иваново, 2010. – 272 с.
2. Wijayarathna R., de Kretser D. M. Activins in reproductive biology and beyond // Human Reproduction Update. 2016. Vol. 0, № 0. P. 1–16.
3. Expression and secretion of activin A: possible physiological and clinical implications / S. Luisi, P. Florio, F. M. Reis, F. Petraglia // Eur. J. Endocrinol. 2001. Vol. 145. P. 225–236.
4. Bao H., Sin T. K., Zhang G. Activin A induces leiomyoma cell proliferation, extracellular matrix (ECM) accumulation and myofibroblastic transformation of myome-

- trial cells via p38 MAPK // Biochem Biophys Res Commun. 2018. Vol. 504, № 2. P. 447–453.
5. Fraternali A, Brundu S, Magnani M. Polarization and Repolarization of Macrophages // Clin Cell Immunol. 2015. Vol. 6, Iss. 2. P. 1000319.
 6. Activin A Functions as a Th2 Cytokine in the Promotion of the Alternative Activation of Macrophages / K. Ogawa, M. Funaba, Y. Chen, M. Tsujimoto // J. Immunol. 2006. Vol. 177. P. 6787–6794.
 7. Activin A skews macrophage polarization by promoting a proinflammatory phenotype and inhibiting the acquisition of anti-inflammatory macrophage markers / E. Sierra-Filardi [et al.] // Blood. 2011. Vol. 117, № 19. P. 5092–5101.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

М. В. Малышева¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Гипоксические повреждения миокарда у новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности данной категории детей. Частота гипоксических повреждений миокарда у новорожденных 22–27 недель гестации составляет 58 % [1–3]. Гипоксические кардиопатии формируются в исходе широкого круга перинатальных заболеваний, сопровождающихся нарушением оксигенации ритмогенных, проводящих и сократительных структур сердца. При отдаленных последствиях гипоксических поражений сердца формируется мелкоочаговый кардиосклероз предсердий и желудочков, неравномерно выраженный фиброэластоз эндокарда и дисхронии развития сократительного миокарда [4, 5]. Патологические изменения при гипоксических кардиомиопатиях развиваются на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях миокарда.

Цель – разработать диагностические (иммуногистохимические и электронно-микроскопические) критерии гипоксических повреждений миокарда у новорожденных 22–27 недель гестации.

На базе ФГБУ «ИВНИИ Мид им В.Н. Городкова» Минздрава России проведено комплексное морфологическое исследование 20 сердец новорожденных с ЭНМТ при рождении (22–27 недель гестации), перенесших хроническую внутриутробную гипоксию. Критериями исключения явились многоплодная беременность, врожденные пороки сердца, миокардиты и сепсис. Группу сравнения составили сердца новорожденных из

архивного материала лаборатории патоморфологии и ЭМ ФГБУ «ИвНИИ Мид им В.Н. Городкова» Минздрава России за 1990–1991 гг.

Материалом для исследования послужили фрагменты правого желудочка (ПЖ). Для иммуногистохимического исследования материал фиксировали в 10 %-ном растворе забуференного формалина с последующим приготовлением парафиновых блоков. Иммуногистохимические реакции проводили с моноклональными антителами к трансформирующему фактору роста β_1 и сердечному тропонину Т фирмы «Biorbyt» в разведении 1 : 800. Визуализацию иммунопозитивных комплексов осуществляли с помощью светового микроскопа «Micros» Austria (MC 300X). Результаты иммуногистохимических реакций количественно оценивали по системе HISTO SCORE (McCarthy et al., 1985) с расчетом индекса экспрессии (ИЭ) путем сложения показателей интенсивности окраски клеток в баллах (i), умноженных на процент позитивных клеток $P(i)$, с последующим делением результата на 400: $ИЭ = \sum P(i) \cdot i / 400$, где I – показатель интенсивности окрашивания, выраженный в баллах (от 0 до 3); P_i – процент клеток, окрашенных с разной интенсивностью.

Для электронно-микроскопического исследования использовали стандартную многоэтапную проводку материала (Уикли Б., 1975) Ультратонкие срезы исследовали в электронном микроскопе «ЭВМ-100 АК». Результаты исследования обрабатывали статистически с использованием программного обеспечения MSOfficeExcel 2007 и Statistica 6.0. Применяли метод непараметрического анализа по Манну – Уитни, величина критического уровня значимости принималась равной 0,05.

При обзорной гистологии в миокарде ПЖ сердец новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, были выявлены очаги застойного венозного полнокровия, эритроцитарные стазы и микротромбы. Неоднотипной была реакция сосудов микроциркуляторного русла – отмечался как спазм, так и парез сосудов. Меньшая часть сосудов была спазмирована, большая – полнокровна и дилатирована.

У новорожденных с ЭНМТ выявлено снижение экспрессии тропонина Т (ИЭ – 0,8 у. е.). В зонах, пограничных с некрозом, выявлялись «следовые» DAB позитивные включения в цитоплазме кардиомиоцитов с преимущественно субмембранной локализацией иммуногистохимических комплексов. Экспрессия протеинов экстрацеллюлярного матрикса (TGF- β_1) была умеренно выражена в зонах экстрацеллюлярного матрикса (ИЭ TGF- β_1 – 0,54 у. е.). При электронно-микроскопическом исследовании в кардиомиоцитах выявлены нарушения архитектоники митохондрий в виде очагового просветления матрикса, вакуолизации и деструкции крист с образованием электронноплотных включений в саркоплазме

ме и мелкоочаговых скоплений фаго- и лизосом. В ядрах кардиомиоцитов преобладал гетерохроматин, ядерная мембрана большинства кардиомиоцитов формировала остроконечные инвагинаты. Отмечено неравномерное расширение перинуклеарных пространств, истончение пучков миофибрилл с потерей их параллельной ориентации.

Таким образом, основными диагностическими критериями гипоксических повреждений миокарда у новорожденных с ЭНМТ являются стаз, тромбоз МЦР, снижение ИЭ TGF- β 1 от 0,54 у. е. и ниже, сердечного тропонина Т – от 0,8 у. е. и ниже. Деструкция митохондриальных мембран, истончение и лизис миофибрилл приводят к снижению сократительной способности миокарда и развитию сердечной недостаточности.

Литература

1. Патоморфология заболеваний сердца у новорожденных детей / О. П. Сарыева, М. В. Каменская, Л. В. Кулида, Л. П. Перетятко // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2014. № 2. С. 13-19.
2. Тарасова А. А., Белова Ю. Н. Состояние сердца у новорожденных детей с постгипоксической ишемией миокарда на фоне кардиотропной терапии // *Российский вестн. перинатологии и педиатрии*. 2013. № 2. С. 24-29.
3. Малышева М. В., Кулида Л. В. Патоморфологические аспекты гипоксических повреждений миокарда у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела // *Медицина: теория и практика*. 2019. Т. 4. № S. С. 335–336.
4. Виноградова И. В. Постнатальная адаптация сердечно-сосудистой системы у новорожденных с экстремально низкой массой тела // *Вестн. Чувашского университета*. 2010. № 3.С. 63-69.
5. Прахов А. В. Систематизация неонатальных функциональных кардиопатий // *Российский вестн. перинатологии и педиатрии*. 2010. № 55(2). С. 14–18.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ТЕЛА МАТКИ

А. С. Семенова¹, А. И. Чуланова¹, В. А. Васин²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

Распространенность лейомиосаркомы тела матки (ЛМС) составляет 1 % от всех новообразований матки, при этом является самой частой неэпителиальной опухолью. Прогноз при ЛМС зависит от стадии заболевания. При I стадии болезни по классификации TNM пятилетняя выживаемость составляет 40–70 % [1]. Одним из важных прогностических признаков, влияющих на исход заболевания, является размер опухолевого узла с пороговой величиной 5 см при отсутствии распространения

опухоли в окружающие ткани [2, 3]. Диагностика мягкотканых опухолей является одним из самых сложных разделов частной онкоморфологии. Несмотря на широкое внедрение современных высокоинформативных технологий в повседневную практику, вопросы дифференциальной диагностики ЛМС матки не решены, отсутствуют достоверные критерии оценки степени злокачественности этих неоплазий.

Цель – анализ клинического наблюдения пациентки со злокачественным новообразованием тела матки с использованием морфологических критериев определения степени злокачественности, представленными Федеральным противораковым центром (FNCLCC).

Проведен ретроспективный анализ клинической истории болезни на базе патологоанатомического отделения ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер».

Пациентка Р. 72 лет обратилась в ООД с жалобами на тянущие боли внизу живота и над лоном. При осмотре: наружные половые органы без особенностей. Влагалище свободное, птоз передней стенки влагалища – за половую щель. Шейка матки без дефектов. Матка и придатки пальпируются общим неподвижным конгломератом до 18 см, занимающим весь малый таз с выходом в брюшную полость. Своды влагалища заполнены опухолевой тканью. Выделения скудные слизистые. По данным компьютерной томографии в марте 2019 г. диагностировано кистозно-солидное образование в области шейки матки размерами 177,5 × 126,6 мм с активным кровоотком. Отдаленных метастазов не выявлено. Патогистологическое исследование эндометрия: атрофические железы эндометрия, цитологический анализ пунктата брюшной полости – аденокарцинома. Предоперационный диагноз – злокачественное новообразование яичников. Проведено оперативное лечение – экстирпация матки с придатками (лапаротомическая), резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец; атипичная резекция правой доли печени.

На исследование направлен препарат матки, который представлен ампутированной маткой размерами 20 × 14 × 7 см, шейка внешне не изменена, цервикальный канал свободный. Полость матки щелевидная. Эндометрий имеет толщину 0,1 см, миометрий – 1,5 см. В верхней части задней стенки матки определяется распадающаяся опухоль в виде крошащихся серых масс размером 5 × 7 см и множество интрамуральных миоматозных узлов диаметром от 0,8 до 3,5 см. Яичники и маточные трубы – без особенностей. Два фрагмента кишки по 5 и 10 см имеют участки уплотнения. Гистологическое заключение: «Лейомиосаркома с очаговыми некрозами и кровоизлияниями. Метастаз лейомиосаркомы в печень. В брюшине малого таза – метастаз лейомиосаркомы. Фрагменты толстой кишки с хроническим активным воспалением в серозной оболочке». Используя критерии FNCLCC, включающие степень дифференцировки, митотическую активность и массивность некроза опухоли, при изучении архивного материала в данном наблюдении диагностиро-

вана grade III ЛМС. Полученные данные тесно коррелируют с клиническими проявлениями заболевания – быстрый рост опухоли с формированием массивного опухолевого узла, активное распространение опухолевого роста на окружающие ткани с вовлечением мягких тканей малого таза, брюшины, петель толстой кишки и формированием гематогенных метастазов. Эти особенности ЛМС тела матки объясняют существенные трудности клинической диагностики данной онкопатологии. Отсутствие общепризнанных онкомаркеров, выраженный полиморфизм и вторичные изменения опухолевой ткани во многом затрудняют определение гистогенеза опухоли, включая установление степени злокачественности новообразования.

Итак, определение степени злокачественности по FNCLCC является доступным методом патоморфологической диагностики злокачественных образований тела матки, что может явиться независимым прогностическим критерием диагностики течения онкопатологии.

Литература

1. Прогностическая значимость определения степени злокачественности по системе FNCLCC и экспрессии белков-регуляторов клеточного цикла при лейомиосаркоме тела матки / А. М. Авдалян [и др.] // Российский онкологический журн. 2011. № 1. С. 17–20.
2. Брайерли Дж. Д., Господарович М. К., Виттекинд К. TNM: Классификация злокачественных опухолей : пер. с англ. и научн. ред. Е. А. Дубовой, К. А. Павлова. 2-е изд. на русском языке. 2018. 344 с.
3. Comparative study of the National Cancer Institute and French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group grading systems in a population of 410 adult patients with soft tissue sarcoma / L. Guillou [et al.] // J. Clin. Oncol. 1997. Vol. 15. P. 350–362.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ЧЕЛОВЕКА

И. А. Барышников¹

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Вопросами анатомии семенных пузырьков занимались издавно, первые исследования [1–3] осуществлялись на трупном материале, в т. ч. при проведении везикулографии [1, 3]. Особенности анатомии в зависимости от возраста достаточно полно отражены в монографии N. Stig [4]. С появлением методов прижизненной визуализации семенные пузырьки были изучены посредством магнитно-резонансной томографии (МРТ) [5] и трансректального ультразвукового исследования [6], однако количество данных работ крайне мало и вариативная изменчивость их и аспекты топографии освещены недостаточно.

Цель – получение новых данных по прижизненной анатомии семенных пузырьков.

На базе кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России проанализированы прижизненные МРТ-граммы 85 пациентов зрелого возраста (от 21 года до 59 лет). Критерии формирования выборки: отсутствие объемных образований в полости малого таза, доброкачественной гиперплазии предстательной железы. МРТ-граммы получены на сканере «Siemens Magnetom Symphony» с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла. Методика исследования: в положении пациента на спине, с поверхностной катушкой для тела, в сагиттальной, фронтальной, вертикальной плоскостях, взвешенных по T1 и T2, в т. ч. с подавлением МР-сигнала от жировой ткани (FS – fat saturation и STIR – short time inversion-recovery), а также с использованием диффузионно взвешенных изображений и результирующей карты измеряемого коэффициента диффузии. Анализ МРТ-грамм проводился на компьютере под операционной системой «Windows 7», в программе «eFilm 3.4», предназначенной для работы с медицинскими изображениями стандарта «DICOM» («Digital Imaging and Communications in Medicine»).

Статистический анализ полученных данных произведен в программе STATISTICA 6.1. Оценивались следующие показатели: линейные размеры (сагиттальный, фронтальный, вертикальный) семенных пузырьков, протяженность их прилегания к предстательной железе в сагиттальной и аксиальной плоскостях, а также прилегание к кишечнику, мочевому пузырю.

Содержимое семенных пузырьков в норме на МРТ-граммах имеет однородный гиперинтенсивный МР-сигнал по T2 и гипоинтенсивный по T1, стенки их тонкие, равномерные, контуры четкие, ровные или бугристые, в зависимости от наполнения (более ровные при меньшем наполнении). Средние размеры семенных пузырьков и ошибка среднего среди пациентов данной выборки составили: сагиттальный размер – $37 \pm 0,4$ мм справа и $36 \pm 0,5$ мм слева, фронтальный – $16 \pm 0,4$ мм с обеих сторон, вертикальный – $12 \pm 0,3$ мм справа и $12 \pm 0,3$ мм слева. Минимальные (min) и максимальные (max) показатели вышеуказанных размеров, а также стандартное отклонение (σ) составили: для сагиттального размера справа – min = 29 мм, max = 46 мм, σ = 4 мм, слева – min = 29 мм, max = 45 мм, σ = 4 мм. Для фронтального: справа – min = 7 мм, max = 23 мм, σ = 4 мм, слева – min = 8 мм, max = 24 мм, σ = 4 мм. Для вертикального: справа – min = 6 мм, max = 16 мм, σ = 3 мм, слева – min = 8 мм, max = 17 мм, σ = 3 мм. Средняя протяженность прилегания правого семенного пузырька к простате в сагиттальной плоскости составила $10 \pm 0,2$ мм (min = 7 мм, max = 15 мм, σ = 2 мм), в аксиальной – $12 \pm 0,2$ мм (min = 9 мм, max = 17 мм, σ = 2 мм). Средняя протяженность прилегания

левого семенного пузырька к простате в сагиттальной плоскости составила $10 \pm 0,2$ мм (min = 7 мм, max = 17 мм, $\sigma = 2$ мм), в аксиальной – $11 \pm 0,2$ мм (min = 7 мм, max = 16 мм, $\sigma = 2$ мм). Статистически значимых различий (с $p < 0,05$) между аналогичными показателями семенных пузырьков справа и слева не выявлено.

У большинства пациентов (53 из 85) семенные пузырьки с обеих сторон прилежали непосредственно к задней стенке мочевого пузыря и переднебоковым стенкам прямой кишки, причем при большем наполнении прямой кишки протяженность прилегания увеличивалась, с деформацией и переднелатеральным оттеснением семенных пузырьков при переполненной прямой кишке (7 пациентов из вышеуказанных 53). Также в данной подгруппе находились лица с выраженным или умеренным наполнением мочевого пузыря. У единичных больных (у 4 из 53), кроме прилегания к мочевому пузырю и прямой кишке, отмечалось краевое прилегание задних отделов левого семенного пузырька к сигмовидной кишке/области ректосигмоидного перехода. У 19 из 85 семенные пузырьки прилежали только к мочевому пузырю с одной или с обеих сторон, а от прямой кишки их отграничивала жировая клетчатка (данная подгруппа представлена лицами с умеренным или слабым наполнением прямой кишки и мочевого пузыря). У оставшихся пациентов (13 из 85) семенные пузырьки либо прилежали к мочевому пузырю минимально с одной стороны (7 из 13) или вообще непосредственно не прилежали к нему и прямой кишке (6 из 13). Данная подгруппа представлена в основном больными с минимальным наполнением предстательной железы и мочевого пузыря. Также обращало на себя внимание выраженное количество жировой ткани в полости малого таза, видимых отделах брюшной полости и субкутанно.

Следовательно, семенные пузырьки справа и слева не имеют статистически значимых различий в размерах и протяженности прилегания к предстательной железе, однако данные показатели переменны и могут отличаться в 1,5–3 раза с наибольшей вариабельностью фронтального и вертикального размеров и меньшей – сагиттального. Синтопия семенных пузырьков также переменна и зависит от степени наполнения их и прямой кишки, мочевого пузыря, возможно, и от конституциональных особенностей: наиболее частое одновременное прилегание семенных пузырьков к рядом расположенным органам и большая его протяженность отмечается при максимальном наполнении прямой кишки и мочевого пузыря, меньшем количестве жировой ткани, их разграничивающей, диаметрально противоположное состояние (минимальное прилегание или отсутствие такового) отмечается при наименьшем наполнении полых органов и выраженной жировой клетчатке между ними. В ряде случаев отмечено краевое прилегание задних отделов левого семенного пузырька к сигмовидной кишке.

Литература

1. Осадчук В. И. Опыт рентгенологического исследования семенных пузырьков // Урология. 1960. № 4.
2. Заиграев М. А. К сравнительной анатомии семенных пузырьков // Сборник научных работ, посвященный 15-летию научной деятельности проф. Б. Н. Хольцова Оренбург, 1929. С. 267–270.
3. Подлужный Г. А. Возрастные особенности строения семявыносящих путей и семенных пузырьков в рентгенологическом изображении // Вопросы теоретической и клинической медицины. Запорожье, 1968. С. 277–279.
4. Stig N. The human seminal vesicles. Stockholm, 1962.
5. MR imaging of the seminal vesicles / E. Secaf [et al.] // AJR. 1991. Vol. 159, № 31. P. 989–994.
6. Seminal vesicle parameters at 10-year intervals measured by transrectal ultrasonography / T. Terasaki, H. Watanabe, K. Kamoi, Y. Naya // J. Urol. 1993. Sep. Vol. 150(3). P. 914–916.

ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ТИМУСА КРЫС ПРИ ОКРАСКЕ АЗУРОМ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ВОДОРАСТВОРИМОГО СОЕДИНЕНИЯ КРЕМНИЯ

М. А. Марьян¹, А. И. Коршунова², Э. Я. Резник¹

¹ ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта»

² ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

В настоящее время установлено, что соединения кремния, считавшиеся биологически и физиологически инертными, при определенных условиях способны выступать в качестве факторов риска развития аутоиммунных заболеваний [1]. Известно также, что «мишенью» для соединений кремния являются макрофаги, которые, как и тучные клетки, являются компонентами системы, обеспечивающей врожденный иммунный ответ. Значительное количество тучных клеток в тимусе и их высокая функциональная активность косвенно свидетельствуют о важной, но остающейся на сегодняшний день не до конца понятной роли тучных клеток в тимусе [2]. Было исследовано влияние кремния, поступающего с питьевой водой, на тучные клетки тимуса [3], однако метод окраски, который использовали исследователи, – полихромным толуидиновым синим по Унна, редко используется в гистологических лабораториях. Гораздо более широко распространен метод окраски тучных клеток по методу Гимза [4]. В связи с этим представляет интерес как сравнение двух методов окраски для тучных клеток, так и возможная зависимость между длительностью поступления кремния и изменениями характеристик тучных клеток.

Цель – изучить тучные клетки тимуса белых нелинейных лабораторных крыс при поступлении кремния с питьевой водой в течение двух и девяти месяцев.

Исследование проводилось на 20 белых нелинейных крысах одного пола (самцы), содержащихся в обычных условиях вивария Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. Животные контрольной группы ($n = 10$) получали питьевую воду, соответствующую требованиям ГОСТ Р 52109-2003, СанПиН 2.1.4.1116-02, подопытной – ту же питьевую воду с добавлением метасиликата натрия в концентрации 10 мг/л в пересчете на кремний. Через два месяца были выведены из эксперимента по пять крыс из каждой группы, через девять месяцев – остальные. У животных извлекали тимус, фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин и окрашиванием по методу Гимза [4]. С помощью демоверсии программы «Sigma Scan Pro 5.0», программы «AmScope» по фотографиям со светового микроскопа «Микмед-5» и «AmScope» в каждом срезе органа была проведена морфометрия тучных клеток (в общей сложности около тысячи штук). Для каждого срока воздействия тучные клетки распределяли по размеру с помощью метода сигмальных отклонений [5]. Различия средних величин считали статистически значимыми при пороговом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Обращает на себя внимание, что на сроке два месяца количество тучных клеток тимуса, находящихся в поле зрения светового микроскопа при увеличении $\times 400$, для крыс, получавших и не получавших с питьевой водой кремний, сопоставимо ($1,5 \pm 0,1$ и $1,7 \pm 0,1$ штук соответственно). Нами не найдено отличий ни в средних размерах тучных клеток, ни в их распределении по размерам. Тучные клетки крыс, получавших кремний, имеют особенности расположения. Находясь в капсуле, окружающей тимус, они как бы «проваливаются» в тимус, в корковом веществе долек которого появляются неглубокие лакуны – места локального обеднения коркового вещества тимуса лимфоцитами.

На сроке девять месяцев количество этих лакун возрастает, они углубляются, организуя «карманы», в каждом из которых находится тучная клетка, при этом количество на поле зрения их для крыс, получавших и не получавших кремний с питьевой водой, также сопоставимо ($2,7 \pm 0,1$ и $3,0 \pm 0,2$ штук соответственно). Средняя площадь тучных клеток тимуса крыс контрольной группы при этом составила $129,76 \pm 5,06$ мкм², подопытной – $151,5 \pm 5,09$ мкм², то есть при более длительном поступлении водорастворимого соединения кремния площадь тучных клеток увеличивается в 1,2 раза. Наблюдается заметное перераспределение тучных клеток по размерам: в 3,7 раза увеличивается доля очень больших ($p < 0,05$) и больших (в 1,2 раза) клеток, при этом уменьшается число тучных клеток среднего и малого размеров (в 1,15 раза) по сравнению с таковыми в контрольной группе.

Тинкториальные особенности тучных клеток при поступлении с питьевой водой соединений кремния требуют, на наш взгляд, отдельного исследования.

Результаты, полученные при окраске тучных клеток толуидиновым синим, несколько разнятся с данными, полученными нами [3]. Это может быть объяснено тем, что различные методы окраски могут выявлять углеводные и белковые компоненты в тучных клетках, и этот факт также требует отдельного исследования.

Следовательно, с увеличением срока воздействия кремния, поступающего с питьевой водой, обеднение коркового вещества долек тимуса лимфоцитами становится более выраженным, что согласуется с изменениями морфологических характеристик тучных клеток. Воздействие водорастворимой соли кремния в концентрации 10 мг/л в пересчете на кремний в течение девяти месяцев приводит к увеличению средней площади тучных клеток тимуса за счет превалирования в популяции доли больших и очень больших тучных клеток.

Литература

1. Pollard K. M. Silica, Silicosis, and Autoimmunity // *Front. Immunol.* 2016. № 7. P. 97.
2. Ribatti D., Crivellato E. The role of mast cell in tissue morphogenesis. Thymus, duodenum, and mammary gland as examples // *Exp. Cell Res.* 2016. Vol. 341, № 1. P. 105–109.
3. Гордова В. С., Иванова Е. П., Сергеева В. Е. Тучные клетки при окраске толуидиновым синим в эксперименте // *Вестн. Балтийского федерального университета им. И. Канта.* 2018. № 2. С. 97–104.
4. Silica-directed mast cell activation is enhanced by scavenger receptors / J. M. Brown [et al.] // *Am. J. Respir. Cell Mol. Biol.* 2017. Vol. 36. P.43–52.
5. Гордова В. С., Прохорова А. И., Сергеева В. Е. Морфологические особенности почечных тел лабораторных мышей в эксперименте с водорастворимым соединением кремния // *Вестн. Балтийского федерального университета им. И. Канта.* 2017. № 3. С. 50–57.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ СОЕДИНЕНИЯ КРЕМНИЯ СО СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ И ВОДОПРОВОДНОЙ ВОДОЙ

А. А. Хлупина¹, В. С. Гордова¹, В. Е. Сергеева²

¹ ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта»

² ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Известно, что кремний является неотъемлемым компонентом многих тканей организма человека, особенно высока концентрация микроэлемента в эпителиальной ткани и ее производных – волосах и ногтях [1, 2].

В настоящее время соединения кремния широко используются в производстве биодобавок для роста волос [2], энтеросорбентов [3], систем доставки лекарственных средств [3, 4], силиконовых имплантов [5].

Однако, согласно литературным данным, длительное поступление кремния может оказать системное влияние на организм: вызвать повышение концентрации иммуноглобулинов [6], стимуляцию пролиферации В- и Т-лимфоцитов [7], усиление выделения провоспалительных и прокоагулянтных цитокинов [8], снизить подвижность макрофагов и скорость ангиогенеза [9]. Следовательно, возможно появление негативных эффектов на иммунную систему при длительном поступлении биоусвояемого кремния в течение нескольких месяцев. Селезенка является одним из главных периферических органов иммуногенеза, а значит, хроническое поступление кремния в организм оказывает влияние на ее структуру и функции.

Цель – изучить микроморфологические особенности селезенки крыс при систематическом поступлении кремния в течение девяти месяцев с питьевой водой (бутилированная и водопроводная).

Изучали селезенку 20 белых нелинейных крыс-самцов. Одна группа (5 крыс) получала *ad libitum* бутилированную чистую питьевую, другая (5 животных) – водопроводную воду (ГОСТ Р 51232-98, СанПиН 2.1.4.1074-01, ГОСТ 32220-2013, СанПиН 2.1.4.1116-02), третья и четвертая группы (по 5 крыс в каждой) – ту же воду с добавлением девятинового натрия метасиликата в концентрации 10 мг/л в пересчете на кремний в течение девяти месяцев. Эксперимент проводился в условиях вивария ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова». Через девять месяцев крыс вывели из эксперимента. Селезенку извлекали, заливали в парафин по стандартной методике с последующей окраской гематоксилин-эозином. С помощью программ «SigmaScan Pro V 5.0» и «Amscore» была проведена морфометрия лимфоидных узелков селезенки. Вычисляли абсолютную и относительную среднюю площадь лимфоидных узелков и морфофункциональных зон в них, определяли статистическую значимость различий средних величин с помощью методов непараметрической статистики. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Через девять месяцев визуальная морфологическая картина селезенки в группах, получавших кремний с бутилированной и водопроводной водой, не отличалась от таковой у крыс контрольных групп. Наблюдалось диффузное распределение лимфоидной ткани среди красной пульпы, что, возможно, объясняется возрастом крыс. Количество лимфоидных узелков на поле зрения, абсолютные и относительные площади лимфоидных узелков и морфофункциональных зон в них по результатам морфометрии у крыс из контрольных групп, употреблявших бу-

тилированную, и у животных, получавших водопроводную воду, оказались сопоставимыми. Такие же результаты были получены нами ранее при исследовании морфологии селезенки после поступления кремния со стандартизованной питьевой водой в течение двух месяцев [10]. Проведенная морфометрия показала уменьшение абсолютной площади узелков в опытных группах у крыс, употреблявших кремний с водопроводной и бутилированной водой, в 1,2 раза по сравнению с контролем. Для животных, получавших и не получавших кремний со стандартизованной водой, относительная площадь мантийной зоны составила 42,96 и 41,31 %, маргинальной – 50,62 и 52,31 % ($p < 0,05$), герминативной – 6,42 и 6,37 % соответственно. Для крыс, получавших и не получавших кремний с водопроводной водой, относительная площадь мантийной зоны составила 37,3 и 32,73 % ($p < 0,05$), маргинальной – 55,9 и 52,65 % ($p < 0,05$), герминативной зоны – 6,81 и 4,72 % соответственно ($p < 0,05$).

Обнаруженные нами отличия в реакции селезенки на состав воды, с которой поступает кремний, ставят вопрос о целесообразности подробного исследования в моделируемых условиях эксперимента морфологических характеристик макрофагов маргинальной зоны и красной пульпы, что явится предметом наших дальнейших исследований.

Таким образом, поступление в организм кремния в течение девяти месяцев вне зависимости от состава воды, в которой он растворен, приводит к уменьшению абсолютной площади лимфоидных узелков селезенки. Однако систематическое употребление водорастворимых силикатов в водопроводной воде вызывает более выраженное увеличение относительной площади маргинальной зоны и уменьшение относительной площади герминативной зоны, что может быть объяснено наличием в водопроводной воде соединений, усиливающих биологическое действие поступающего в организм водорастворимого кремния.

Литература

1. Влияние кремнийсодержащей воды «Ардви» на регенерацию мягких тканей и долгосрочную оставленную мышечную болезненность / О. А. Толмачев [и др.] // Человек. Спорт. Медицина. 2017. Т. 17, № 5. С. 73–84.
2. Araújo L. A., Addor F., Campos P. M. Use of silicon for skin and hair care: an approach of chemical forms available and efficacy // An Bras Dermatol. 2016. Vol. 91. № 3. P. 331–335.
3. Меньшикова С. В., Кетова Г. Г., Попилов М. А. Малоизвестные свойства Полисорба Мп (диоксида кремния коллоидного) // Главный врач Юга России. 2018. № 1(59). С. 32–34.
4. Mesoporous Silica Nanoparticles for Drug Delivery: Current Insights / M. Vallet-Regí, M. Colilla, I. Izquierdo-Barba, M. Manzano // Molecules. 2017. Vol. 23, № 1. P. 47.
5. Случай двусторонней экстраплевральной пломбировки силиконовым имплантом и клапанной бронхоблокации у пациента с распространенным ле-

- карственно устойчивым фиброзно-кавернозным туберкулезом оперированного легкого / Е. В. Красникова [и др.] // Новости хирургии. 2019. Т. 27, № 4. С. 461–468.
6. Иваницкая А. И., Лесик Я. В., Цап М. М. Влияние соединений кремния на иммунофизиологическую реактивность организма кроликов // Биология тварин. 2018. Т. 19, № 3. С. 42–49.
 7. Crystalline silica activates the T-cell and the B-cell antigen receptor complexes and induces T-cell and B-cell proliferation / T. Eleftheriadis [et al.] // Autoimmunity. 2019. Vol. 52, № 3. P. 136–143.
 8. Inflammation-coagulation response and thrombotic effects induced by silica nanoparticles in zebrafish embryos / J. Duan[et al.] // Nanotoxicology. 2018. Vol. 12, № 5. P. 470–484.
 9. Silica nanoparticles inhibit macrophage activity and angiogenesis via VEGFR2-mediated MAPK signaling pathway in zebrafish embryos / J. Duan[et al.] // Chemosphere. 2017. Vol. 183. P. 483–490.
 10. Хлупина А. А., Марянян М. А. Сравнительная характеристика морфологических и иммуногистохимических изменений селезенки на разных сроках поступления в организм водорастворимых соединений кремния // VIII Международный молодежный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения – 2019». СПб, 2019. С. 313.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕЧЕНИ КРЫС

П. С. Вавилов¹, С. И. Катаев¹, Н. В. Черненко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Глубокие знания морфологии микроциркуляторного русла (МЦР) печени в разные периоды онтогенеза необходимы для правильного понимания особенностей его функционирования в разные периоды жизнедеятельности организма. Эти сведения станут полезными для коррекции возрастных изменений, приводящих к развитию в органе патологического процесса. Заболевания печени в настоящее время имеют широкое распространение [1], большой удельный вес приходится на патологию, связанную с алкогольной интоксикацией. Недостаточно изучены изменения лимфатического русла при данной патологии, чем обусловлена актуальность изучения МЦР печени.

Цель – изучить морфологические преобразования структур лимфатического русла печени крыс при алкогольной интоксикации в первые три месяца жизни животных.

Биомикроскопия микрососудов печени была выполнена на 24-х белых беспородных крысах обоего пола, содержащихся в одинаковых

условиях, в течение трех периодов жизни (пубертатный, репродуктивный, взрослый) соответственно возрастной периодизации [3]. Животные были разделены на две группы: в норме и с патологией. Алкоголизация осуществлялась по принятой методике этанолом 40 %-ным посредством желудочного зондирования в дозе 4 мл/кг веса на протяжении одного-трех месяцев. Исследование МЦР печени произведено на основе комплексной методики изучения микрососудов [2]. Морфологические данные обрабатывались в прикладной программе «M. Excel 2010» Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Воротная вена печени после прохождения через ворота органа делится на долевые ветви, сегментарные и более мелкие ветви в соответствии с организацией органа. В свою очередь более мелкие ветви распадаются на терминальные структуры, синусоидные капилляры, которые являются специфическим эквивалентом капилляров. В норме диаметр просвета артериол и венул печени относительно стабилен и мало варьирует у животных разных возрастных групп. В пубертатном периоде диаметр просвета артериол составляет $10,97 \pm 1,35$ мкм, венул – $16,83 \pm 1,84$ мкм; в репродуктивном периоде – $12,37 \pm 1,02$ и $16,38 \pm 1,84$ мкм соответственно. У взрослых животных описываемый параметр артериол возрастает до $13,41 \pm 1,78$ мкм, а венулы имеют диаметр $16,36 \pm 1,93$ мкм. Экспериментальная алкоголизация животного приводит к изменению просветов сосудистых структур печени. Достоверно установлено, что даже разовое введение этанола вызывает дилатационный эффект МЦР органа. Через 30 суток после ежедневного введения алкоголя диаметр артериол возрастал до $19,30 \pm 1,0$ мкм. Диаметр венул также увеличивался до $23,84 \pm 2,36$ мкм. В 60-суточном эксперименте в организме животного наблюдалось незначительное увеличение просвета артериол. Диаметр артериол составил $21,24 \pm 1,75$ мкм, венул – $23,76 \pm 0,68$ мкм. При алкоголизации животного сроком до 90 суток диаметр артериол составил $23,35 \pm 1,39$ мкм, венул – $25,14 \pm 1,27$ мкм. Существенные морфологические преобразования при алкоголизации происходили и в структурах лимфатического русла органа. Наибольшие морфологические изменения структур лимфатического русла наблюдались на третьем месяце эксперимента. Они сводились к неравномерности диаметров лимфатических капилляров, сглаживанию четкообразности контуров сосудов, возникновению деформационных изменений их стенки, приводящих к появлению разнообразных по форме выпячиваний, неравномерности плотности структур лимфатического русла на единицу площади, а в некоторых случаях – к облитерации капилляров. Можно предположить, что все вышеописанные патологические изменения МЦР печени ухудшали дренажные возможности сосудистого русла органа.

Таким образом, алкогольная интоксикация печени приводит к существенным морфологическим изменениям во всех структурах МЦР, как кровеносном, так и лимфатического руслах. Наибольшие морфологические нарушения происходят в пределах лимфатического русла и в первую очередь в капиллярах. Выраженность морфологических преобразований в структурах МЦР печени напрямую зависит от продолжительности алкогольной интоксикации.

Литература

1. Подымова С. Д. Болезни печени. М. : Медицина, 1993.
2. Катаев С. И. Метод комплексного подхода к изучению лимфатических и кровеносных микрососудов печени : методе рекомендации. М., 1983. 16 с.
3. Поворознюк В. В., Гопкалова И. В. Особенности изменений минеральной плотности костной ткани у белых крыс линии Вистар в зависимости от возраста и пола // Проблемы старения и долголетия. 2011. Т. 20, № 4. С. 393–401.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА» У СТУДЕНТОВ 2-го КУРСА ИВАНОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

М. А. Наумов¹, В. Д. Таратихин¹, С. И. Катаев¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

К одному из важнейших принципов дидактики относится прочность усвоения знаний и навыков, иными словами – выживаемость знаний и навыков во времени. Важно, чтобы знания и навыки в процессе учебы сохранились до их использования в профессиональной деятельности. Долгосрочная выживаемость приобретенных знаний, умений и навыков является главной составляющей эффективности обучения [1].

Цель – определить объем остаточных знаний студентов по разным разделам анатомии с учетом времени, прошедшего с момента изучения этих разделов, что в дальнейшем может послужить основополагающим фактором к оптимизации учебного процесса на кафедре. Выявить вопросы, вызвавшие наибольшие затруднения при изучении того или иного раздела дисциплины.

На базе кафедры анатомии, топографической анатомии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России изучалась выживаемость знаний по методике, позволяющей оперативно и объективно оценить знания большого числа студентов при наименьшей затрате ресурсов. На основе тестирования была проверена

осведомленность студентов в пройденных в течение 1-го курса темах по анатомии. Студентам (219 человек) 2-го курса лечебного и педиатрического факультетов были предложены задания со свободным изложением (испытуемый самостоятельно формулировал ответ). Тест разделен на четыре модуля согласно изученным в течение первого курса темам: I блок вопросов – «Остеология» (проверка спустя 12 месяцев после изучения); II блок – «Артросиндесмология. Миология» (спустя 10 месяцев); III блок – «Спланхнология» (спустя 7 месяцев); IV блок – «Центральная нервная система» (далее – ЦНС; спустя 5 месяцев). Для выполнения теста отводилось 30 минут. Далее производился подсчет числа верных ответов, перевод их количества в 100-балльную систему, по которой оценивался эффект усвоения: менее 56 баллов – «2», 56–70 баллов – «3», 71–85 баллов – «4», 86–100 баллов – «5». Аналитическому исследованию результатов способствовало сведение данных в табличные формы, а затем построение на их основе диаграмм, графически отражающих полученные показатели, в MS Excel 2007.

При обработке полученных данных было подсчитано число студентов, получивших ту или иную оценку за каждый раздел. Так, в разделе «Остеология» 207 студентов (95 % от общего их числа) набрали баллы, соответствующие оценке «2», 12 (5 %) – «3», ни один из опрошенных (0 %) не получил по этому разделу оценки «4» или «5». На вопросы по модулю «Артросиндесмология. Миология» 101 студент (46 %) получили оценку «2», 59 (27 %) – «3», 39 (18 %) – «4» и, наконец, 20 (9 %) – «5». В разделе «Спланхнология» 160 обучающихся (73 %) получили отметку «2», 47 (21 %) – «3», 12 (6 %) – «4», ни один студент (0 %) не написал работу на «5». На вопросы по модулю «ЦНС» 186 опрошенных (85 %) получили отметку «2», 28 (13 %) – «3», 4 (2%) – «4» и лишь 1 студент ответил на «5». Более того, были выявлены относительно низкие знания латинской терминологии. Очень часто студенты, забывая клинически востребованную терминологию, использовали более широкие понятия или пытались интерпретировать их по-своему. Будущие врачи показали лучшие знания теоретических вопросов. Наряду со всеми изученными темами, лучше усвоен студентами раздел анатомии – «Артросиндесмология. Миология»: 54 % студентов получили положительную оценку; худшее качество знаний наблюдается по вопросам «Остеологии» (лишь 5 % опрашиваемых получили удовлетворительную оценку). По вопросам «Спланхнологии» и «ЦНС» также получены низкие результаты: соответственно, по первому – положительная оценка у 27 % студентов, по второму – у 15 %.

К сожалению, не выявлено обратно пропорциональной зависимости между прочностью усвоения знаний по каждому разделу и интервалом времени с момента его изучения до проведения исследования.

К тому же наблюдалось противоречие между объемом часов, выделенных на изучение каждой темы, и качеством знаний. Например, на прохождение раздела «Спланхнология» было выделено больше времени (около 32 часов), нежели на другие разделы, но результаты тестов показали слабые знания опрашиваемых по этой теме. Интересен тот факт, что изучение раздела «Артросиндесмология. Миология» пришлось на более ранние сроки, а результаты теста лучше, нежели по другим темам. Можно предположить, что наличие в программе обучения четкого стереотипного алгоритма, который студенты повторяли изо дня в день при изучении соединений костей и строения, биомеханики мышц, обеспечило лучшее усвоение темы. Самое низкое качество знаний по теме «Остеология» можно объяснить неполной адаптацией студентов к обучению в вузе: этот раздел изучают в начале 1-го курса, когда недавние школьники сталкиваются с большим объемом информации, с новой терминологией, необходимостью освоения латинского языка, что осложняет процесс запоминания.

Итак, в сравнительном аспекте наибольший объем знаний у студентов сохранился по модулю «Артросиндесмология. Миология», наименьший – «Остеология». Корреляция между качеством знаний и временем, потраченным на изучение той или иной темы и прошедшим с момента ее освоения, выявлено не было. На качество знаний, приобретенных студентами, определенное влияние оказал процесс их адаптации к новой системе обучения в вузе. Проведенная работа не позволила в полном объеме выявить факторы, влияющие на выживаемость знаний, требуется дальнейшее более углубленное изучение данной проблемы.

Литература

1. Педагогико-статистическая оценка выживаемости знаний у студентов-медиков / В. А. Козлов [и др.] // Вестн. ЧГУ. 2003. № 1. С. 254–261.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕКОТОРЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В АСПЕКТЕ СТРОЕНИЯ МЯГКОГО ОСТОВА

Е. С. Затолокина¹

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Исследования компонентов мягкого остова, как важных в функционально-морфологическом отношении соединительнотканых структур внутренних органов, не теряют своей актуальности и в настоящее время [1]. Мягкий остов, являясь частью обширнейшей ткани организма, принимает активное участие в воспалительных, иммунологических и ферментативных реакциях организма [2, 3].

Для того чтобы разработать наиболее рациональный метод оперативного вмешательства, в настоящее время недостаточно рекомендаций о том, как наиболее выгодно пройти тот или иной участок тканей. Требуется углубленное представление о степени нарушения обменных процессов и характере сдвигов в них, что особенно важно в хирургии сердечно-сосудистой, мочевыделительной и иммунной систем организма [4].

Цель – изучить особенности строения мягкого остова лимфатического узла, почек и сердца.

Экспериментальные исследования с лабораторными животными были выполнены на базе НИИ ЭМ КГМУ. Лимфатические узлы, почки и сердца были взяты от лабораторных животных – крыс-самцов массой 180–200 г с соблюдением всех этических норм и правил проведения лабораторных исследований с экспериментальными животными. Полученный биоматериал фиксировали в формалине, заливали в парафин по стандартной методике и изготавливали гистологические срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Ван Гизона.

Гистофизиологическое состояние лимфатических узлов зависит от пола, возраста, факторов внешней и внутренней среды. Одним из важных компонентов лимфатического узла является его соединительнотканый остов, который составляет от 20 до 30 % в зависимости от места локализации лимфатического узла. В возрасте 2,5–3 лет площадь соединительнотканного остова увеличивается на 13–15 %, что свидетельствует о разрастании соединительнотканной стромы. Анализируя изменения отдельных элементов соединительнотканного остова, выявлено увеличение на 3 % толщины соединительнотканной капсулы лимфоузла и увеличение ее площади в 2 раза.

Следует отметить, что с возрастом происходит почти двукратное увеличение толщины трабекул, приводящее к увеличению коротких и немногочисленных субкапсулярных трабекул. При этом преобладает сложно-ветвистый тип трабекул. Соединительнотканная строма паренхимы почки имеет локальные особенности. В корковом веществе почки содержится нежно-волокнистая соединительная ткань, которая распределяется вдоль междольковых кровеносных сосудов. Отдельные пучки соединительнотканых волокон продолжают в извитой части коркового вещества, залегая между мочевыми канальцами и вокруг почечных телец. Очень мало соединительной ткани находится в мозговых лучах, где она представлена отдельными пучками волокон, располагающимися параллельно друг другу. Отдельные волокна часто переходят из одного пучка в другой, пересекая прямые собирательные трубочки. В мозговом веществе почки соединительнотканые пучки пролегают между прямыми артериолами и венами. В области сосочков пирамид соединительнот-

канные элементы равномерно распределены по всей толще сосочка. Наиболее значительные скопления соединительной ткани наблюдаются по ходу дугообразных сосудов, на границе коркового и мозгового вещества и в почечных столбах по ходу междольковых кровеносных сосудов, образуя для них своеобразное соединительнотканное ложе.

Если рассматривать структурные изменения соединительнотканного остова сердца в возрастном аспекте, то следует отметить, что у новорожденных крыс соединительнотканная строма представлена переплетением различных волокон, располагающихся в несколько слоев, что, несомненно, определяет «прочность» стенок, при этом преобладают коллагеновые волокна. К 1,5–2-месячному возрасту наблюдаются отличия в соединительнотканном остове в разных участках сердца (в частности, остов миокарда представлен нитью переплетающихся ретикулярных волокон). К моменту полового созревания (шести-самимесячные крысы) отмечается нарастание количества ретикулярных волокон, тогда соединительная ткань миокарда представлена более густыми сетями. Возрастные изменения у 2,5–3-летних крыс, связанные со старением организма, в основном проявляются в огрубении волокон и отложении жира, особенно в эпикарде.

Таким образом, выявленные локальные и структурные особенности соединительнотканного остова лимфатического узла, почек и сердца обусловлены функциональными особенностями различных отделов этих органов, а полученные данные о строении мягкого остова внутренних органов имеют большое практическое значение и могут быть использованы при оперативных вмешательствах на них.

Литература

1. Гусейнов Т. С., Гусейнова С. Т. Морфология лимфатических узлов (лекция) // Вестн. Дагестанской государственной медицинской академии. 2014. № 1(10). С. 63–71.
2. Затолокина М. А. Влияние гипо- и гиперкинезии на клеточный компонент соединительнотканной матрицы эпи- и параневрия периферических нервов // Региональный вестн. 2019. № 2(22). С. 4.
3. Иванова Е. А. Сравнительная характеристика морфометрических параметров герменативных центров агрегированных лимфоидных узелков тонкой кишки и брыжеечных лимфатических узлов после острого эмоционального стресса // Морфология. 2011. № 6. С. 64–68.
4. Затолокина М. А. Влияние гипокинезии на морфологические особенности мышечно-эластического каркаса некоторых органов сердечно-сосудистой системы // Региональный вестн. 2019. № 10(25). С. 2–3.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТ-АЦИДОЗА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕМОСТАЗА IN VITRO

М. А. Соколова¹, Е. К. Голубева¹, О. А. Пахрова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Молочная кислота, уровень которой в организме значительно возрастает при гипоксии, играет важную роль в развитии ацидоза, сопровождающегося изменением состояния как клеточного, так и гуморального звена гемостаза [1, 2]. При ацидозе наблюдается повреждение эндотелия, приводящее к запуску процессов тромбообразования, благодаря чему увеличивается возможность спонтанной агрегации тромбоцитов [3]. С другой стороны, изменение агрегационной активности тромбоцитов может быть обусловлено непосредственным гуморальным влиянием на их морфологические и функциональные свойства. Оценка состояния гемостаза невозможна без комплексного исследования особенностей гемокоагуляции и морфофункциональных изменений тромбоцитов.

Цель – изучить морфофункциональные особенности гемостаза при лактат-ацидозе *in vitro*.

Эксперименты *in vitro* проведены с использованием крови 21 добровольца в возрасте $57,9 \pm 1,9$ года. Забор крови осуществлялся из кубитальной вены. Посредством центрифугирования цитратной крови при 1500 об/мин в течение 10 мин получали богатую тромбоцитами плазму, к которой добавляли раствор молочной кислоты в концентрации, необходимой для уменьшения pH до 7,2 или 7,0. Исследовали изменение агрегационной способности тромбоцитов, их морфологических параметров, а также времени рекальцификации плазмы. Агрегационная активность тромбоцитов оценивалась турбидиметрическим методом по максимальной степени АДФ-индуцируемой агрегации (СТА), времени максимальной агрегации (ВрА), скорости агрегации (СкА). Определялась концентрация клеток в тромбоцитарной суспензии. Морфометрия мазков тромбоцитарной плазмы, окрашенных по Романовскому, производилась с использованием компьютерной программы анализа и обработки изображений GIMP 2.10.14 [4]. Определялись длина, ширина, индекс удлинения, площадь клеток, индекс омоложения тромбоцитов (ИОТр). Для статистической обработки результатов использовались электронные таблицы Excel. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Проведенное исследование позволило выявить уменьшение агрегационной активности тромбоцитов, прогрессирующее с уменьшением

pH среды. Так, при pH 7,2 отмечается снижение СтА и Ска по сравнению с контролем в 1,5 и 1,4 раза соответственно ($p < 0,001$). Время максимальной агрегации также практически в 2 раза меньше, чем при pH 7,4 ($p < 0,01$). Инкубация суспензии тромбоцитов в среде с pH 7,0 приводит к еще более выраженному угнетению их агрегационной способности. По сравнению с контрольными показателями СтА уменьшается в 7 раз, Ска – в 3,7 раза, а ВрА – в 4 раза ($p < 0,001$). Количество тромбоцитов также снижается до $279,64 \pm 7,37$ Г/л по сравнению с показателем контроля, составляющим $301,52 \pm 10,22$ Г/л ($p < 0,05$). Это может быть обусловлено спонтанной агрегацией клеток или разрушением их мембраны, что, как правило, сопровождается высвобождением тромбоцитарных прокоагулянтов, приводя к повышению свертываемости крови. Подтверждением тому являются результаты наших экспериментов, демонстрирующие уменьшение времени рекальцификации плазмы почти на 13 % уже при снижении pH до 7,2 ($p < 0,05$). Возможно, ускорению гемокоагуляции также способствует непосредственное влияние ионов водорода на компоненты каскадного механизма образования фибрина. Наряду с уменьшением АДФ-индуцированной агрегационной активности тромбоцитов, в кислой среде происходят выраженные изменения их морфологических параметров. Так, при снижении pH наблюдается увеличение размеров тромбоцитарных клеток. На первом этапе (pH 7,2) площадь клеток увеличивается на 11 %, причем преимущественно за счет увеличения малого диаметра ($p \leq 0,05$), наряду со статистически значимым снижением индекса элонгации. При pH 7,0 увеличение площади составляет 22 % от контрольного показателя и происходит за счет как увеличения поперечного размера, так и удлинения клеток ($p \leq 0,05$). Одновременное уменьшение ИОТр и количества кровяных пластинок, имеющих грануломер, свидетельствует о сокращении численности «молодых», высокоактивных форм, что подтверждает результаты исследования агрегационной способности тромбоцитов.

Итак, было установлено, что влияние молочной кислоты на морфофункциональные показатели гемостаза *in vitro* проявляется снижением агрегационной способности тромбоцитов, нарастающим при уменьшении pH среды, с одновременным увеличением размеров и уменьшением количества «молодых» клеток, свидетельствуя о снижении их функциональной активности. Укорочение времени рекальцификации плазмы отражает ускорение реакций коагуляционного гемостаза и может быть обусловлено как непосредственным влиянием кислоты, так и высвобождением тромбоцитарных прокоагулянтов из разрушенных клеток, концентрация которых при уменьшении pH снижается.

Литература

1. Кузник Б. И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии. Чита : Экспресс-издательство, 2010. 832 с.

2. Изучение процесса свёртывания крови в присутствии бордипирриновых флюоресцентных красителей / Е. Л. Алексахина [и др.] // Казанский медицинский журн. 2015. Т. 96, № 5. С. 792–798.
3. Альфонсова Е. В., Кузник Б. И. Влияние метаболического ацидоза на состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертывания крови и фибринолиз [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=16539>.
4. Влияние оксида азота на морфофункциональные характеристики тромбоцитов *in vitro* у крыс [Электронный ресурс] / Е. Л. Алексахина, Е. К. Голубева, О. А. Пахрова, И. К. Томилова // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 6. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28203>.

АНАЛИЗ СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ И ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

А. В. Куст¹, А. И. Малышкина¹, Н. Ю. Сотникова¹

¹ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является актуальной проблемой современного акушерства. Исследования последних лет доказали важную роль иммунных нарушений в досрочном прерывании беременности. Принято считать, что в случаях неадекватной реакции материнской иммунной системы на семиаллогенный плод происходит чрезмерная активация иммунных реакций, направленных на отторжение плода [1]. Одним из факторов, провоцирующих самопроизвольный выкидыш, принято считать наличие инфекционного процесса. Присутствие инфекционных агентов в организме беременной в значительной степени определяет выраженность реакций гуморального иммунитета и может нарушить иммунное равновесие, создавая тем самым предпосылки для развития осложнений беременности. В то же время, по данным ряда авторов, не обнаружено прямой связи между инфекционно-воспалительными заболеваниями и ПНБ [2]. В-клетки играют важную роль в обеспечении реакций гуморального адаптивного иммунного ответа, направленного преимущественно на поражение внеклеточных инфекционных агентов посредством продукции цитокинов, антител, а также формирования долгоживущих клеток памяти. В настоящее время известны две крупные субпопуляции В-лимфоцитов: В1- и В2-лимфоциты. В1-клетки (CD5+) играют важную роль в первичной защите от патогенов (клетки системы врожденного иммунитета). В2-

лимфоциты (CD5-) обеспечивают более эффективный вторичный иммунный ответ, продуцируя антитела различных классов [3]. В литературе имеются данные о том [4], что сдвиг дифференцировки в сторону В1-лимфоцитов связан с развитием рецидивирующей потери беременности, что обусловлено развитием аутоиммунных реакций в организме матери в ответ на антигены плода.

Цель – определить особенности дифференцировки В-клеток периферической крови женщин с угрозой прерывания беременности и ПНБ в анамнезе во взаимосвязи с текущим инфекционным статусом.

Было обследовано 116 беременных в 5–12 недель гестации. Основную группу составили 59 женщин с угрозой прерывания беременности на момент обследования и ПНБ в анамнезе. В группу контроля вошли 34 женщины с неосложненной беременностью. К группе сравнения отнесли 23 первобеременных с угрожающим выкидышем на момент обследования. Для изучения дифференцировки В-лимфоцитов методом цветной проточной цитофлюориметрии определялось соотношение CD20+CD5+ (B1) и CD20+CD5-(B2)-клеток периферической крови. Наличие маркеров вирусно-бактериального инфицирования определялось с помощью иммуноферментного анализа в сыворотке крови: регистрировалось наличие IgM, низкоавидных IgG к вирусам простого герпеса, цитомегаловирусу, антитела к IgM VCA и IgG EA вируса Эпштейна – Барр, IgA, IgM, IgG к хламидии трахоматис, IgA, IgG к микоплазме хоминис, IgA, IgG к уреоплазме уреалитикум.

При оценке содержания периферических В-лимфоцитов зарегистрировано достоверное повышение уровня В-клеток у женщин с угрозой прерывания беременности и ПНБ в анамнезе по сравнению с группой контроля ($7,29 \pm 0,47$ и $5,49 \pm 0,51$ соответственно, $p = 0,01$). Содержание В-клеток среди первобеременных с угрожающим выкидышем и женщин с неосложненной беременностью и пациенток группы контроля был сопоставим ($p < 0,05$). Анализ подмножеств периферических В-лимфоцитов показал статистически значимое увеличение содержания В2-клеток в основной группе по сравнению группами контроля и сравнения ($6,64 \pm 0,43$, $4,99 \pm 0,46$ и $4,98 \pm 0,67$ соответственно, $p_1 = 0,01$, $p_2 = 0,04$). Достоверных различий по уровню В1-клеток в исследуемых группах выявлено не было. Однако имелись достоверные различия среди женщин групп сравнения и основной: содержание В1-клеток у первобеременных с угрожающим выкидышем в 1,4 раза превышало значения основной группы ($p = 0,05$), в то же время уровень В2-клеток был снижен по сравнению с таковым у женщин, имеющих ПНБ в анамнезе и угрозу выкидыша на момент обследования. Таким образом, увеличение количества В-лимфоцитов в основной группе произошло за счет повышения В2-субпопуляции лимфоцитов.

Для установления взаимосвязи преобладания периферических В2-клеток и наличием маркеров бактериально-вирусного инфицирования среди всех обследуемых была проведена оценка текущего инфекционного статуса. После этого основная группа была разделена на четыре подгруппы: без маркеров вирусно-бактериального инфицирования (24 женщины), с маркерами бактериального инфицирования (15), с маркерами вирусного инфицирования (8), с маркерами смешанного инфицирования (12). Анализ показал, что среди женщин с ПНБ по уровню В-лимфоцитов, содержанию подмножеств В1- и В2-клеток достоверных различий выявлено не было вне зависимости от наличия или отсутствия маркеров изолированного (бактериального, вирусного) или смешанного инфицирования.

Таким образом, было установлено, что зарегистрированное повышение уровня В-лимфоцитов происходило за счет увеличения числа В2-клеток вне зависимости от наличия маркеров острого и/или хронического вирусно-бактериального инфицирования. Это дает возможность предположить важную роль В2-подмножества в генезе ПНБ, механизмы развития которого следует верифицировать.

Литература

1. Батрак Н. В., Малышкина А. И., Сотникова Н. Ю. Характеристика факторов апоптоза у женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием беременности // Медицинская иммунология. 2016. Т. 17, № 5. С. 259.
2. Пустотина О. А., Остроменский В. В. Инфекционный фактор в генезе невынашивания беременности // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15, № 13. С. 26–33.
3. Основы общей иммунологии : учеб. пособие для студентов мед. вузов / Л. В. Ганковская [и др.]. М. : ПедиатрЪ, 2014. С. 74–75.
4. Nguyen T. G., Ward C. M., Morris J. M. To B or not to B cells-mediate a healthy start to life // Clinical and Experimental Immunology. 2013. Vol. 171(2). P 124–134.

**Секция «ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ,
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ,
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ»**

**АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСЧЕТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
И БИОИМПЕДАНСМЕТРИИ
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ**

А. А. Макарова¹, Т. А. Никитаева¹, И. А. Чистоклетов¹, Е. Е. Краснова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Современная эпидемиологическая ситуация в России и мире характеризуется высоким распространением хронических неинфекционных заболеваний, в том числе характеризующихся нарушениями питания. Особенно тревожным является увеличение доли детей с избыточной массой тела (МТ) и ожирением, что связано с несбалансированным питанием и малоподвижным образом жизни [1]. Предполагается, что эти состояния встречаются значительно чаще, чем диагностируются [2], поэтому необходимо акцентировать внимание педиатров на их выявление, в том числе при проведении профилактических осмотров. Для ранней диагностики нарушений питания может быть использовано исследование компонентного состава тела, которое широко применяется в условиях центров здоровья для детей.

Цель – провести сравнительный анализ использования расчетного индекса массы тела (ИМТ) и оценки компонентного состава тела методом биоимпедансметрии (БИМ) для выявления нарушений питания у детей.

На базе Центра здоровья для детей ОБУЗ ДГКБ № 5 г. Иваново обследовано 915 детей 7–16 лет (442 мальчиков и 475 девочек). Оценку физического развития проводили согласно критериям ВОЗ с расчетом ИМТ. Анализировали данные о компонентном составе тела, полученные методом интегральной двухчастотной БИМ («Диамант», Санкт-Петербург). Определяли безжировую (тощую) массу (БЖМ), активную клеточную массу (АКМ) и ее долю в БЖМ, жировую массу (ЖМ), общий объем жидкости организма (ООЖ) и ее распределение – внутри и вне клетки. Степень отклонения относительного содержания жировой массы (%ЖМ) определяли в соответствии с критериями диагностики недо-

статочного, избыточного жираотложения и ожирения [1]. Выявляли наличие «скрытого» ожирения, характеризующегося высокими значениями %ЖМ при нормальном или низком ИМТ [1]. Рассчитывали чувствительность и специфичность ИМТ и %ЖМ для диагностики нарушений питания. 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.

Установлено, что более половины детей (56,93 %) имели нормальный ИМТ (1-я группа). В 3,16 % случаев выявлено пониженное питание (2-я группа), в 14,4 % – недостаточность питания (3-я). Избыточную массу тела имели 17,38 % детей (4-я), ожирение – 7,98 % (5-я). Половых особенностей распространенности избыточной массы тела не выявлено (у 17,2 % мальчиков, и у 17,5 % девочек). Но ожирение у мальчиков встречалось чаще, чем у девочек, почти в 3 раза (11,5 и 4,6 % соответственно), что согласуется с общероссийскими статистическими данными.

При анализе данных о компонентном составе тела выявлено, что нормальное количество ЖМ имели 65,2 % детей, ее недостаток – 13,2 %. Избыточное жираотложение выявлено у 12,24 % обследуемых, а ожирение – у 7,65 %. Очевидно, что результаты, полученные двумя методами, не имеют абсолютного совпадения. Действительно, среди детей 1-й группы нормальное содержание ЖМ отмечено только в 79,27 % случаев, 13,05 % детей имели ее недостаток, а 7,67 % – избыток. Только 37,93 % детей с пониженным питанием (2-я группа) и 42,42 % – с недостаточным питанием (3-я группа), диагностированными по ИМТ, действительно имел место дефицит ЖМ по данным БИМ. У остальных детей этих групп (соответственно 62,07 и 57,58 %) недостаточность массы тела была обусловлена снижением безжирового компонента. В 4-й группе только 39,62 % детей имели избыточное жираотложение, у половины детей (52,2 %) данной группы %ЖМ был нормальным, у одного ребенка (0,63 %) – недостаточным, а у 7,55 % выявлено ожирение. Наибольший процент совпадений результатов двух методов наблюдался у детей 5-й группы: ожирение по величине %ЖМ было установлено у 79,45 %. 8,22 % детей имели нормальный %ЖМ, 12,33 % – ее избыток, а каждый пятый ребенок был отнесен к данной группе за счет увеличения доли тощей массы.

Наибольший интерес представляют данные, свидетельствующие о наличии «скрытого» ожирения при наличии нормального ИМТ, поскольку у врачей, как правило, нет настороженности в отношении возможного избыточного жираотложения у этой категории детей. Как было указано выше, по данным БИМ ожирение было выявлено у 7,67 % детей 1-й группы. Анализ компонентного состава тела показал, что у всех

этих детей имел место дефицит БЖМ, в том числе более низкие показатели АКМ, что в целом маскировало наличие ожирения при расчете ИМТ.

Расчет диагностической эффективности ИМТ показал, что достаточно высокой чувствительностью (82,86 %) и специфичностью (98,22 %) ИМТ обладал только в группах детей с ожирением. В диагностике избыточной массы тела чувствительность ИМТ колебалась в широких пределах от 49,26 до 56,25 %, а специфичность – от 66 до 88,04 %.

Итак, частота встречаемости нарушений питания у детей г. Иванова соответствует общероссийским тенденциям. Установлено, что определение компонентного состава тела является информативным методом выявления нарушений питания, конкретизирующим причину отклонений массы тела, что должно учитываться при лечебно-профилактической работе с детьми.

Литература

1. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева [и др.] // Российский медицинский журн. 2014. № 4. С. 4–13.
2. Гириш, Я. В. Роль и место биоимпедансного анализа в оценке состава тела детей и подростков с различной массой тела // Бюл. сибирской медицины. 2018. № 2. С. 121–132.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

М. А. Шульга¹, Т. М. Задорожная², А. Д. Глухова²

¹ БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1»

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

В последнее десятилетие отмечается постоянное увеличение числа детей с атопическим дерматитом (АД) в различных возрастных группах и заметное утяжеление его клинических проявлений. Именно раннее начало, непрерывно рецидивирующее течение, увеличение численности тяжелых форм хронической патологии значительно снижает качество жизни пациентов [1–3]. В то же время учеными установлено, что дети с АД относятся к группе часто болеющих (ЧБД) в 2 раза чаще своих сверстников, не имеющих признаков заболевания [4, 5]. Это связано с иммунологическими особенностями патогенеза аллергических процессов: угнетение фагоцитарной активности макрофагов, повышенный синтез иммуноглобулина Е (IgE) и угнетение образования иммуноглобулина А (IgA), интерлейкина-2 (IL-2) и др. Негативные изменения отмечаются и со стороны местного иммунитета

слизистых дыхательных путей, которое определяется состоянием лимфоидной ткани, уровнем и активностью антимикробных пептидов (лактоферрина) и других факторов [6].

В работах отечественных ученых собрана большая доказательная база по изменению физиологических параметров и реактивности детей при коморбидных состояниях [7]. Расширяющиеся диагностические возможности позволяют выявлять коморбидные состояния, меняющие течение основных заболеваний и вовремя найти пути их коррекции [8].

Цель – исследовать основные показатели местного и общего иммунитета у детей с АД.

В исследовании приняли участие 58 детей с АД, которые проходили лечение на базе БУЗ ВО ОДКБ № 1. Средний возраст испытуемых составил 5 лет ($4,1 \pm 0,6$ года). У всех детей проводилось клиническое обследование, исследование состояния местного (содержание sIgA в слюне) и общего (клеточного, гуморального звена, резервной возможности нейтрофилов) иммунитета.

Все дети относились к группе ЧБД (страдали острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) более 9 раз в год). Заболевания регистрировались в холодный период года (с октября по апрель). ОРЗ протекали с осложнениями и требовали применения антибактериальной терапии, в основном применяли один антибиотик и курс составлял не более 7–8 дней. В результате обследования у большинства детей (89 %) с АД было выявлено снижение IgA в крови и в слюне, что говорит о снижении местного и гуморального иммунитета и, как следствие, о склонности к развитию воспалительных заболеваний. Показатели sIgA в слюне у детей были снижены до среднего значения $10,2 \pm 1,4$ мкг/мл (10,4–14,6 мкг/мл) ($p < 0,01$). Следовательно, изменение факторов местного иммунитета является главным в развитии частых ОРЗ у детей с АД. Это подтверждает литературные данные о том, что дети с АД относились к группе ЧБД в 2 раза ($p < 0,01$) чаще своих сверстников без признаков атопии.

Исследование гемо- и иммунограммы у детей с АД выявило достоверное снижение количества общих лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических и О-лимфоцитов и снижение резервных возможностей нейтрофилов. Таким образом, можно констатировать явное иммунодепрессивное состояние иммунной системы: супрессию всех клеточных реакций, снижение резервных возможностей нейтрофилов.

Итак, у детей с АД, часто болеющих осложненными ОРЗ, имеет место иммунодепрессивное состояние иммунной системы: супрессия всех клеточных реакций, снижение резервных возможностей нейтрофилов и активности местного иммунитета. Это объясняет более частое и тяжёлое развитие ОРЗ у этих детей, чем в общей популяции, что требует своевременной коррекции выявляемых нарушений, которая будет спо-

способствовать улучшению состояния больных, повышению их качества жизни. Реабилитационный комплекс с применением иммунокорригирующей терапии оказывает регулирующее влияние как на иммунитет, так и на аллергические механизмы.

Литература

1. Почивалов А. В., Панина О. А., Погорелова Е. И. Эффективность наблюдения детей с заболеваниями органов дыхания в пульмонологическом центре // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 4. С. 239–243.
2. Панина О. А. Особенности течения бронхиальной астмы у детей по данным клинических наблюдений // Вестн. эксперим. и клин. хирургии. 2016. С. 62.
3. Почивалов А. В., Панина О. А., Шульга М. А. Современные подходы к терапии бронхиальной астмы // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 4. С. 235–238.
4. Особенности местного иммунитета у детей с рекуррентными респираторными инфекциями на фоне атопического дерматита / Е. И. Погорелова, А. В. Почивалов, А. А. Звягин, О. А. Панина // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20, № 3. С. 105–109.
5. Эффективность применения препарата иммунокинд для профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей с атопическим дерматитом / Е. И. Погорелова [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. Т. 95, № 4. С. 215–222.
6. Панина О. А., Шульга М. А. Клинико-лабораторные особенности острых ларинготрахеитов у детей // Журн. инфектологии. 2018. Т. 10, № S4–1. С. 113.
7. Панина О. А. Клинико-иммунологическое значение интерферонотерапии в лечении серозных менингитов у детей : дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

В. А. Чеснокова¹, Н. С. Побединская¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время здоровье человека рассматривается как способность организма адаптироваться к условиям внешней среды, а болезнь – как нарушение адаптации к ним. Сниженные функциональные резервы сердечно-сосудистой системы (ССС) у здоровых и больных могут служить критерием выделения групп риска неблагоприятной адаптации, ухудшения здоровья. Адаптационный потенциал системы кровообращения является одним из эффективных критериев уровня здоровья [1, 2].

Цель – исследовать адаптацию ССС подростков с БА в периоде ремиссии.

На базе ОБУЗ ОДКБ и ОКБ в 2017–2019 гг. обследованы 96 подростков 12–17 лет, в том числе 71 юноша (I группа) и 22 девушки (II группа). У 40 % установлен диагноз БА легкого интермиттирующего течения (всего 38 подростков: 32 мальчика и 6 девочек); у 47 % – легкого персистирующего течения (45 детей: 35 мальчиков и 10 девочек); у 14 % – среднетяжелого персистирующего течения (13 подростков: 7 мальчиков и 6 девочек). У 56 подростков (45 юношей и 11 девушек) выявлены коморбидные заболевания (аллергический ринит (АР), атопический дерматит (АтД), вегетососудистая дистония (ВСД), хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), гельминтозы, ожирение), детей распределили по подгруппам. В подгруппу А вошли 14 подростков с БА и АР среднетяжелого и тяжелого течения; подгруппу Б – 8 детей с БА и АтД; подгруппу В – 6 подростков с БА и гастропатологией; подгруппу Г – 5 обследованных с БА и ВСД; подгруппу Д – 5 человек с БА и гельминтозом; подгруппу Е – 6 детей с БА и ожирением; подгруппу Ж – 12 подростков с БА, АР, гастропатологией, ВСД, АтД и гельминтозом. Расчет АП сердечно-сосудистой системы проводился по формуле: $0,011 \times (\text{ЧП}) + 0,014 \times (\text{АДс}) + 0,008 \times (\text{АДд}) + 0,014 \times (\text{В}) + 0,009 \times (\text{МТ}) - 0,009 \times (\text{Р}) - 0,27$; где ЧП – частота пульса, АДс – систолическое артериальное давление, АДд – диастолическое артериальное давление, В – возраст (в годах), МТ – масса тела (в кг), Р – рост (в см). [1,3] Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета прикладных программ Statistica 8,0.

У большинства подростков (82 %) выявлена удовлетворительная адаптация ССС, напряжение адаптации – у 14 %, неудовлетворительная – у 2 %, срыв адаптации – у 2 %. Удовлетворительный уровень АП в I группе установлен у 80 % подростков, во II – у 91 %; напряжение процессов адаптации – в 15 и 9 % случаев соответственно; неудовлетворительная адаптация – в 3 % случаев в I группе; срыв адаптации – также в 3 %. Напряжение и срыв адаптации во II группе не выявлены. При легкой интермиттирующей БА удовлетворительный уровень АП диагностирован у 84 % мальчиков и у 83 % девочек; напряжение адаптации – у 13 % мальчиков и у 17 % девочек; неудовлетворительный – у 3 % мальчиков; неудовлетворительный уровень АП у девочек и срывы адаптации в обеих группах не наблюдались. У пациентов с легкой персистирующей БА удовлетворительный уровень АП выявлен у 71 % мальчиков и у 90 % девочек; напряжение адаптации – у 20 % мальчиков и у 10 % девочек; неудовлетворительный АП и срыв адаптации – у 3 % девочек и у 6 % мальчиков. У всех подростков подгрупп А, Б, Г и Д отмечен удовлетворительный показатель АП. В подгруппе В 67 % подростков имели удовлетворительный уровень АП, 33 % – напряжение адаптации. В подгруппе Е: 50 % детей имели напряжение адаптации, 33 % – неудовлетворитель-

ную адаптацию, 16 % – срыв адаптации. В подгруппе Ж: 75 % пациентов – с удовлетворительным уровнем АП, 17 % – с напряжением и 8 % – со срывом адаптации.

Таким образом, выявлены нарушения адаптации ССС у детей с БА в периоде ремиссии, что следует учитывать при проведении диспансеризации, когда подростку даются рекомендации по предупреждению прогрессирования заболевания. У большинства подростков установлена удовлетворительная адаптация ССС, но у мальчиков с легкой персистирующей БА в 2 раза чаще, чем у девочек, выявлен неудовлетворительный, напряженный тип адаптации и ее срыв. При легкой интермиттирующей БА достоверных различий в процессах адаптации у девочек и мальчиков не выявлено. Коморбидные состояния при бронхиальной астме отрицательно влияют на адаптацию ССС.

Литература

1. Баевский Р. М., Берсененва А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М. : Медицины, 1997. 36 с.
2. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. 3-е изд., доп. Ростов-н/Д, 1990. 224 с.
3. Иванов С. А., Невзорова Е. В., Гулин. А. В. Количественная оценка функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы // Вестн. Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2017. Т. 22. Вып. С.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ Г. ИВАНОВО

*А. И. Старикова¹, К. А. Потапова¹, А. Е. Баклушин¹,
Е. В. Селезнева¹, О. В. Кузнецова¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Физическое развитие (ФР), характеризуя процессы роста и развития ребенка, служит важным информативным показателем состояния здоровья детского населения и отражает влияние различных факторов внутренней и внешней среды [1, 2]. Данные, полученные в ходе антропометрических исследований, могут служить основой для популяционного мониторинга состояния здоровья детей и подростков на конкретной территории в силу их динамичности, информативности и чувствительности, поэтому приоритетным для мониторинга здоровья ребенка в профилактической медицине и педиатрической практике является именно этот показатель как составляющая комплексной оценки состояния здоровья подрастающего поколения [3, 4].

Цель – изучить физическое развитие детей различного возраста, родившихся за период 2002–2018 гг. и проживающих в г. Иванове; проанализировать тенденции антропометрических показателей в различные периоды их развития.

В детских поликлиниках г. Иваново ОБУЗ ГКБ № 4 и ОБУЗ ГКБ № 7 проведена оценка ФР детей различного возраста с датами рождения в 2002–2018 гг. Обобщены результаты более 1200 антропометрических обследований детей от 1 месяца до 17 лет. Измерения длины и массы тела проводились с помощью стандартного инструментария кабинета педиатра. Оценка полученных данных осуществлялась центильным методом и по возрастнo-половым шкалам регрессии. Анализ проводился с помощью разработанных анкет по данным первичной медицинской документации (форма № 112/у). Проведенная оценка не ущемляла права и не подвергала опасности благополучие субъектов исследования и соответствовала требованиям биомедицинской этики.

Среди детей всех возрастных групп не имели нарушений ФР 81,3 %, что согласуется с результатами анализа медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних в Ивановской области – 80,3 %. Согласно данным по возрастным срезам получены следующие результаты: отклонения ФР от нормальных величин прослеживаются у детей разного возраста в диапазоне 11,2–29,8 %. При рождении нарушения ФР (с учетом гестационного возраста) составили 19 %: высокий рост – у 9,2 % младенцев, низкая длина тела – у 4,7 %, избыток массы тела – у 5,1 %.

Максимальное число детей с нарушениями ФР (26 %) приходилось на первый год жизни; при этом в возрасте одного месяца – 19 %, шесть месяцев – 24,6 %, в 12 месяцев – 15,4 %.

У 11,2 % детей в возрасте 2–4 лет выявлено минимальное число отклонений массо-ростовых показателей от стандартов. В этом периоде жизни на ребенка оказывает положительное влияние качественная организация питания как в условиях семьи, так и в дошкольных образовательных организациях.

Среди школьников наибольшее число детей с нарушениями ФР (29,8 %) встречалось в возрастной категории 7–10 лет. В данной группе зафиксированы показатели в виде высокого роста у 12,4 % учащихся и низкого – у 6,8 %, избыток массы тела – у 10,6 %. Необходимо отметить, что возрастной период совпадает с важными отрезком жизни ребенка: поступление в школу и адаптация в начальных классах, переход на обучение в среднее звено, начало полового созревания. Чтобы не нарушался процесс становления репродуктивного здоровья ребенка, ему важно иметь нормальные параметры ФР.

Анализируя длину тела детей в различных возрастных группах выявлено, что наибольшие отклонения в виде высокого роста были у уча-

щихся 7–10 лет, а наименьшие – 11–14 лет. По-видимому, на становление школьников среднего звена положительно влияют сбалансированные физические нагрузки как на уроках физкультуры, так и в спортивных секциях, вовлеченность в которые в этом возрасте возрастает.

Иные итоги получены при оценке нарушений массы тела в различные периоды детства: максимальное число детей с дефицитом массы тела зафиксировано в 11–14 лет, избыток – в 6 месяцев и 7–10 лет. Отмечено, что 86 % подростков выпускных классов (15–17 лет) имеют нормальное ФР, а значит, и происходит правильное формирование репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Таким образом, сравнительный анализ показателей ФР детей г. Иванова в возрасте от 1 месяца до 17 лет, рожденных в 2002–2018 гг., свидетельствует о том, что сохраняются стабильные показатели нормального ФР в большинстве возрастных групп. Следовательно, для разработки программ по коррекции роста и развития детей, а также их физической подготовленности, для решения задач по совершенствованию оздоровительных мероприятий, особенно в школьном возрасте, необходимо продолжение массовых антропометрических обследований детского населения.

Литература

1. Современные тенденции в изменениях показателей физического развития детей и подростков (обзорная статья) / И. П. Салдан [и др.] // Бюл. медицинской науки. 2019. № 1. С. 14–17.
2. Гелашвили О. А., Хисамов Р. Р. Физическое развитие детей и подростков // Современные пробл. науки и образования. 2018. № 3.
3. Оценка физического развития детского населения: современные проблемы и пути решения / Н. А. Скоблина [и др.] // Современные пробл. здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 2. С. 34–48.
4. Мельник В. А., Казакевич Н. В. Изменения морфологических показателей физического развития городских школьников // Гигиена и санитария. 2016. № 95(5). С. 460–463.

ЗНАЧЕНИЕ СЕРОВОДОРОДА И ЭНДОТЕЛИНА-1 В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ю. А. Фисюк¹, Н. В. Харламова¹, О. Г. Ситникова¹, И. Г. Попова¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Проблема недоношенности является одной из главных в неонатологии и педиатрии [1, 2]. Недоношенные дети рождаются с незавершенным органогенезом, выраженной незрелостью всех органов и систем. Развитие

новорожденных во многом зависит от состояния сердечно-сосудистой системы [3]. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП) приводит к усугублению течения неонатального периода. Частота ГЗФАП достаточно высока и находится в обратной зависимости от гестационного возраста [4, 5]. Одним из факторов, регулирующих функциональное закрытие артериального протока (АП), является баланс между локальной вазоконстрикцией и вазодилатацией. У недоношенных новорожденных дисбаланс между факторами, вызывающими вазоконстрикцию и вазодилатацию, приводит к тому, что АП остается открытым. Сероводород является газомедиатором, играет важную роль в деятельности сердечно-сосудистой системы, принимая участие в регуляции артериального давления, изменяя тонус сосудов артериального русла [6]. Эндотелин-1 является мощным вазоконстриктором из семейства эндотелинов. Основным механизмом его действия заключается в увеличении содержания ионов кальция в цитоплазме гладкомышечных клеток [7].

Цель – изучить уровень сероводорода и эндотелина-1 в пуповинной крови у глубоконедоношенных новорожденных для выявления дополнительных прогностических факторов функционирования АП.

В ФГБУ «ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России было обследовано 105 глубоконедоношенных новорожденных со сроком гестации до 32 недель и с массой тела при рождении до 1500 г. В зависимости от функционирования АП новорожденные были разделены на две группы: 1-я группа – 32 ребенка с функционирующим АП, 73 – без функционирующего АП. Всем детям при рождении проводился забор пуповинной крови. Исследование уровня сероводорода проводилось методом К. Qu, С. P. Chen, B. Halliwell et al., уровень эндотелина-1 определяли методом иммуноферментного анализа. Математический анализ проводился по общепринятым методам вариационной статистики.

Установлено, что концентрация сероводорода у новорожденных с ГЗФАП достоверно ниже, чем у новорожденных без него, и составила 26,5 [15,0; 43,0] и 45,0 [35,0; 56,0] мкмоль/л соответственно ($p = 0,0005$). На основе математической обработки полученных результатов нами был разработан способ прогнозирования функционирования АП у глубоконедоношенных новорожденных [8]. С учетом антропометрических данных, срока гестации и концентрации сероводорода в пуповинной крови вычисляется прогностический коэффициент D.

$D = 12,77705 - A1 \times 0,09375 - A2 \times 0,40046 - A3 \times 0,00012 + A4 \times 0,03885$, где 12,77705 – CONSTANT; A1 – концентрация сероводорода, мкмоль/л; A2 – срок гестации в акушерских неделях; A3 – масса тела новорожденного, г; A4 – длина тела новорожденного, см;

При значении $D > 0$ прогнозируется наличие ГЗФАП, $D < 0$ – отсутствие функционирования АП на 2–3-и сутки жизни. Концентрация в пуповинной

крови эндотелина-1 у новорожденных с ГЗФАП составила 0,57 [0,37; 0,84] пг/мл, что достоверно ниже, чем у новорожденных без функционирующего АП – 0,64 [0,43; 1,57] пг/мл ($p = 0,032$). Эндотелин-1 является сосудосуживающим пептидом и играет роль в регуляции тонуса сосудов. По нашему мнению, его низкая концентрация способствует функционированию АП после рождения у глубоконедоношенных новорожденных.

Итак, частота ГЗФАП у глубоконедоношенных новорожденных, по данным нашего исследования, составила 30,5 %. При содержании сероводорода в пуповинной крови менее 27 мкмоль/л можно спрогнозировать функционирование АП у глубоконедоношенных новорожденных на вторые-третьи сутки жизни. Одним из факторов, предрасполагающих к ГЗФАП, являются низкие значения эндотелина-1 в пуповинной крови.

Литература

1. Современное состояние проблемы выхаживания глубоконедоношенных детей / С. А. Хмилевская [и др.] // Педиатр. 2017. Т. 8, № 2. С. 81–88.
2. Региональная модель организации медицинской помощи детям, родившимся с очень низкой и экстремально низкой массой тела / Е. А. Матвеева [и др.] // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63, № 6. С. 68–74.
3. Частота и структура врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела / Н. В. Харламова [и др.] // Актуальные вопросы профилактики, диагностики и рациональной терапии заболеваний детского возраста : матер. межрегион. науч.-образоват. конф., посвящ. 45-летию организации детской специализированной службы Ивановской области. Иваново, 2017. С. 108–109.
4. Современные представления об открытом артериальном протоке у новорожденных / Д. С. Крючко [и др.] // Педиатрия. 2011. Т. 90, № 1. С. 130–136.
5. Современный взгляд на функционирующий артериальный проток у недоношенных детей / Ж. А. Звягина, Е. Г. Цой, Л. Н. Игишева, Д. А. Тронина // Мать и дитя в Кузбассе. 2018. № 4(75). С. 4–12.
6. Ситдикова Г. Ф., Яковлев А. В., Зефинова А. Л. Газомедиаторы: от токсических эффектов к регуляции клеточных функций и использованию в клинике // Бюл. сибирской медицины. 2014. Т. 13, № 6. С. 185–200.
7. Дремина Н. Н., Шурыгин М. Г., Шурыгина И. А. Эндотелины в норме и патологии // Международный журн. прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 10. С. 210–214.
8. Пат. 2707061 Способ прогнозирования функционирования артериального протока у глубоконедоношенных новорожденных / Харламова Н. В., Фисюк Ю. А., Чаша Т. В., Назаров С. Б., Филиппов С. Э. Патентообладатели: федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Опубл. 21.04.2020. Бюл. № 12.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Х. А. Эдильсултанова¹, А. В. Шишова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Несмотря на успехи, достигнутые в разработке новых методов диагностики и терапии хронических воспалительных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, эта проблема педиатрии остается актуальной и не до конца решенной [1, 2]. При этом в научной литературе недостаточно освещены индивидуальные особенности детей с данной патологией. Эти особенности накладывают отпечаток на развитие и течение заболевания у конкретного пациента. В связи с этим изучение психологических характеристик таких больных позволит дополнить существующие подходы к их профилактике и реабилитации, что и определяет актуальность нашего исследования.

Цель – изучить психологические особенности детей с хроническим гастродуоденитом (ХГ) для обоснования программы их психолого-педагогической поддержки.

Исследование было проведено на базе детского гастроэнтерологического отделения ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» и детского городского консультативно-диагностического центра ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново. Объектами исследования явились 60 детей в возрасте от 8 до 17 лет, имеющих диагноз ХГ.

Для оценки психологического статуса детей применяли следующие тесты: 1) адаптированный вариант личностного вопросника Р. Кеттела, который позволяет определить наиболее характерные типы личности детей школьного возраста; 2) шкала тревожности для подростков, разработанная Кондашом, которая содержит 30 ситуаций, определяющих возможные варианты переживаний подростков; 3) опросник Басса – Дарки (тест, определяющий агрессивность и враждебность ребенка, указывающие на уровень деструктивных тенденций); 4) для определения степени выраженности сниженного настроения, т. е. субдепрессии, проводили тестирование по шкале Цунга, а для установления наличия у больных депрессии и оценки её уровня была использована шкала Монтгомери – Асберга.

Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладных статистических пакетов Statistica 6, а также статистических функций программы MS Excel 7.

Исследования психологического статуса показали, что у детей с ХГ выявлены индивидуальные акцентуации характера, агрессивность

и тревожность. Тестирование по шкале Кондаша показало, что высокий уровень «школьной» тревожности выявлен у 63 % детей с ХГ, низкую самооценку, тревогу имели 17,5 %. Эти дети часто страдают от низкой межличностной тревоги, и большинство из них характеризуется высокой общей тревожностью. Согласно тесту опросника Басса – Дарка, который выявляет враждебность и агрессивность детей с ХГ, первые три фактора (физический – 1, косвенная агрессия – 2, раздражительность – 3) у обследованных существенно не отличаются от здоровых детей и с 4-го по 8-е (отрицательность – 4, обида – 5, подозрительность – 6, словесная агрессия – 7, вина – 8), а также показатели враждебности (9) и агрессивности (10) намного выше ($p < 0,001$). Опрос по тесту межличностных отношений показал, что этим детям было трудно общаться в семье (с матерью, отцом, братом/сестрой) и в школе (со своим лучшим другом, классным учителем). Жизнь в среде хронического напряжения и раздражительности у детей вызывает склонность к депрессии. Используя тесты, можно установить степень депрессии. Исследования, проведенные в период обострения, показали, что, согласно тесту Цунга, депрессия была выявлена у 47,3 % детей с ХГ, а по тесту Монтгомери-Асберга – у 41,5 %, то есть у значительного числа больных. На фоне лечения основного заболевания коэффициент депрессии снижается, состояние детей улучшается, хотя и не полностью устраняется.

Таким образом, исследование показало, что дети с ХГ раздражительны, негативно смотрят на жизнь, обидчивы, они настроенно относятся к людям, им присуще повышенное чувство вины, словесная агрессия, в результате чего они имеют высокие показатели враждебности и агрессивности. У многих школьников с ХГ это сопровождается напряженностью в семье, школе и с друзьями. Переносимые стрессы, хроническое физическое недомогание, постоянное беспокойство, напряжение, раздражительность часто вызывают у детей не только снижение настроения (они становятся пессимистами без уверенности в себе и веры в будущее), но и депрессию различной степени тяжести.

Следовательно, большинство детей с ХГ испытывает психологические трудности, в результате чего им требуется психологическая и педагогическая поддержка и создание специальных психолого-педагогических условий для реализации своего психолого-познавательного потенциала.

Литература

1. Детская гастроэнтерология : рук-во для врачей / под ред. проф. Н. П. Шабалова. 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. 792 с.
2. Мельникова И. Ю. Детская гастроэнтерология : практ. рук-во / под ред. И. Ю. Мельниковой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 480 с.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА, ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОБУЗ «ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Д. Д. Турышкина¹, О. И. Вотякова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – группа хронических воспалительных поражений желудочно-кишечного тракта, включающая болезнь Крона и язвенный колит. Данные заболевания имеют разнообразную клиническую картину, включая широкий спектр внекишечных проявлений. Эта проблема становится всё более актуальной в связи с высоким ростом заболеваемости и омоложением данной патологии. Поздняя диагностика, неадекватное лечение приводят к развитию тяжелых осложнений, десоциализации детей [1].

Цель – проанализировать структуру, особенности диагностики и лечения ВЗК по данным гастроэнтероэнтерологического отделения для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница».

Проведен анализ историй болезни 9 пациентов 7–17 лет, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтероэнтерологическом отделении для детей ОБУЗ ИвОКБ в 2019 году. Диагноз язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) был установлен в соответствии с Международными классификациями, принятыми в 2010 году в Париже [2, 3].

В ходе анализа выявлено, что в структуре ВЗК у детей Ивановской области преобладает БК, на долю которой пришлось 75,0 % всех случаев ВЗК. По публикациям других авторов [4–6], более часто встречается ЯК. Анализ заболеваемости с учетом гендерного фактора показал, что мальчики болеют ВЗК чаще, чем девочки, их доля среди обследованных – 77,8 и 22,2 % соответственно. Установлено, что манифестация ВЗК у всех детей происходила в школьном возрасте, средний возраст – $13,0 \pm 3,0$ года. У 62,5 % детей с ВЗК имела место наследственная отягощенность. Среди факторов, провоцирующих манифестацию ВЗК, можно отметить связь с перенесенной респираторной инфекцией, которая предшествовала развитию заболевания у 12,5 %, со стрессом, выявленным в таком числе случаев. В остальных случаях четкой связи с каким-либо фактором не отмечено. Диагноз у 55,6 % детей установлен в течение полугода с момента появления симптомов, характерных для ВЗК, в остальных случаях спустя 6 месяцев – 2 года. При ЯК к моменту установления диагноза у всех обследованных отмечались: боли в животе, у 44,4 % – перед дефекацией, примесь алой крови в стуле, слабость, недомогание, потеря ап-

петита, тошнота. При копрологическом исследовании у всех обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, эпителий. Согласно данным фиброколоноскопии, во всех случаях диагностирован проктосигмоидит. Оценка по педиатрическому индексу активности (PUCAI) ЯК [3] показала, что у двоих детей результат находился в пределах 10–34 баллов, что отражает минимальную активность заболевания, у одного ребенка он соответствовал умеренной активности. При БК наиболее часто встречались: боли в животе (100 %), кашицеобразный стул (66,0 %), примесь алой крови в стуле (50,0 %), повышение температуры тела (50,0 %), в копрограмме выявлялись эритроциты, лейкоциты, слизь. По данным фиброколоноскопии при БК в 100 % случаев отмечалось поражение тонкого и толстого кишечника. У одного ребенка были выявлены изменения в ротовой полости, у троих – развитие свищевых форм. При оценке по PCDAI БК в момент диагностики заболевания выявлены: легкая и среднетяжелая форма – у 83,3 %, тяжелая – у одного пациента, имеющего перинанальные изменения. Внекишечные проявления ВЗК диагностированы в 33,3 % случаев: анемия – у 22,2 %, артрит – у 11,1 %. Перинанальные изменения были обнаружены у каждого второго ребенка с БК. Всем детям при манифестации ВЗК были назначены препараты 5-АСК (месалазин, салофальк), в последующем 22,2 % пациентов – гормональная терапия (преднизолон), 33,3 % – цитостатики (азатиоприн). Терапия моноклональными антителами к ФНО- α проводилась 33,3 % детей с ЯК и 83,3% – с БК, в том числе в 33,3 % случаев она была начата в первые месяцы после установления диагноза в связи с наличием осложнений и высокий риск развития хирургической патологии.

Таким образом, в структуре ВЗК отмечено преобладание БК, превалирование среди заболевших мальчиков, манифестация ВЗК в пубертатном периоде, поздняя диагностика у значительного числа детей при наличии характерной для этой группы заболеваний клинической симптоматики, что ведет к необходимости использования уже на ранних стадиях болезни моноклональных антител к ФНО- α .

Литература

1. Печуров Д. В. Эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний у детей: достоверность ретроспективного анализа // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2004. Т. 83, № 2. С. 22–23.
2. Язвенный колит у детей : клин. рекомендации, утв. Союзом педиатров России. М., 2016. С. 53.
3. Бельмер С. В., Разумовский А. Ю., Хавкин А. И. Болезни кишечника у детей : в 2 т. М. : Медпрактика-М, 2018. Т. 2. С. 173–228.
4. Веджикиева Х. И., Кайдам Н. А. Воспалительные заболевания кишечника у детей г. Ростова-на-Дону : клин. наблюдения // 5-я Итоговая научная сессия молодых ученых РостГМУ : сб. матер. Ростов/нД, 2018. С. 17–19.

5. Адамова А. С., Лобачева А. В. Воспалительные заболевания кишечника у детей в Самарской области // Устойчивое развитие науки и образования. 2018. № 5. С. 171–173.
6. Воспалительные заболевания кишечника у детей Челябинской области / Д. К. Волосников, А. В. Сабирова, Ю. Е. Калатина, Д. В. Сорокин // Педиатрический вестн. Южного Урала. 2016. № 2. С. 24–27.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
С ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ
СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ**

Ш. О. Тошбоев¹, Ш. Ш. Ахмадалиев¹

¹Андижанский государственный медицинский институт

Цель – с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) изучить становление внутрисердечной гемодинамики у недоношенных новорожденных с тяжелым перинатальным гипоксическим поражением центральной нервной системы (ПП ЦНС) и синдромом дыхательных расстройств (СДР).

Состояние внутрисердечной гемодинамики изучалось у 91 недоношенного новорожденного с тяжелым ПП ЦНС в зависимости от наличия СДР: 1-я группа – 31 ребенок с недоношенностью I–II степени без СДР (49 исследований), 2-я группа – 60 детей с недоношенностью I–II степени с СДР (103 исследования).

У недоношенных детей с тяжелым ПП ЦНС в зависимости от наличия СДР отмечены определенные особенности в периоде новорожденности. Так, на первой неделе жизни у 75 % детей с СДР соотношение правого (ПЖ) и левого желудочков (ЛЖ) сердца было в пользу ПЖ, сочетаясь с достоверным увеличением на 13 % толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) по сравнению с толщиной задней стенки левого желудочка. Лишь у 30 % детей без СДР соотношение ПЖ и ЛЖ было в пользу ПЖ, толщина МЖП была сопоставима с толщиной задней стенки ЛЖ. Умеренная сосудистая легочная гипертензия наблюдалась у 80% детей с СДР и у 25 % – без СДР. Открытое овальное окно (ООО) размером 3,5–4 мм выявлено у детей без СДР, при СДР имело вид межпредсердного сообщения размером 4–5 мм с билатеральным шунтом или без гемодинамически значимого шунтирования. В то же время у детей обеих групп отмечены более высокие скорости кровотока в стволе легочной артерии по сравнению с кровотоком в аорте и высокие показатели систоличе-

ской функции сердца. Начало лево-правого шунтирования крови через ООО у новорожденных с СДР на второй неделе жизни ведет к объемной перегрузке ПЖ с достоверным увеличением его диаметра на 12 % в сочетании с достоверным повышением кровотока через клапан легочной артерии на 29 % и гипокинезией МЖП с достоверно более низким (на 13 %) притоком крови в ЛЖ в систолу, что сопровождается достоверным увеличением на 19 % размера левого предсердия. У детей без СДР наблюдалось увеличение диаметра ПЖ на 8 % ($P > 0,05$), левого предсердия – на 3 % ($P > 0,05$), кровотока через клапан легочной артерии увеличивается на 14 %. В то же время у 30 % детей обеих групп поток в стволе легочной артерии принимает турбулентный характер, что расценивалось как функционально узкая легочная артерия.

На третьей неделе жизни наблюдалось достоверное увеличение систолической функции ЛЖ у детей с СДР в сравнении с показателями второй недели жизни, что может быть связано с включением компенсаторных механизмов, направленных на обеспечение адекватного центрального кровотока в условиях работы ЛЖ практически на два круга кровообращения: непосредственно на большой и частично – на малый круг за счет лево-правого шунта через ООО. У детей без СДР достоверных различий в функции ЛЖ не наблюдалось. Сохранялось достоверное различие в размере КДР (на 8 %) и КСР (на 39; 0 %) как косвенный признак меньшего притока крови в ЛЖ у детей с СДР, что подтверждается достоверно низкой скоростью кровотока (меньше на 35%) через аортальный клапан у этих детей по сравнению с детьми без СДР. К концу неонатального периода по сравнению с третьей неделей жизни достоверно снижаются показатели ФВ и ФС на 17 % у детей без СДР с сохранением нормогенеза, что является одним из признаков стабилизации работы сердца. У детей с СДР аналогичные показатели снижаются лишь на 11 % с сохранением гиперкинетического типа гемодинамики. Достоверное увеличение размеров сердца в сравнении с первой неделей жизни отмечалось у детей обеих групп, причем увеличение диаметра ПЖ на 30 % отмечалось у детей без СДР и на 19 % – с СДР, скорость аортального кровотока – на 34 и 37 %, скорость через легочную артерию – на 33 и 45 % соответственно, КСР – на 29 % и КДР – на 22 % у детей обеих групп. У новорожденных с СДР увеличивался диаметр левого предсердия на 26 % ($P < 0,05$), аорты на 12 % ($P < 0,05$), уменьшалась толщина МЖП на 13 % ($P < 0,05$) в сравнении с данными первой недели жизни, у детей без СДР диаметр левого предсердия, аорты достоверно не изменялись. Признаки сосудистой легочной гипертензии сохранялись у 7 % новорожденных с СДР, у их сверстников без СДР были купированы полностью. ООО к концу периода новорожденности активно функционировало у детей обеих групп, но размер его уменьшался на 50 % у новорож-

денных без СДР, у детей с СДР оставался прежним. У детей обеих групп сохранялись более высокие скорости кровотока в стволе легочной артерии по сравнению с кровотоком в аорте.

Таким образом, имеются все основания считать наиболее напряженными в эхокардиографическом аспекте недоношенных детей в периоде новорожденности в первые три недели жизни, когда становление внутрисердечной гемодинамики идет с определенными особенностями и не заканчивается к концу неонатального периода.

**Секция «ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ:
ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»**

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ,
ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И РИСКА ПАДЕНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Е. А. Тимошина¹, В. И. Шевцова¹, А. Н. Шевцов¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

Физиологические особенности пациентов пожилого и старческого возраста определяют особый подход к оценке их здоровья. Анализ компонентов физического, функционального и психоэмоционального статуса, входящих в комплексную гериатрическую оценку, их взаимосвязи влияет на стратегию гериатрической помощи. Изменение адаптационных возможностей, нейрофизиологических механизмов сложно координированных и сложно двигательных актов, изменения когнитивных функций определяют качество жизни (КЖ) пациентов пожилого и старческого возраста [1].

Цель – дать сравнительную оценку отдельных показателей КЖ пациентов пожилого и старческого возраста

В исследовании, проведенном на базе БУ ВО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов «Пансионат «Грибановский», включен 51 человек в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст – $74,7 \pm 1,4$ года), давший согласие на участие в исследовании. Согласно клиническим рекомендациям по старческой астении (СА) [2] им было предложено пройти тестирование по Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел); тесту «MiniCog»; Краткой батарее тестов физического функционирования (КБТФФ); у пациентов оценен риск падений по шкале Морсе. Статистическая обработка результатов произведена в программе Microsoft Office Excel 2007.

Участники исследования были разделены на две группы по возрастному признаку. В первую вошли 25 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст – $67,4 \pm 0,88$ года); во вторую – 26 лиц старческого возраста – от 75 до 89 лет (средний возраст – $82,8 \pm 0,96$ года).

Средний показатель риска падений по шкале Морсе у пациентов старческого возраста составил $68,27 \pm 4,9$ балла, что достоверно выше, чем у пожилых ($40 \pm 2,86$ балла). Достоверной разницы между значениями индекса Бартел, результатами теста «MiniCog» и КБТФФ у исследуемых групп не выявлено.

Выявлена прямая корреляционная связь средней силы между возрастом и риском падений ($r = 0,59$; $p < 0,05$), причем в группе пожилых эта связь прослеживается слабо ($r = 0,27$; $p < 0,05$). В обеих группах имеется сильная прямая корреляционная связь между индексом Бартел и КБТФФ ($r = 0,72$ и $r = 0,73$; $p < 0,05$). У пациентов обеих групп также установлена прямая корреляционная связь средней силы между индексом Бартел и результатами теста «MiniCog» ($r = 0,60$ и $r = 0,61$; $p < 0,05$), прямая корреляционная связь умеренной силы между результатами теста «MiniCog» и КБТФФ ($r = 0,41$ и $r = 0,39$; $p < 0,05$).

В исследуемых группах выявлены различия по силе корреляционной связи между риском падений и КБТФФ: у пожилых – обратная умеренная связь ($r = -0,33$; $p < 0,05$), у пациентов старческого возраста – сильная ($r = -0,70$, $p < 0,05$).

У лиц старше 75 лет обнаружены обратная корреляционная связь умеренной силы между возрастом и результатами теста «MiniCog» ($r = -0,32$, $p < 0,05$), а также обратная корреляционная связь средней силы между результатами теста «MiniCog» и риском падений ($r = -0,50$; $p < 0,05$). У пациентов пожилого возраста связь между этими показателями не прослеживается.

Выводы. 1. Риск падений увеличивается с возрастом, это достоверно для пациентов старше 75 лет. Величина риска падений у них в большей степени, чем у пожилых пациентов, связана с ограничением физической активности и мобильности. 2. У лиц старческого возраста риск падений связан с выраженностью когнитивных нарушений. 3. На базовую функциональную активность в повседневной жизни влияют мобильность пациентов и сохранность их когнитивных функций вне зависимости от возраста. 4. Сохранность когнитивных функций у пациентов пожилого и старческого возраста определяется уровнем их физического функционирования и мобильности.

Литература

1. Шевцова В. И., Мелихова С. П., Зуйкова А. А. Особенности когнитивных нарушений у пациентов со старческой астенией // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. конф. студентов и молодых ученых ИвГМА. Иваново, 2019. С. 105–107.
2. Старческая астения : клин. рекомендации. М. : Российская ассоциация геронтологов и гериатров, 2018.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, УРОВНЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И РИСКА ПАДЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*В. И. Шевцова¹, Е. Ю. Есина¹, А. А. Зуйкова¹,
Е. А. Тимошина¹, К. Ю. Иншакова²*

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

² БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника № 18»

Демографическая ситуация в Российской Федерации диктует необходимость развития медицинской помощи пациентам старше 60 лет [3]. Известно, что зачастую старение сопровождается гериатрическими симптомами (ГС) [1–3]. ГС определяется как многофакторное возрастасоциированное клиническое состояние, повышающее риск развития неблагоприятных исходов и функциональных нарушений [2]. Одним из основных ГС называют старческую астению (СА) [2].

СА связана со снижением функционального резерва организма в ходе старения [2]. Дисфункция систем в организме приводит к увеличению числа фатальных исходов заболевания. В настоящее время доказано, что наличие или отсутствие СА меняет тактику ведения конкретного пациента [2, 3].

Цель – изучение распространенности СА, когнитивной дисфункции и риска падений у пациентов гериатрического профиля на амбулаторном приеме.

В исследовании, выполненном на базе кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО им. Н.Н. Бурденко Минздрава России и БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника № 18», приняли участие 30 пациентов в возрасте от 61 до 84 лет, 12 мужчин и 18 женщин. Проводилась оценка когнитивных функций по тесту мини-КОГ. Риск падений оценивался по результатам ответов на вопросы: «Были ли у Вас в течение года травмы, связанные с падением или падения без травм?», «Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?», «Бойтесь ли Вы падений?». Также проводились тесты из Краткой батареи тестов физического функционирования (КБТФФ). Последующая оценка и интерпретация осуществлялась согласно Клиническим рекомендациям Российской ассоциации геронтологов и гериатров «Старческая астения» (2018).

Статистическая обработка проводилась с помощью программного продукта Statistica 11.0. При корреляционном анализе рассчитывался критерий Спирмена. Значимыми считались отличия при $p \leq 0,05$.

Средний возраст обследуемых составил $68,31 \pm 5,86$ года. Анализировались вопросы теста риска падений. Среднее количество положительных ответов у респондентов составило 1, что можно интерпретировать как низкий риск падений. Российское общество геронтологов и гериатров рекомендует проводить с такими пациентами профилактические беседы о факторах риска падений и их профилактики. Все обследованные были приглашены в школу профилактики падений, реализуемой силами преподавателей и студентов-членов студенческого научного общества кафедры поликлинической терапии.

Был получен средний результат теста на равновесие – $3,1 \pm 1,4$ балла. Среднее время, необходимое для прохождения 4 метров нормальным темпом, составило $5,28 \pm 0,56$ с. Средний балл, полученный за этот тест, – $3,04 \pm 0,98$. Средний результат теста с подъемом со стула – $2,81 \pm 1,2$ балла, среднее время выполнения этого теста – $10,23 \pm 2,05$ с. Общий балл краткой батареи тестов физического функционирования составил $9,53 \pm 2,64$. В ходе интерпретации определено, что у 21 % обследованных нет СА, у 25 % выявлена преаестения и у более половины пациентов (54 %) – СА.

Далее был произведен анализ тестов на выявление когнитивной дисфункции. В среднем пациенты запоминали и могли отсрочено воспроизвести два слова. Средний балл, полученный за рисование циферблата, составил $1,2 \pm 0,75$. Средний общий балл по результатам теста мини-КОГ – $3,35 \pm 1,2$. При использовании отрезной точки в 3 балла мы можем интерпретировать результат как низкую вероятность деменции. Однако если использовать в качестве отрезной точки 4 балла, получаем противоположный результат. Для того чтобы вовремя диагностировать когнитивные расстройства на ранних стадиях, требуется провести более углубленное обследование. Для этого пациенты с высокой вероятностью деменции (46 % обследуемых при отрезной точке в 3 балла и 78 % – при отрезной точке в 4 балла) должны быть направлены к неврологу или гериатру.

В ходе исследования СА была выявлена более чем у половины обследуемых, преаестения – у четверти. При оценке когнитивных нарушений определено, что при отрезной точке, равной 4 баллам, по тесту мини-КОГ в углубленном консультировании нуждаются более 75 % пациентов.

Итак, проведенное исследование показало результативность скрининговых обследований на амбулаторном этапе для выявления основных ГС. Большинство пациентов, принявших участие в исследовании, нуждаются в консультации гериатра для полного сбора анамнеза, изменения режима физической активности.

Литература

1. Шевцова В. И., Мелихова С. П., Зуйкова А. А. Особенности когнитивных нарушений у пациентов со старческой астенией // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. конф. студентов и молодых ученых ИвГМА. Иваново, 2019. С. 105–107.
2. Старческая астения : клин. рекомендации. М. : Российская ассоциация геронтологов и гериатров, 2018.
3. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Остапенко В. С. Особенности клинических подходов к ведению пациентов со старческой астенией // РМЖ. 2017. № 25. С. 1823–1825.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Ю. П. Адрова¹, Е. А. Виноградова¹, А. С. Парфенов¹, Н. С. Тутова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская клиническая больница им. Куваевых»

За последние десятилетие ожидаемая продолжительность жизни граждан РФ заметно увеличилась и в общей структуре населения возросла доля лиц пожилого и старческого возраста [2, 4]. Ивановская область является регионом со «старой» возрастной структурой населения [6]. Большая часть лиц пожилого и старческого возраста имеет несколько заболеваний и возраст-ассоциированные проблемы, к которым относятся синдром старческой астении (ССА) и другие гериатрические синдромы [1, 2, 4]. Помощь пожилым должна включать улучшение диагностики ССА и замедление его прогрессирования. Использование стабиллометрии, по сравнению с клиническими тестами, позволяет объективно и в ранние сроки выявлять двигательные нарушения, осуществлять контроль эффективности терапии, подбор реабилитационных мероприятий и проводить когнитивные тренинги и тренировку баланса [1].

Цель – сравнить показатели опорной симметрии и балансировочных параметров по результатам стабиллометрии у пациентов пожилого и старческого возраста с ССА и риском падений с аналогичными показателями практически здоровых лиц.

Пациентам Гериатрического центра ОБУЗ «Ивановская клиническая больница им. Куваевых» была проведена краткая батарея тестов физического функционирования: «удержать равновесие в положении "ноги вместе"», «удержать равновесие в полутандемном положении», «удержать равновесие в положении тандемного шага», тест для определения скорости прохождения дистанции в четыре метра, тест «встань и

иди» [1, 2]. В исследование были отобраны пациенты, у которых выявлен ССА (7 и менее баллов по результатам тестов) [1]. В основную группу вошли 42 обследованных (средний возраст – $75,5 \pm 7,4$ года): 32 женщины (76,2 %) и 10 мужчин (23,8 %). У всех при проведении функциональных проб был зафиксирован результат теста «встань и иди» более 14 секунд, т. е. установлен риск падений [1]. Контрольную группу составили 47 практически здоровых добровольцев (средний возраст – $23,1 \pm 1,7$ года): 30 женщин (63,8 %) и 17 мужчин (36,2 %). В обеих группах проведено исследование с использованием стабилметра «ST-150» [3, 5]. Проанализированы показатели опорной симметрии, балансирующие параметры, в том числе в позе Ромберга. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0 («StatSoftInc.», США). Для описания количественных признаков рассчитывались медиана и интерквартильный размах (Me [25%; 75%]). Оценка различий между группами в количественных признаках проводилась с помощью непараметрического теста Манна – Уитни. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения при $p < 0,05$.

По результатам комплекса функциональных тестов и стабилметрии в группе здоровых добровольцев нестабильность основной стойки не выявлена. У лиц пожилого и старческого возраста с ССА и риском падений получены достоверные отличия от контрольной группы по восьми показателям. Среднее положение центра давления (ЦД) во фронтальной плоскости с открытыми глазами $X(o)$ в основной группе составило $-12,6000 \pm [-30,0000; -6,6]$ мм; в контрольной – $-0,3 \pm [-5; 4,2]$ мм; с закрытыми глазами $X(z)$ – $-13,8 \pm [101,2; -29,2]$ и $0,4 \pm [-4,4; 2,8]$ мм соответственно. Площадь стагокинезиограммы с открытыми глазами $S(o)$ в основной группе – $484,1 \pm [250,0; 715,8]$ мм²; в контрольной – $120,7 \pm [69,5; 248,6]$ мм²; с закрытыми глазами $S(z)$ – $268,7 \pm [166,1; 485,6]$ и $94,2 \pm [50,9; 155,6]$ мм² соответственно. Средняя скорость перемещения ЦД в положении с открытыми глазами $V(o)$ в основной группы – $15,4 \pm [13,6; 21,6]$ мм/с; в контрольной – $6,5 \pm [4,9; 8,7]$ мм/с; с закрытыми глазами $V(z)$ – $16,9 \pm [14,0; 26,0]$ и $7,0 \pm [6,0; 8,9]$ мм/с соответственно. Выявлены следующие показатели энергозатрат пациента на поддержание равновесия с открытыми $Av(o)$ и закрытыми глазами $Av(z)$, оцениваемые в позе Ромберга: для основной группы $Av(o)$ – $268,7 \pm [167,4; 387,2]$ мДж/с; для контрольной – $48,3 \pm [28,9; 79,8]$ мДж/с; $Av(z)$ – $211,4 \pm [171,0; 424,0]$ и $45,5 \pm [36,6; 69,5]$ мДж/с соответственно. Полученные результаты соответствуют данным других исследований, проведенных у пациентов старше 65 лет и после перенесенного инсульта [3, 5].

Итак, у пациентов пожилого и старческого возраста с ССА и риском падений при проведении функциональных клинических проб во время

стабилометрии зафиксирована нестабильность основной стойки. Стабилометрические показатели (увеличение амплитуды колебаний ЦД и энергозатрат на поддержание равновесия, повышение скорости движения ЦД) достоверно отличаются от таковых у здоровых добровольцев.

Литература

1. Клинические рекомендации по старческой астении. М. : Российская ассоциация геронтологов и гериатров, 2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Asteniya_final_2018.pdf. Ссылка активна на 26.02.2020.
2. Функциональные тесты для мониторинга мобильности, подвижности и риска падений у лиц пожилого и старческого возраста / Н. Н. Нежкина, О. В. Кулигин, С. Е. Ушакова, А. С. Пайкова // Курортная медицина. 2018. № 4. С. 81–86.
3. Сафонова Ю. А., Емельянов В. Д. Анализ стабилометрических показателей у людей старше 65 лет // Вестн. Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017. Т. 9, № 1. С. 89–95.
4. Проблемы полиморбидности у гериатрических больных / С. Е. Ушакова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Иваново, 2014. Т. 3, № S2. С. 120–121.
5. Возрастные различия результатов стабилометрического тренинга при реабилитации пациентов с ишемическим инсультом / И. П. Ястребцева [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2018. Т. 23, № 4. С. 50–51.
6. Баклушина Е. К., Пайкова А. С. Состояние и проблемы организации гериатрической помощи в регионе со «старой» возрастной структурой населения (на примере Ивановской области) // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2018. Т. 23, № 2. С. 6–10.

СООТВЕТСТВИЕ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НОВЫМ ПОДХОДАМ К ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

А. С. Киселева¹, А. В. Манько¹, А. С. Медведева¹, О. Б. Аркин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Согласно данным официальной статистики, заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в 2018 году в РФ составила 492,2 на 100 тыс. населения [1], в Ивановской области – 608,7 на 100 тыс. [2]. Одна из важных проблем в лечении ВП – появление устойчивости микроорганизмов вследствие неправильного применения антибиотиков [3].

Цель – оценить соответствие стартовой эмпирической антибактериальной терапии (СЭАБТ), назначаемой госпитализированным в стационар больным ВП, последним клиническим рекомендациям [4].

Проанализировано 196 историй болезней пациентов с ВП, находившихся на лечении в терапевтическом стационаре в 2018 году: нетяжелая ВП была установлена у 132 (67,3 %), тяжелая – у 64 (32,7 %). Средний возраст пациентов – $62,3 \pm 19,1$ года. При анализе адекватности назначения АБТ учитывали последние рекомендации по лечению ВП [4], согласно которым выбор СЭАБТ определяется эмпирически с учетом деления ВП на тяжелую и нетяжелую. В группе нетяжелой ВП следует выделять две подгруппы с учетом наиболее вероятных возбудителей и риска наличия полирезистентных возбудителей (ПРВ). В 1-ю подгруппу вошли 40 пациентов (30,3 %) с нетяжелой ВП без сопутствующих заболеваний и факторов риска (ФР) инфицирования редкими возбудителями и/или ПРВ, во 2-ю – 92 (69,7%) лица с сопутствующими заболеваниями (хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение) и наличием ФР инфицирования редкими возбудителями и/или ПРВ. При ВП с тяжелым течением выбор СЭАБТ зависит от наличия ФР инфицирования *P. aeruginosa* и предполагаемой/документированной аспирации [4]. ФР инфицирования *P. aeruginosa* выявлены у 6 (9,4 %) пациентов тяжелой ВП, остальные 58 (90,6%) таких ФР не имели, так же как и предполагаемой/документированной аспирации.

СЭАБТ полностью соответствовала современным клиническим рекомендациям лишь у 48 из 196 (24,5 %) больных. В 1-й подгруппе лиц с нетяжелой ВП СЭАБТ в 100 % случаев не соответствовала клиническим рекомендациям. Вместо рекомендуемой в настоящее время монотерапии защищёнными аминопенициллинами или ампициллином преобладали случаи парентерального назначения двух (обычно – цефтриаксон с левофлоксацином или азитромицином), иногда – трех антибиотиков. Во 2-й подгруппе (нетяжелая ВП) СЭАБТ соответствовала рекомендациям только у 23 из 92 пациентов (17,4 %) и включала назначение цефтриаксона внутривенно в виде монотерапии. Преобладала двойная терапия цефтриаксоном с левофлоксацином или азитромицином. СЭАБТ соответствовала рекомендациям у 25 из 64 (39,1 %) пациентов с тяжелой ВП, которые получали цефтриаксон в сочетании с левофлоксацином внутривенно. Были выявлены следующие ошибки в назначении СЭАБТ данной категории больных: использовалась монотерапия цефтриаксоном вместо комбинированной терапии, дозировка левофлоксацина была недостаточной (500 мг/сут), без необходимости назначались СЭАБТ с антисинегнойной активностью. Из 6 пациентов с ФР инфицирования *P. aeruginosa* только один получал внутривенно меропенем, имеющий антисинегнойную активность.

Таким образом, в условиях реальной клинической практики СЭАБТ ВП в большинстве случаев (75,5 %) не соответствовала современным

клиническим рекомендациям. При нетяжёлых ВП преобладала избыточно активная СЭАБТ: назначение без обоснования двух и даже трех антибиотиков. В группе тяжёлых ВП типичной ошибкой была недостаточно активная СЭАБТ: недостаточная дозировка левофлоксацина, назначение препаратов с антисинегнойной активностью больным с ФР инфицирования *P. aeruginosa*, монотерапия антибиотиками и использование антибиотиков, не активных в отношении спектра предполагаемых возбудителей. В то же время как избыточно активная, так и низкоэффективная СЭАБТ создаёт предпосылки к появлению новых штаммов микроорганизмов с антибиотикорезистентностью [3]. Это диктует необходимость популяризации клинических рекомендаций среди практикующих врачей-терапевтов.

Литература

1. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-декабрь 2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gospotrebnadzor.ru> (Дата обращения: 20.02.2020).
2. Заболеваемость всего населения России в 2018 году : стат. матер. / Г. А. Александрова [и др.]. М., 2019. С. 93.
3. Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy.htm/ru/ (Дата обращения: 20.02.2020).
4. Внебольничная пневмония : клин. рекомендации. М. : Российское респираторное общество. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2018.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

О. С. Мазанова¹, Д. А. Никитин¹, Е. А. Жук¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

По данным ряда исследований, среди больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) встречается не чаще, чем в общей популяции взрослых лиц: у 1–5 % мужчин и 0,5–2 % женщин. Однако за последние годы накапливается всё больше сведений, что СОАС гораздо чаще регистрируется у пациентов с ХОБЛ [1]. X. Soler et al. обнаружили у 57 % лиц с тяжёлой ХОБЛ клинически значимый СОАС [2]. СОАС и ХОБЛ представляют собой два достаточно распространенных в клинической практике заболева-

ния, и сердечно-сосудистая коморбидность очень часто присутствует при каждом из них. Сердечно-сосудистые заболевания можно рассматривать не только как последствия СОАС, но и как возможные маркеры данного синдрома. Синдром сочетания ХОБЛ и СОАС ассоциирован с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с изолированной ХОБЛ [3].

Цель – оценить частоту факторов риска и клинических маркеров СОАС у больных ХОБЛ.

Обследованы 92 больных ХОБЛ, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново, в том числе 77 (83,7 %) мужчин и 15 (16,3 %) женщин в возрасте от 45 до 80 лет. ХОБЛ легкого течения была у 3 (3,3 %), среднетяжелого – у 26 (28,3 %), тяжелого – у 52 (56,5 %), крайне тяжелого – у 11 (11,9 %). Бронхитический тип ХОБЛ отмечен у 25 (27,2 %) больных, преимущественно эмфизематозный – у 67 (72,8 %). Кроме клинического обследования всем пациентам проводилась спирометрия с пробой с сальбутамолом, эхокардиография, общий анализ крови и мокроты, измерялся уровень гликемии натощак, заполнялась шкала дневной сонливости Эпворта, шкала STOP-BANG [4], измерялась окружность шеи. Анализ результатов проводился с помощью программы «Статистика 6».

Сопутствующая артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 67 (72,8 %) больных ХОБЛ: АГ 1-й степени – у 25 (27,2 %), 2-й – у 38 (41,3 %), 3-й – у 4 (4,3%). Избыточная масса тела наблюдалась у 27 (29,3 %) пациентов, ожирение 1-й степени – у 10 (10,9 %), 2-й – у 4 (4,3 %), 3-й – у 3 (3,3 %). Сахарный диабет 2 типа имелся у 10 (10,9 %) больных, ишемическая болезнь сердца – у 18 (19,6 %), постинфарктный кардиосклероз – у 10 (10,9 %), постоянная форма фибрилляции предсердий – у 6 (6,6 %). Наблюдались признаки сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения: периферические отеки – у 20 (21,7 %) пациентов, увеличение размеров печени – у 23 (25 %). По данным эхокардиографии повышение давления в легочной артерии зарегистрировано у 43 (46,7 %) больных. Окружность шеи более 40 см отмечена у 26 (28,3 %). Избыточная дневная сонливость более 9 баллов по шкале Эпворта наблюдалась у 10 (10,9 %) пациентов. По шкале STOP-BANG высокий риск наличия СОАС имелся у 17 (18,4 %) больных, средний – у 54 (58,7 %). Прерывистый храп по ночам отмечался у 16 (17,4 %) пациентов. 7 (7,6 %) человек указывали на наличие остановок дыхания во время сна. Выявлены положительные корреляционные связи средней силы ($p < 0,05$) между количеством баллов по шкале Эпворта и индексом массы тела ($r = 0,51$), окружностью талии ($r = 0,6$), окружностью шеи ($r = 0,54$), наличием периферических отеков ($r = 0,46$), размерами правого желудочка ($r = 0,34$),

уровнем гликемии натощак ($r = 0,37$), количеством эозинофилов в периферической крови ($r = 0,32$), а также между числом баллов по шкале STOP-BANG и индексом массы тела ($r = 0,44$), окружностью талии ($r = 0,51$), окружностью шеи ($r = 0,47$), степенью ожирения ($r = 0,45$), наличием периферических отеков ($r = 0,51$), степенью бронхиальной обструкции ($r = 0,22$), количеством баллов по шкале Эпворта ($r = 0,41$). Отмечены слабые положительные корреляционные связи ($p < 0,05$) между количеством баллов по шкале Эпворта и степенью АГ ($r = 0,23$), степенью бронхиальной обструкции ($r = 0,27$), бронхитическим типом ХОБЛ ($r = 0,29$), наличием фибрилляции предсердий ($r = 0,24$), постинфарктного кардиосклероза ($r = 0,21$), а также между числом баллов по шкале STOP-BANG и наличием фибрилляции предсердий ($r = 0,24$), степенью бронхиальной обструкции ($r = 0,22$), количеством эозинофилов в периферической крови ($r = 0,26$). Слабые отрицательные корреляционные связи наблюдались между количеством баллов по шкале Эпворта и показателями спирометрии – мгновенной объемной скоростью при выдохе 50 % (МОС50) форсированной объемной скорости легких ($r = -0,24$), МОС 75 ($r = -0,28$), средней объемной скоростью 25–75 % ($r = -0,22$).

Как видим, у больных ХОБЛ нередко отмечается средний и высокий риск развития СОАС. Выявлены ассоциации риска развития СОАС не только с такими традиционными факторами, как ожирение, АГ, но и с выраженностью бронхиальной обструкции, количеством эозинофилов в крови. Чаще факторы риска СОАС, избыточная дневная сонливость отмечались при бронхитическом варианте ХОБЛ. При отборе пациентов группы риска развития СОАС среди больных ХОБЛ целесообразно учитывать наличие коморбидной сердечно-сосудистой патологии, в частности, фибрилляции предсердий, сердечной недостаточности.

Литература

1. Коморбидность синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна и хронической обструктивной болезни легких / О. В. Алексеева, И. В. Демко, Н. А. Шнайдер, М. М. Петрова // Забайкальский медицинский вестн. 2016. № 2. С. 107–114.
2. High prevalence of obstructive sleep apnea in patients with moderate to severe COPD. D 39 connecting the dots: drawing lines between COPD and comorbid conditions / X. Soler [et al.] // Am. Thoracic Society. 2014. A5844-A.
3. Impact of CPAP use and age on mortality in patients with combined COPD and obstructive sleep apnoea: the overlap syndrome / M. L. Stanchina [et al.] // J. Clin. Sleep Med. 2013. Vol. 9, № 8. P. 767–772.
4. Chung F., Abdullah H. R., Liao P. STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea // Chest. 2016. Vol. 149(3). P. 631–638.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ю. П. Адрова¹, А. В. Лебедева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Патология билиарного тракта остается актуальной проблемой современной медицины. Одним из самых распространенных заболеваний билиарной системы является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), которая выявляется у 10–40 % населения земного шара. Наблюдается четкая тенденция к расширению возрастного диапазона в сторону «омоложения». В России частота выявления ЖКБ колеблется от 5 до 20 %. Для лечения ЖКБ используется холецистэктомия (ХЭ). По данным Всемирного союза хирургов, ежегодно в мире выполняют более 1,5 млн ХЭ [1]. При этом удаление желчного пузыря зачастую сопровождается появлением или сохранением клинических симптомов функциональных расстройств билиарного тракта. По данным некоторых авторов, их частота варьирует от 5 до 50 % в зависимости от сложности операции и степени воспалительного процесса в желчном пузыре [2]. Этим определяется клиническая значимость проблемы постхолецистэктомического синдрома.

Цель – провести анализ факторов риска развития функциональных расстройств билиарного тракта у больных, перенесших ХЭ.

Обследованы 24 больных (21 женщина и трое мужчин) в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст – $60 \pm 1,9$ года), проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ в 2017–2019 гг. Всем в различные сроки до госпитализации была выполнена ХЭ: в 9 случаях (37 %) – в экстренном, в 15 (63 %) – в плановом порядке. У 16 пациентов (67 %) выполнялась лапароскопическая ХЭ, у 8 (33 %) – открытая ХЭ. Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) до ХЭ имела у 15 пациентов (хронический панкреатит – у 5, хронический гастродуоденит – у 11, диффузные болезни печени – у 5). Оценка клинических симптомов проводилась по результатам очного анкетирования по специально составленной анкете. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы MS Excel 2010.

Установлено, что у всех пациентов до ХЭ имела клиническая симптоматика в виде диспепсических расстройств или(и) болевого синдрома. Так, у 19 из 24 (79,2 %) – отрыжка, у 18 (75 %) – изжога, у 10 (41,7 %) – тошнота. Различные расстройства стула (запоры, диарея, чередование нарушений стула) наблюдались у половины обследованных. У 22 (91,7 %) до операции имелись боли в правом подреберье. После ХЭ

в клинической картине преобладали признаки желудочной и кишечной диспепсии: отрыжка (у 66,7 %), изжога (у 29 %), тошнота (у 66,7 %), расстройства стула (у 41,7 %). При этом отмечено уменьшение частоты выявления билиарных болей: они сохранились лишь в 6 случаях. Обращает на себя внимание присоединение после ХЭ новых диспептических симптомов – у 15 больных (62,5 %), рвоты – у 9 (37,5 %), тошноты – у 8 (33,3 %), запоров – у 5 (20,8 %), диареи – у 2 (8,3 %), отрыжки – у 2 (8,3 %). Изменение и ухудшение клинической симптоматики после ХЭ отмечено у 5 из 9 (57,1 %) оперированных на фоне обострения ЖКБ, при открытой ХЭ – у 3 из 8 (33,3 %). Кроме того, у 12 из 15 пациентов (80 %), имеющих сопутствующие заболевания ЖКТ, сохранялись болевой абдоминальный синдром и выраженная диспепсия, а также присоединялись новые диспептические проявления и лишь у 3 из 9 (33,3 %) лиц без данной патологии. У оперированных в плановом порядке (в отсутствие обострения), сохранялась менее выраженная клиническая симптоматика, отмечалось уменьшение или исчезновение болевого синдрома билиарного типа.

Таким образом, факторами, вероятно, способствующими сохранению или появлению симптомов функциональных расстройств билиарного тракта после ХЭ являются: наличие обострения заболевания до операции, сопутствующей патологии ЖКТ, а также выполнение операции открытым способом. После лапароскопической ХЭ вследствие ее меньшей травматичности послеоперационные осложнения встречаются реже.

Литература

1. Резолюция Экспертного совета «Современный взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома» / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Т. 27, № 6. С. 96–108.
2. Новый взгляд на постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) / Б. А. Ирисаев, А. З. Сатханбаев, Ж. Р. Сергазин, А. Н. Аннаоразов // Вестн. КазНМУ. 2016. № 6. С. 111–113.

ЧАСТОТА ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

А. А. Фомин¹, А. С. Пайкова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Медико-социальное значение артериальной гипертонии (АГ) у лиц пожилого и старческого возраста определяется ее широкой распространенностью. Клинические особенности течения АГ у этих пациентов обусловлены длительностью заболевания, развившимися осложнениями,

коморбидными состояниями, возрастными изменениями организма и регуляции артериального давления (АД) [1, 2]. В старческом возрасте неблагоприятное влияние на органы-мишени оказывает как неконтролируемая АГ, так и чрезмерное снижение АД. Еще одной серьезной проблемой у лиц пожилого возраста, страдающих АГ, является ортостатическая гипотония (ОГ). Она является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, синдрома старческой астении, а также риска падений и связанной с этим травматизации и смертности у пожилых пациентов. Если в общей популяции частота ОГ составляет 6,9 %, то среди лиц старше 80 лет она встречается в 28,5 % случаев [2]. Поэтому подбор гипотензивной терапии у лиц старших возрастных групп является сложной и актуальной проблемой терапевтической практики.

Цель – оценить частоту возникновения ОГ у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ, получающих гипотензивную терапию.

На базе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследовано 146 пациентов 67–95 лет ($78,9 \pm 13,4$ года), из них 113 женщин (77,4 %) и 33 мужчины (22,6 %), получавших гипотензивную терапию. Пациенты были разделены на три группы: 1-ю составили 48 человек в возрасте 65–74 лет ($70,2 \pm 3,1$ года); 2-ю – 93 пациента 75–90 лет ($82,8 \pm 4,3$ года) и 3-ю – 5 обследуемых старше 90 лет ($92,4 \pm 0,9$ года). Учитывались медикаментозно достигнутые значения АД, частота возникновения ОГ по данным ортостатической пробы и состояние равновесия по данным краткой батареи тестов физического функционирования [3]. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием пакетов прикладных программ Excel и STATISTIKA.10 с расчетом средних и относительных показателей, оценки достоверности различий между ними по критерию χ^2 .

Из 48 пациентов 1-й группы у 22 (45,8 %) достигнут уровень систолического АД (САД) 140 мм рт. ст. и выше, у 20 (41,7 %) – ≥ 130 и < 140 мм рт. ст.; у 12 (25 %) – < 130 мм рт. ст. Среди лиц с САД ≥ 140 мм рт. ст. у 15 (68,2 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 3 (13,6 %) – на 10–19 мм рт. ст.; при этом 16 (72,7 %) отмечали нарушение равновесия. Среди лиц с САД ≥ 130 и < 140 мм рт. ст. у 15 (75 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 5 (13,6 %) – на 10–19 мм рт. ст.; при этом у всех 20 пациентов отмечено нарушение равновесия. Среди лиц с исходным САД < 130 мм рт. ст. у 3 (50 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 1 (13,6 %) – на 10–19 мм рт. ст.; при этом у всех 6 человек отмечено нарушение равновесия. Из 93 пациентов второй группы у 42 (45,2 %) достигнутый уровень САД составил ≥ 140 мм рт. ст.; у 30 (32,3 %) – ≥ 130 и < 140 мм рт. ст.; у 21 (22,5 %) – < 130 мм рт. ст. Среди лиц с исходным САД ≥ 140 мм рт. ст. у 29 (69 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 7 (16,7 %) – на 10–19 мм рт. ст.; при этом у 22 (52,4 %) отмечено нарушение равновесия. Среди лиц с исходным САД ≥ 130 и < 140 мм рт. ст. у 23 (76,7 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 6 (20 %) – на 10–19

мм рт. ст.; при этом все 30 пациентов отмечали нарушение равновесия. Среди лиц с исходным САД <130 мм рт. ст. у 12 (57,1 %) АД снизилось на 20 и более мм рт. ст. и у 6 (57,1 %) – на 10–19 мм рт. ст.; при этом у всех 21 обследованных отмечено нарушение равновесия. Во всех группах частота нарушений равновесия у лиц с АД \geq 140 мм рт. ст. достоверно ниже по сравнению с лицами с АД 139 мм рт. ст. и ниже ($p < 0,05$).

Таким образом, у 21,2 % пациентов пожилого и старческого возраста с АГ на фоне гипотензивной терапии уровень АД был ниже 130 мм рт. ст., что, по данным литературы, может неблагоприятно сказаться на самочувствии больных и течении АГ [2]. Зафиксировано снижение САД на 20 мм рт. ст. и более на 1 мин после ОП у 68 % пациентов пожилого возраста с АГ, ещё у 20,5 % АД в ортостазе снизилось менее чем на 20 мм рт. ст., у 81,5 % отмечены нарушениями равновесия. Частота возникновения ОГ была несколько выше у пациентов с САД 130–139 мм рт. ст. и ниже (54,2 % в первой группе и 54,8 % – во второй), чем у тех, кто имел исходное САД 140 мм рт. ст. и выше, но достоверных различий не получено. Установлено, что нарушения равновесия зафиксированы как у лиц со снижением АД на 20 мм. рт. ст и более, так и у пациентов со снижением АД на 10–19 мм рт. ст. Кроме того, у пациентов с достигнутым АД на уровне 140 мм рт. ст. нарушения равновесия встречаются достоверно реже по сравнению с лицами с АД ниже 139 мм рт. ст.

Литература

1. Александров М. В., Новичкова Е. А., Ушакова С. Е. Структура сопутствующей патологии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015. № 14. С. 14.
2. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией [Электронный ресурс] / О. Н. Ткачева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16, № 1. С. 8-21. Режим доступа: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-8-21>.
3. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission / J. M. Guralnik [et al.] / J. Gerontol. 1994. Vol. 49(2). P. 85–94.

АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ю. В. Солошенко¹, И. С. Добрынина¹, Е. А. Ханина¹

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

Цель – выявление частоты встречаемости и особенностей течения тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на амбулаторном терапевтическом участке.

Исследование проводилось в БУЗ ВО «ВГКП № 4». Объект изучения – 40 пациентов, страдающих АГ 1–3-й степени тяжести. Учетные признаки: возраст, степень АГ, длительность заболевания, сопутствующие заболевания, получаемая терапия, уровень утраты трудоспособности. Методы исследования: сбор жалоб и анамнеза, общесоматический осмотр, обследование по шкале депрессии Бека (BDI), тесту Спилбергера – Ханина, опроснику Менделевича. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программы пакета программ STATISTICA 6.0. Корреляционная связь оценивалась следующим образом: при $r = 0-0,3$ – связь очень слабая; $r = 0,3-0,5$ – слабая; $r = 0,5-0,7$ – средней силы; $r = 0,7-0,9$ – высокая; $r > 0,9$ – очень высокая. Количественные данные (при нормальном распределении признака) представлены в виде $M \pm m$, где M – выборочное среднее, m – стандартная ошибка средней. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Обследованы 40 пациентов (10 (25 %) мужчин и 30 (75 %) женщин), обратившихся за амбулаторной помощью в БУЗ ВО ВГКП № 4. Средний возраст больных составил $58,2 \pm 1,6$ года. У 14 (35 %) имелась АГ 1-й степени, у 21 (52,5 %) – 2-й, у 5 (12,5 %) – 3-й. У 5 пациентов имелась третья группа инвалидности. По опроснику Менделевича у 26 (65 %) выявлены вегетативные, у 9 (22,5 %) – обсессивно-фобические нарушения, у 9 (22,5 %) – истерический тип реагирования, у 25 (62,5 %) – невротическая депрессия, у 21 (52,5 %) – астения, у 18 (45 %) – тревога. По опроснику BDI: у 35 % депрессия отсутствовала, у 32,5 % имелась умеренная депрессия, у 32,5 % – выраженная депрессия. По опроснику Спилбергера – Ханина: у 35 % диагностирована низкая, у 52,5 % – умеренная и у 12,5 % – выраженная ситуативная тревожность (СТ); у 22,5 % – низкая, у 52,5 % – умеренная и у 25 % – выраженная личностная тревожность (ЛТ). Средний уровень депрессии по BDI у лиц с АГ 1-й ст. составил $5,57 \pm 0,59$, с АГ 2-й ст. $18,47 \pm 0,9$, с АГ 3-й ст. – $30,6 \pm 0,59$. Таким образом, у пациентов с АГ 1-й ст. отсутствовали признаки депрессии (результат – 0–9), с АГ 2-й ст. – имелась умеренная (10–19) или выраженная депрессия (23–29), с АГ 3-й ст. – тяжелая депрессия (30 и более). Выявлена взаимосвязь между степенью АГ и уровнем депрессии по шкале BDI по коэффициенту корреляции. Между степенью АГ и уровнем депрессии по BDI имелась очень высокая прямая корреляция ($r = 0,97$; $p < 0,05$). По результатам теста Спилбергера – Ханина у всех обследуемых выявлены признаки ЛТ, причем между ней и степенью АГ установлена корреляционная связь средней силы ($r = 0,5$; $p < 0,05$), а между выраженностью СТ и уровнем АГ – очень высокая прямая корреляция ($r = 0,94$; $p < 0,05$). Средний уровень СТ у пациентов с АГ 1-й ст. составил $22,71 \pm 0,76$, с АГ 2-й ст. – $38,43 \pm 1,77$, с АГ 3-й ст. – $55,4 \pm 2,76$. Итак, у пациентов с АГ 1-й

ст. имелась низкая (до 30), с АГ 2-й ст. – умеренная (30–45), с АГ 3-й ст. – выраженная СТ (46 и более).

Установлена высокая отрицательная ($r = -0,89$; $p < 0,05$) корреляционная связь между возрастом пациентов и фактом наличия у них ТДР. Корреляция между длительностью заболевания и выраженностью ТДР по ВД1 и тесту Спилбергера – Ханина (СТ) – прямая, высокая ($r = 0,8$; $p < 0,05$). При статистической обработке данных выявлено, что выраженность как СТ, так и ЛТ у пациентов, приверженных к лечению, была статистически значимо меньше, чем у лиц с низкой приверженностью к терапии ($p = 0,0001$), общий уровень по шкале Менделевича также значимо отличался в группе приверженных пациентов ($p = 0,0001$). Полученные данные еще раз доказывают важность профилактики и раннего выявления ТДР у пациентов с АГ.

Таким образом, выявлена высокая распространенность ТДР у пациентов с различной степенью АГ. Прослежена взаимосвязь между степенью АГ, частотой встречаемости и тяжестью ТДР, а также длительностью заболевания (очень высокая и высокая корреляционные связи).

Литература

1. Смулевич А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М. : Мед. информ. аг-во, 2015. 640 с.
2. Менделевич Д. М. Психические расстройства в работе врача первичного звена // *Практ. медицина*. 2014. № 48. С. 29–36.
3. Федотова А. В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2013. № 3. С. 83–88.
4. Погосова Г. В. Депрессии у кардиологических больных // *Современное состояние проблемы и подходы к лечению*. 2014. № 1. С. 88–92.
5. Антонышева О. В., Козловский В. И. Профиль личности, тревожные и депрессивные расстройства у больных артериальной гипертензией // *Вестн. Витебского государственного медицинского университета*. 2015. Т. 9, № 2. С. 1–8.

СИНДРОМ ХРУПКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ФАКТОРОВ РИСКА

*Е. И. Амири¹, С. Е. Мясоедова¹, Н. В. Корягина¹, В. Ю. Манохин²,
И. П. Афанасьева², И. А. Петровская², А. В. Рыбин²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Синдром хрупкости (СХ), или старческая астения, – гериатрический синдром, который встречается у лиц пожилого возраста (старше 60 лет), характеризуется снижением физиологического резерва и функций мно-

гих систем организма и приводит к повышенной уязвимости организма к воздействию внутренних и внешних факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери способности к самообслуживанию и смерти [1]. Есть основания полагать, что ревматоидный артрит (РА) предрасполагает к развитию СХ в более молодом возрасте, способствуя росту коморбидности, инвалидизации и преждевременной смерти пациентов [2]. В то же время литературные данные по проблеме СХ при РА весьма немногочисленны.

Цель – проанализировать диагностические критерии и факторы риска СХ у больных РА.

В исследование включены 70 пациентов (59 женщин, 11 мужчин) с достоверным РА (ACR/EULAR, 2010) [3] в возрасте 33–81 года (средний возраст – $58,2 \pm 10,3$ года), проходящих стационарное лечение на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» и ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Длительность заболевания составила от 0,5 до 39 лет (в среднем – $9,4 \pm 9,2$ года). У 82,9 % больных был серопозитивный РА умеренной активности (DAS28 по СОЭ $4,6 \pm 1,4$), II–III рентгенологической стадии (65,7 %), II–III функционального класса (98,6 %). К началу исследования 47 (67,1 %) больных получали базисную противовоспалительную терапию метотрексатом в дозе $15,9 \pm 4,9$ мг, остальные – другими препаратами. У 64 пациентов в анамнезе – прием глюкокортикостероидов (ГКС) в дозе ≥ 5 мг/сут в течение трех месяцев и более. СХ выявляли по фенотипической модели L. P. Fried [4] с использованием опросников для выявления гиподинамии (International Questionnaire on Physical Activity), синдрома усталости (Fatigue Assessment Scale), немотивированной потери веса (за год $\geq 4,5$ кг или индекс массы тела (ИМТ) менее $18,5$ кг/м²), низкой силы сжатия кисти методом динамометрии, снижения скорости прохождения дистанции на 4 метра. Прогноз десятилетней выживаемости определялся по индексу коморбидности Чарльсона [5], функциональный статус – по индексу HAQ. Данные обрабатывались в приложении Microsoft Office Excel и в пакете прикладных программ Statistica 6.0. При нормальном распределении признака результаты были представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – средняя, σ – среднеквадратичное отклонение. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Разница считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

СХ выявлен у 31 (44,3 %) пациента, прехрупкость – у 36 (51,4 %). «Крепких» больных оказалось трое. Хрупкие пациенты были старше по возрасту, чем прехрупкие ($62,7 \pm 9,4$ и $54,1 \pm 9,5$ года соответственно, $p < 0,05$), число лиц молодого и среднего возраста среди них было ниже

(17 и 28 человек, $p < 0,05$). Достоверных различий по гендерному признаку, длительности РА ($11,3 \pm 10,0$ и $7,8 \pm 8,4$ года) в группах выявлено не было. У хрупких по сравнению с прехрупкими рентгенологическая стадия РА (II–III (71 %) и I–II (75 %), $p < 0,05$), показатель DAS28 по СОЭ ($5,0 \pm 1,3$ и $4,1 \pm 0,9$; $p < 0,05$) были выше. В обеих группах численность пациентов, принимавших метотрексат, ГКС, не различалась. Суммарная доза полученных ГКС была выше у хрупких ($10040,0 \pm 15014,5$ и $3414,7 \pm 6368,4$ мг, $p < 0,05$), дозы метотрексата не различались. Хрупкие чаще имели минимальный доход (80,6 и 47,2 %, $p < 0,05$), среди них было больше одиноких (59,1 и 36,1 %) и безработных (80,6 и 30,6 %, $p < 0,05$). Хрупкие пациенты по сравнению с прехрупкими более чем в половине случаев (51,6 %) страдали гиподинамией, имели более низкие показатели динамометрии ($5,1 \pm 4,9$ и $10,5 \pm 5,8$ кг, $p < 0,05$), более продолжительное время ходьбы на 4 м ($6,9 \pm 3,8$ и $4,0 \pm 1,0$ с, $p < 0,05$), чаще теряли вес (74,4 и 11,1 %, $p < 0,05$), имели повышенную утомляемость (96,8 и 50,0 %, $p < 0,05$), выраженные функциональные нарушения по HAQ (67,7 и 5,6 %, $p < 0,05$). У хрупких отмечены более низкие показатели десятилетней выживаемости (по индексу Чарлсона) (23,0 и 54,1 %, $p < 0,05$) за счет возраста и наличия коморбидных заболеваний: у них чаще выявлялись ишемическая болезнь сердца (25,8 и 2,8 %, $p < 0,05$), застойная сердечная недостаточность (38,7 и 5,6 %, $p < 0,05$), заболевания легких (35,5 и 11,1 %, $p < 0,05$).

Итак, синдромы хрупкости и прехрупкости характерны для больных РА и могут выявляться в более молодом возрасте. Наличие хрупкости ассоциировано с более высокой активностью и рентгенологической стадией РА, физическим дефицитом, низким уровнем социального статуса, а также с повышенным риском летальности за счет старшего возраста и наличия коморбидных заболеваний.

Литература

1. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis / A. J. Cruz-Jentoft [et al.] // Age and Ageing. 2018. Vol. 0. P. 1–16.
2. Frailty and reduced physical function go hand in hand in adults with rheumatoid arthritis: a US observational cohort study / J. S. Andrews [et al.] // Clin. Rheumatol. 2017. Vol. 36(5). P. 1031–1039.
3. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
4. Fried L. P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // J. Gerontol. Med. Sci. 2001. Vol. 56(3). P. 146–156.
5. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40(5). P. 373–383.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК В МЕНОПАУЗЕ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

К. О. Самойлина¹, И. С. Добрынина¹, О. С. Посметьева¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

В настоящее время известно, что состояние здоровья женщины после 45–50 лет проходит ряд изменений. Женские половые гормоны эстрогены и прогестерон при климаксе синтезируются уже в меньших количествах, а их прогрессирующий дефицит нередко становится причиной появления так называемого менопаузального метаболического синдрома (МС) – комплекса метаболических трансформаций, возникающих в период менопаузы [1, 2].

Цель – изучить частоту встречаемости и особенности проявлений МС у женщин в климактерическом периоде.

Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП № 4. Всего было обследовано 70 женщин. Всем пациенткам определялся модифицированный менопаузальный индекс по шкале Купермана – Уваровой, тяжесть климактерического синдрома оценивалась по шкале Грина. Степень ожирения устанавливалась по классификации ВОЗ. АД измерялось по методу Короткова. Определялся уровень общего холестерина, глюкозы в крови. Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника The Short Form-36 (SF36). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью U-критерия Манна – Уитни (p), корреляционные связи установлены при помощи параметрического метода Pearson и непараметрического Spearman (r). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

В ходе научной работы было опрошено 70 женщин (средний возраст – $65,78 \pm 1,08$ года), находящихся в менопаузе не менее двух лет, обратившихся к участковому терапевту по поводу соматической патологии. Из их числа были отобраны 36 пациенток, имеющих компоненты МС (1-я группа), 34 женщины не имели признаков МС (2-я группа). МС диагностировался при наличии двух и более компонентов по критериям Международной ассоциации по диабету. Группы были сопоставимы по средней длительности климактерического синдрома (КС): 1-я группа – $2,31 \pm 1,06$ года, 2-я – $2,08 \pm 1,4$ года ($p > 0,05$). Окружность талии (ОТ) более 80 см выявлена у 36 женщин (72 %). Обращает внимание, что все обследуемые имели ожирение: I степени – 43 (61 %), II – 25 (36 %) и III – 2 (3 %). Артериальная гипертензия 1-й степени диагностирована у 32 пациенток, 2-й – у 19, 3-й – у 8. Повышение уровня общего холестерина (ОХС) отмечено у 52 женщин (74,2 %). Нарушение гликемии натощак зарегистрировано у 19 (27,1 %), сахарный диабет II типа – у 13 (18,6 %).

Выявлено, что у пациенток с центральным типом ожирения присутствовали как минимум еще по два компонента МС, причём с ростом индекса Кетле увеличивалось и количество дополнительных критериев МС. У 36 из 70 женщин имелись признаки МС, что составило 51 % от общего числа обследуемых. Среднее значение менопаузального индекса составило $27,52 \pm 1,75$ балла, наиболее часто встречались слабая (42 человек, 58 %) и умеренная степень выраженности КС (21 человек, 30 %).

Согласно индексу Куппермана – Уваровой отсутствие признаков КС (0–11 баллов) наблюдалось у 7 из 70 пациенток (10 %), из них лишь две женщины имели МС. Слабые проявления КС (12–34 балла) диагностированы у 42 из 70 женщин (58 %), из них у 21 наблюдались признаки МС. Умеренная степень выраженности КС (35–58 баллов) выявлена у 21 из 70 женщин (30 %), из них у 13 проявлялись признаки МС. Средний балл по результатам анкетирования обследуемых по шкале Грина в среднем составил $31,76 \pm 2,35$: низкий интегральный показатель проявлений КС выявлен у 19 женщин (28 %), из них у 6 с МС. Пониженный интегральный показатель имелся у 35 из 70 (50%), из них 20 пациенток с признаками МС; средний – у 10 из 70 женщин (14 %), из них у 5 выявлен МС; повышенный – у 6 женщин (9%), из них у 4 имелся МС.

По результатам опросника SF36 установлено, что средний показатель «физического компонента здоровья» имелся у 42 обследуемых (60 %); низкий – у 28 (40 %). Средний показатель «психического компонента здоровья» определен у 59 из 70 женщин. Из них у 28 имелись признаки МС; низкий – у 11, что составляет 16 %. Из них 8 пациенток с МС. При проведении корреляционного анализа определялась обратная связь умеренной силы между тяжестью КС и показателем физического ($-r = 0,452, p < 0,001$) и психического ($-r = 0,321, p < 0,05$) компонентов здоровья по шкале SF36. При сравнении в группе пациенток с МС выявлен достоверно более низкий показатель физического компонента здоровья, чем в группе лиц без признаков метаболических нарушений ($p < 0,05$).

Итак, в ходе исследования выявлена высокая встречаемость МС у женщин в менопаузе не менее двух лет. Согласно индексу Куппермана – Уваровой, а также шкале Грина отмечено, что степень выраженности КС находится в прямой зависимости от проявлений МС. Определена зависимость между уровнем тяжести климактерия и показателями качества жизни пациенток.

Литература

1. Чекальская Н. А., Корпачева-Зиных О. В. Гормональные и метаболические изменения в организме женщин в период менопаузы // Здоровье женщины : Всеукр. науч.-практ. журн. 2008. № 2. С. 196–204.
2. Шестакова И. Г. Клинические особенности менопаузального метаболического синдрома // Тезисы докладов 1-го Российского конгресса по менопаузе. Климактерий. М., 2017. С. 5–7.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

О. А. Тюльпанова¹, М. В. Костенюк¹, А. В. Лебедева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) обусловлена многими факторами. К ним относятся возрастающая распространенность язвенного колита и болезни Крона, прогрессирующее течение этих заболеваний, частые обострения, наличие внекишечных проявлений и осложнений [1], что не только приводит к ранней инвалидизации и повышает риск оперативного вмешательства, но и значимо ухудшает качество жизни (КЖ) таких больных [2]. Восприятие пациентами своего заболевания влияет на повседневную жизнь и самочувствие, что является важным фактором состояния здоровья. В связи с этим большой интерес представляет оценка психоэмоционального статуса пациентов с ВЗК [3] как нарушение одного из компонентов КЖ.

Цель – оценить КЖ больных с хроническими ВЗК различной степени тяжести.

Обследованы 18 больных ВЗК (9 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 22 до 74 лет (средний возраст – 48 лет), проходивших стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ в 2019 году. По результатам обследования в соответствии с клиническими рекомендациями [4] у 14 пациентов был установлен диагноз язвенного колита, у 4 – болезни Крона. Оценка психоэмоционального статуса проводилась путем анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Обработка полученных результатов проведена в программе Statistica 6.0.

Установлено, что у 7 (38,9 %) из 18 пациентов имелись отклонения от нормы по шкале HADS. Среди них 57 % женщин и 43 % мужчин. По данным анкет выявлены 4 женщины с отклонениями от нормы (2 – с субклинически выраженной депрессией, 1 – с субклинически выраженной тревогой и 1 – с клинически выраженной тревогой) и 3 мужчины с отклонениями от нормы (2 – с субклинически выраженной тревогой и 1 – с клинически выраженной тревогой и депрессией). При этом отмечена зависимость психоэмоционального состояния больных от длительности заболевания. Наиболее выражены эти изменения были у пациентов с коротким анамнезом (до двух лет), особенно четко эта зависимость выявлялась у женщин. Это можно объяснить тем, что пациентки не успели адаптироваться к своему состоянию и принять свою болезнь. У мужчин корреляции между длительностью анамнеза и проявлениями тревоги и депрес-

сии не установлено. Отмечено также увеличение тревожности и склонности к депрессии у пациентов с тяжелыми и среднетяжелыми атаками ВЗК. Это может быть связано с более выраженной клинической симптоматикой (боли и выраженное расстройство стула – до 5–10 дефекаций в сутки), что нарушает привычный образ жизни).

Итак, на основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что пациенты с ВЗК склонны к депрессивным и тревожным расстройствам. Группа риска – женщины с коротким анамнезом болезни и с тяжелым непрерывно рецидивирующим течением. Пациентам с выраженными тревогой и депрессией рекомендуется наблюдение у специалиста за с целью отслеживания психического статуса, так как подобный эмоциональный фон не только ухудшает симптоматику соматического заболевания, но и негативно сказывается на желании больных проходить длительную терапию.

Литература

1. Ивашкин В. Т. Гастроэнтерология : нац. рук-во / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 704 с. (Серия «Национальные руководства»).
2. Ghosh S., Mitchell R. Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey // J. Crohn's and Colitis. 2007. № 1. P. 10–20.
3. Сравнительный анализ качества жизни и психологических особенностей пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона / Е. С. Бодрягина, Д. И. Абдулганиева, К. К. Яхин, А. Х. Одинцова // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. 2013. № 10.
4. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита / В. Т. Ивашкин [и др.] // Колопроктология. 2017. № 1(59). С. 6–30.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ДНК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

*Ю. А. Котова¹, А. А. Зуйкова¹, О. Н. Красноруцкая¹,
Н. В. Страхова¹, В. И. Шевцова¹*

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности во всем мире. Патофизиологические механизмы ИБС включают окисление липидов, разрыв бляшек и образование тромбов [1, 2]. В последнее время становится понятно, что повреждение ДНК мо-

жет инициировать развитие ряда хронических заболеваний, в том числе ИБС [3]. Существует все больше доказательств наличия повреждения ДНК у больных ИБС. Однако таких данных у лиц с ИБС в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа на сегодняшний день недостаточно.

Цель – оценить степень повреждения ДНК в лимфоцитах периферической крови больных ИБС и СД 2 типа.

В исследовании приняли участие 236 больных ИБС и 70 пациентов с ИБС и сопутствующим СД 2 типа (средний возраст – $61,56 \pm 3,4$ года), находившихся на лечении в ВГКБ СМП № 1, и 20 клинически здоровых лиц (средний возраст – $57,88 \pm 4,7$ года). Повреждение ДНК в лимфоцитах периферической крови больных ИБС исследовали с помощью метода ДНК-комет. Полученные результаты фотографировали и обрабатывали в программе CASP. Статистическая обработка проведена с помощью SPSS Statistitcs 22. Для оценки различий между группами использовался критерий Манна – Уитни, достоверные различия определялись при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с помощью критерия Спирмена.

Пациенты с ИБС имели статистически значимое ($p < 0,001$) увеличенное повреждение ДНК (хвостовой процент ДНК (Т-ДНК %) $24,38 \pm 0,50$ против $6,12 \pm 0,11$; хвостовой момент (ТМ) – $88,54 \pm 2,18$ против $8,98 \pm 0,71$; частота повреждений (DF) – $90,05 \pm 0,84$ против $42,12 \pm 3,21$, индекс повреждений (DI) – $176,21 \pm 5,12$ против $48,92 \pm 3,54$) по сравнению с контрольной группой. У пациентов с ИБС и СД 2 типа выявлено достоверно более высокое повреждение ДНК, чем у пациентов только с ИБС (Т-ДНК % $24,49 \pm 0,21$ против $22,01 \pm 0,77$; ТМ $102,31 \pm 7,12$ против $83,32 \pm 6,12$; ДФ $94,34 \pm 0,88$ против $90,12 \pm 0,98$, ДИ $186,54 \pm 5,87$ против $168,54 \pm 4,93$). При проведении корреляционного анализа установлена достоверная положительная связь между степенью повреждения ДНК и наличием СД.

Следовательно, у больных ИБС отмечены более высокие показатели повреждения ДНК в лимфоцитах периферической крови по сравнению с группой здоровых. У больных ИБС с сопутствующим СД 2 типа установлены достоверные различия по всем показателям повреждения ДНК.

Литература

1. Ключевые лабораторно-диагностические биомаркеры коронарного атеросклероза / Ю. И. Рагино [и др.] // Кардиология. 2011. № 3. С. 42–46.
2. Localization of native high-density lipoprotein and its relation to plaque morphology in human coronary artery / Y. Uchida [et al] // Int. Heart J. 2013. № 54. С. 348–354.
3. Oxidative and nitrosative stress in association with DNA damage in coronary heart disease / K. G. Rajesh [et al] // Singapore Med. J. 2011. № 52. С. 283–288.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

М. А. Еремина¹, М. А. Маркова¹, М. В. Тумова¹, О. Б. Аркин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Внебольничная пневмония (ВП) является одним из серьезных инфекционных заболеваний. Во многих регионах мира из года в год отмечается прирост заболеваемости данной патологией с последующим развитием серьезных осложнений и летальных исходов [1, 2]. По мнению экспертов ВОЗ, распространенность и смертность от ВП будет расти до 2020 года, а процент летальности в дальнейшей перспективе увеличиться [3]. В РФ в 2018 году летальные исходы зарегистрированы у 24 954 из 722 651 заболевших ВП (3,5 %) [4]; в Ивановской области – у 359 из 6 176 (5,8 %) [5].

Цель – провести анализ летальных исходов при ВП в терапевтическом стационаре.

Были проанализированы 196 историй болезней пациентов с ВП, находившихся на лечении в терапевтическом отделении ОБУЗ ГKB № 4 г. Иваново с января по декабрь 2018 года. Среди больных с ВП было 97 мужчин и 99 женщин. 96 пациентов были моложе, 100 – старше 65 лет. Отобраны 33 истории болезни лиц, умерших за этот период, у которых в составе патологоанатомического диагноза значилась «пневмония» как причина смерти (16) или сопутствующее заболевание (17). Всего в отделении в 2018 г. умерло 103 пациента. Анализировали половые, возрастные особенности умерших от ВП, наличие фоновой патологии. Кроме того, сравнивали время от момента появления первых симптомов заболевания до госпитализации, время наступления летального исхода после госпитализации, а также тяжесть состояния умерших от ВП и выздоровевших по шкале CRB-65, которая включает степень дыхательной недостаточности, нарушения гемодинамики, уровень сознания, возраст пациента и необходима для оценки риска летального исхода и выбора места лечения пациента.

Установлено, что летальность непосредственно от ВП составила 8,16 % (16 случаев из 196) и вышла на первое место среди причин смерти в стационаре, обогнав хронические формы ИБС (14 больных), циррозы печени (11) и злокачественные новообразования (7). Ещё в 17 случаях ВП явилась сопутствующей патологией или осложнением иных соматических заболеваниях, послуживших непосредственной причиной смерти. Таким образом, ВП выявлена у 33 из 103 (32,04 %) умерших в терапевтическом отделении. Среди умерших от ВП преобладали муж-

чины (21 из 33) и пациенты старше 65 (20 из 33). У лиц до 65 лет в большинстве случаев (69,2 %) ВП рассматривалась как основное заболевание, тогда как после 65 лет чаще (65,0 %) развивалась на фоне коморбидной патологии и была расценена как сопутствующее заболевание. Умершие моложе 65 лет часто страдали хронической инфекционной патологией: ВИЧ-инфекцией (30,8 %), вирусными гепатитами (20 %), имели туберкулез легких в анамнезе (23,1 %). Кроме этого, пациенты данной группы длительно злоупотребляли алкоголем (46,2 %), имели длительный стаж табакокурения (53,8 %), внутривенную наркоманию в анамнезе (15,4 %). У лиц старше 65 лет преобладала соматическая коморбидная патология в стадии декомпенсации: заболевания сердечно-сосудистой системы (30,0 %), сахарный диабет 2 типа (10,0 %), онкопатология (10,0 %), хроническая болезнь почек 4–5-й стадии (10,0 %), хроническая обструктивная болезнь легких тяжелого течения (5,0 %). В данной группе алкоголем злоупотребляли 25,0 % умерших, длительный стаж табакокурения имели 50,0 %. Отмечена тенденция к более поздней госпитализации среди умерших – через $7,5 \pm 8,6$ дня после появления первых симптомов, по сравнению с выздоровевшими, которые поступали через $6,0 \pm 8,9$ дня. Умершие имели более высокие баллы по шкале CRB-65 по сравнению с выздоровевшими. Оценка тяжести по шкале CRB-65 у умерших приняла следующие значения: 0 баллов – у одного больного (3,0 %), 1–2 балла – у 22 (66,7 %), 3–4 балла – у 10 (30,3 %). 163 выздоровевших имели более низкие баллы: 0 баллов – 75 (46,0 %), 1–2 балла – 86 (52,8 %), тогда как высокие значения (3–4 балла) зарегистрированы всего у двоих (1,2 %). Большинство летальных исходов произошли в первые (30,3 %) и вторые сутки (30,3 %) после поступления в стационар, в более поздние сроки умерли 39,4 % пациентов.

Таким образом, ВП занимает первое место в структуре летальности в терапевтическом стационаре. Среди умерших с диагнозом ВП преобладают мужчины и лица старше 65 лет. В подавляющем большинстве случаев умершие с диагнозом ВП имели тяжелую фоновую патологию: в возрасте до 65 лет – ВИЧ-инфекцию, алкоголизм и наркоманию, старше 65 лет – тяжелые декомпенсированные соматические заболевания. 50 % умерших с диагнозом ВП имели длительный стаж курения. Шкала тяжести ВП CRB-65 позволяет прогнозировать исход ВП и может использоваться для определения тактики ведения больного с учетом прогноза.

Литература

1. Brown J. S. Community-acquired pneumonia // Clinical Medicine. 2012. Vol. 12, № 6. P. 538–543.
2. Severe community-acquired pneumonia: Characteristics and prognostic factors in ventilated and nonventilated patients [Electronic resource] / M. Ferrer [et al.].

// PLoS ONE. 2018. № 13(1). URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone-0191721> (Дата обращения: 21.02.2020).

3. Кругляков Л. В., Нарышкина С. В. Современные подходы к лечению внебольничных пневмоний (обзор литературы) // Бюль физиологии и патологии дыхания. 2014. № 52. С. 110–120.
4. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь–декабрь 2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gospotrebnadzor.ru> (Дата обращения: 21.02.2020).
5. Распределение умерших по основным классам причин смерти за январь–сентябрь 2018 года [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ivanovo.gks.ru/storage/mediabank/dead_0918.pdf (Дата обращения: 21.02.2020).

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И. С. Серов¹, Е. Д. Абрашкина²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн»

Синдром анемии является частой патологией у пациентов старших возрастных групп, приводящей к усугублению тяжести течения уже имеющихся заболеваний и инициирующей ее. Особенностью анемии в этой группе является маскирование ее клинических проявлений признаками фоновой патологии, а также ее многофакторный патогенез, обусловленный коморбидностью [1–3]. Это свидетельствует об актуальности изучения особенностей анемии у данной категории пациентов для определения подходов к лечению.

Цель – выявить частоту и клинико-гематологические особенности анемии у пациентов старческого возраста.

Проанализировано 320 медицинских карт стационарных больных гериатрического отделения ОГВВ г. Иваново, находившихся на лечении в период с июля 2019 по февраль 2020 г. с различной коморбидной патологией, включающей хронические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем. У 32 пациентов (10 %) (5 мужчин и 27 женщин в возрасте от 76 до 96 лет, средний возраст – $87,1 \pm 5,2$ года) выявлена анемия. Всем было проведено общеклиническое обследование, в том числе эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства по алгоритму онкологического

скрининга, определялся уровень сывороточного железа и С-реактивного белка (СРБ) в крови. Онкологическая патология исключена.

Пациенты с анемией предъявляли неспецифические жалобы: на одышку, головокружение, снижение аппетита, общую слабость. У всех больных имелась сочетанная патология: хронические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем. Анемия легкой степени имела место у 26 человек: средний уровень гемоглобина (Hb) – $101,5 \pm 4,6$ г/л, среднее содержание эритроцитов (RBC) – $3,6 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$, средней степени тяжести – у 6 человек: Hb $85,7 \pm 4,7$ г/л, RBC $3,4 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$, анемии тяжелой степени не выявлено.

По морфологическому принципу пациенты с анемией разделены на четыре группы: первая – микроцитарная гипохромная анемия имела место в 7 случаях (4 женщины, 3 мужчины, средний возраст – $86,5 \pm 4,5$ года: Hb – $90,5 \pm 13,6$ г/л, RBC – $4,01 \pm 0,61 \times 10^{12}/л$, средний объем эритроцита (MCV) – $73,7 \pm 4,0$ фл., среднее содержание Hbв эритроците (MCH) – $23,3 \pm 1,8$ пг, средний уровень сывороточного железа – $4,5 \pm 1,0$ мкмоль/л, средний уровень СРБ – $4,5 \pm 1,0$ мг/л; вторая – нормоцитарная гипохромная анемия – в 6 случаях (6 женщин, средний возраст – $83,6 \pm 4,5$ года: Hb – $99,1 \pm 10,2$ г/л, RBC – $3,6 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$, MCV – $83,3 \pm 3,5$ фл., MCH – $26,4 \pm 1,0$ пг, средний уровень сывороточного железа – $6,1 \pm 1,2$ мкмоль/л, средний уровень СРБ – $4,8 \pm 0,9$ мг/л; нормоцитарная нормохромная анемия – в 17 случаях (16 женщин, 1 мужчина, средний возраст – $88,9 \pm 4,0$ года): Hb – $100,9 \pm 4,6$ г/л, RBC – $3,4 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$, MCV – $92,1 \pm 4,0$ фл., MCH – $29,4 \pm 1,5$ пг. У 5 пациентов этой группы уровень сывороточного железа также был снижен и в среднем составил $7,4 \pm 2,1$ мкмоль/л; у 12 – был в нормальных пределах – в среднем $13,6 \pm 3,6$ мкмоль/л. У всех пациентов этой группы имелись субклинические лабораторные признаки воспаления – средний уровень СРБ – $8,0 \pm 2,3$ мг/л; четвертая – макроцитарная гиперхромная анемия имела место в 2 случаях (1 мужчина и 1 женщина, средний возраст – $84,0 \pm 4,5$ года): Hb – $87,5 \pm 27,5$ г/л, RBC – $2,1 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$, MCV – $119,9 \pm 0,7$ фл., MCH – $41,9 \pm 0,9$ пг. В обоих случаях анемия была связана с дефицитом витамина В₁₂, что подтвердилось при дальнейшем исследовании и в процессе терапии.

Таким образом, у 10 % пациентов гериатрического стационара с коморбидной патологией выявлен анемический синдром легкой и среднетяжелой степени. Клиническая симптоматика анемии не имеет особенностей и маскируется симптомами сочетанной патологии. Дефицит железа обнаружен у большинства наблюдавшихся (56 %) как с гипохромной, так и с нормохромной анемией. Более половины пациентов имели нормоцитарный нормохромный характер анемии, при этом у 1/3 их имел место дефицит сывороточного железа. У остальных 2/3 содержание сывороточ-

ного железа не было снижено, но был повышен уровень СРБ, что позволило предположить сложный генез анемии, связанный с сосудистой патологией и хроническим воспалением, гиперпродукцией гепсидина, нарушением транспорта железа, уменьшением выработки эритропоэтина [3], и отнести ее к анемии хронических заболеваний, что требует более углубленного лабораторного исследования. Многообразие механизмов развития анемии у пациентов старческого возраста требует дифференцированного подхода к ее диагностике и лечению.

Литература

1. Богданов А. Н., Щербак С. Г., Павлович Д. Анемии в пожилом и старческом возрасте // Вестн. Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2018. Т. 10, № 2. С. 19–26.
2. Андреевич Н. А., Балеева Л. В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия // Вестн. современной клинической медицины. 2009. № 3. С. 60–65.
3. Рукавицын О. А. Анемия хронических заболеваний: отдельные аспекты патогенеза и пути коррекции // Онкогематология. 2016. Т. 11, № 1. С. 38–46.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АНЕМИИ

Л. А. Фомина¹, М. П. Фомина¹, Н. В. Павленко¹

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России

Сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте по распространенности и летальности [1]. Наблюдается неуклонный рост больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), ее распространенность в Российской Федерации составляет 7–10 % случаев [2]. В связи с увеличением продолжительности жизни и изменением ее качества наблюдается тенденция к расширению причин и факторов риска ХСН [3], отмечается увеличение частоты коморбидной патологии, что приводит к прогрессированию и утяжелению ассоциированных состояний, повышает лекарственную нагрузку. Достаточно часто выявляется коморбидное течение ХСН и анемии, осложняющей течение ХСН [4], особенно у лиц старших возрастных групп, достигая 18 % [5]. При данной ассоциации происходит снижение продолжительности жизни, повышается смертность, что подтверждено различными исследованиями [6, 7]. Кроме того, доказано, что анемия при ХСН существенно понижает переносимость физических нагрузок и качество жизни, вызывает когнитивные нарушения [8].

Цель – изучить особенности и частоту коморбидного течения ХСН и анемии.

На базе КБ СМП г. Твери было обследовано 30 больных (20 женщин и 10 мужчин, средний возраст – $56,3 \pm 6,4$ года) с ХСН, осложняющей течение сердечно-сосудистой патологии. Все пациенты проходили лечение в терапевтическом отделении КБ СМП г. Твери в период с октября по декабрь 2019 года. С учетом уровня гемоглобина обследованные были разделены на две группы. Первую (19 человек (13 женщин и 6 мужчин), средний возраст – $58,1 \pm 5,5$ года) составили больные с ХСН и нормальным уровнем эритроцитов и гемоглобина, во вторую вошли 11 пациентов (7 женщин и 4 мужчины, средний возраст – $55,7 \pm 5,2$ года) с сочетанием ХСН и анемии. У всех обследованных изучались клинические симптомы заболевания, проводилось исследование клинического и биохимического анализов крови, показателей эхокардиоскопии (эхоКС).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 10.0 for Windows». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Установлено, что уровень гемоглобина у больных второй группы колебался от 61 до 104 г/л и в среднем составил 101 г/л. Следовательно, преобладали пациенты (9 человек) с анемией легкой степени, у 3 отмечалась анемия средней степени тяжести. У 6 больных второй группы отмечалась нормохромная, у 5 – гипохромная анемия.

Пациенты первой группы (ХСН) имели несколько более высокий индекс массы тела (ИМТ), что соответствовало ожирению I степени, а при сочетании ХСН и анемии – средний ИМТ, указывающий на избыточный вес. Обращает на себя внимание тот факт, что все больные второй группы отмечали снижение веса на 2–5 кг за последний год. Это сочеталось с изменением уровня общего белка сыворотки крови: при ХСН этот показатель был в пределах нормальных значений и составил $73,1 \pm 10,4$ г/л, а при ассоциации ХСН с анемией его уровень был ниже нормы и существенно ниже значения первой группы ($63,8 \pm 9,2$ г/л, $p < 0,05$).

Распространенность сахарного диабета (СД) в группе коморбидных больных была в два раза выше по сравнению с пациентами без анемии. Самостоятельно СД является фактором риска развития анемии, а также усиливает прогрессирование ХСН.

Исследование показателей липидного спектра в двух группах показало, что уровень холестерина у них значимо не различался, однако у больных второй группы (ХСН и анемия) содержание триглицеридов ($1,76 \pm 0,34$ ммоль/л) и липопротеидов низкой плотности ($3,46 \pm 1,13$ ммоль/л) были выше нормы, в то время как в первой группе (ХСН без анемии) уровень этих липидов соответствовали норме ($1,43 \pm 0,47$ и $2,56 \pm 1,02$ ммоль/л соответственно).

В обеих группах скорость клубочковой фильтрации (СКФ) значимо ($p < 0,05$) различалась: у больных с ХСН без анемии ее среднее значение

составило 66,28 мл/мин и не отличалось от нормы, а при ассоциации ХСН и анемии – 49,27 мл/мин и было существенно ($p < 0,05$) ниже нормы.

Результаты эхоКС свидетельствуют о более выраженных изменениях сердечной мышцы при ассоциации ХСН с анемией. Фракция выброса при ХСН без анемии снижалась на 53,7 %, а при присоединении анемии – на 45,2 %. Такой показатель, как размер левого предсердия, свидетельствующий о стабильности синусового ритма, в первой группе был 4,34 см, а во второй – 5,16 см, что превышало норму.

Выводы. 1. За период исследования анемия диагностирована у 58 % госпитализированных с ХСН в терапевтическое отделение. Преобладали пациенты с легкой степенью тяжести анемии. 2. Коморбидное течение ХСН с анемией сопровождалось гипопроотеинемией и изменением липидного профиля в виде повышения уровня триглицеридов и липопротеидов низкой плотности. 3. При сочетании ХСН с анемией увеличивалась частота встречаемости сахарного диабета почти в два раза. 4. Ассоциация ХСН и анемии протекала на фоне снижения СКФ ниже нормальных показателей. 5. Данные эхоКС свидетельствуют о снижении фракции выброса на 8,5 % в группе пациентов с сочетанием ХСН и анемии.

Литература

1. Заболеваемость взрослого населения России : стат. матер. М. : Минздрав России, 2017. 210 с.
2. Калюжин В. В., Тепляков А. Т., Калюжин О. В. Эпидемиология сердечной недостаточности. М. : Мед. информ. аг-во, 2018. С. 66–83.
3. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение / В. Ю. Мареев [и др.] // Кардиология. 2018. № 58(6S). С. 8–158.
4. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский, М. В. Голшмид, И. М. Кузьмина, Н. Г. Бенделиани // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2019. № 8(1). С. 68–73.
5. Провоторов В. М., Авдеева С. А. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью // Клиническая медицина. 2012. № 3. С. 55–59.
6. Булашова О. В., Хазова Е. В., Газизянова В. М. Течение и прогноз сердечной недостаточности во взаимосвязи с уровнем гемоглобина // Вестн. современной клинической медицины. 2014. Т. 7, прил. 1. С. 149–151.
7. Anemia in patients with heart failure and preserved systolic function / G. M. Felker, L. K. Shaw, W. G. Stough, C. M. O'Connor // Am. Heart J. 2006. Vol. 151(2). P. 457–462.
8. Study of Anemia in Heart Failure Trial (STAMINA-HeFT) Group. Randomized double-blind trial of darbepoetin alfa in patients with symptomatic heart failure and anemia / J. K. Ghali [et al.] // Circulation. 2008. Vol. 29, № 117(4). P. 526–535.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ

А. О. Олексива¹, С. А. Сакова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Заболеваемость гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) охватывает около 40 % взрослого населения. В России около 50 % взрослых испытывали симптомы ГЭРБ, у 13,3 % из обратившихся за медицинской помощью диагностирована ГЭРБ. В странах Восточной Европы этот показатель достигает 40–60 %, причем у 45–80 % лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит [1]. Высокая частота ГЭРБ и, следовательно, беспокоящих симптомов, вызывает значительные социальные последствия, отрицательно влияя на работоспособность и многие другие аспекты качества жизни пациентов [1, 2]. Количественной разницы в заболеваемости мужчин и женщин нет.

Кроме субъективной неудовлетворенности больных результатами лечения на фоне проводимой терапии с каждым годом растет число осложнений ГЭРБ, таких как язвы, стриктуры, опухоли пищевода [3]. Исследования указывают на рецидивирование ГЭРБ у 90 % больных после отмены препаратов [1, 4]. Без проведения поддерживающей терапии рецидив клинической симптоматики эрозивного эзофагита наблюдается почти в 92 % случаев [4].

Цель – выявить наиболее часто встречающиеся факторы, способствующие нарушению приверженности пациентов с ГЭРБ к диетотерапии и лечению, что способствует рецидивированию заболевания, развитию осложнений, таких как стриктуры, язвы и аденокарцинома пищевода, пищевод Барретта.

В исследовании приняли участие 110 жителей г. Иванова. На базе ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» проводился опрос по специально разработанной анкете, включающей 20 открытых и закрытых вопросов. Производился расчет средних и относительных величин с использованием прикладных компьютерных программ.

Установлено, что среди лиц с диагностированной ГЭРБ 44,5 % составили мужчины, 55,5 % – женщины. Средний возраст – $52 \pm 1,5$ года, социальные группы – работающие, учащиеся, пенсионеры. Была изучена приверженность пациентов к лечению и диетотерапии, выделены наиболее частые причины отсутствия приверженности к лечению среди населения. Комплексность рассматривалась как совокупность немедикаментозного (диетотерапия, изменение образа жизни) и медикамен-

тозного лечения (прием лекарственных средств (ЛС), длительность, кратность). Выяснено, что 87,2 % респондентов получали медикаментозную терапию (только 40,6 % из них одновременно придерживались диеты); 12,8 % – не получали (из них 10 % выразили готовность к приему ЛС при получении рекомендаций). Установлено, что у 76,1 % продолжительность лечения отличалась от рекомендованной (отказ от лечения ввиду снижения интенсивности симптомов – у 47,9 %, ввиду неудовлетворенности эффектом – у 12,5 %, постоянный прием препаратов вне зависимости от проявлений заболевания – у 15,7 %), соблюдали назначенную терапию, учитывая кратность и длительность приема ЛС, – 24 %. Уверены, что соблюдают диету, 58,1 % опрошенных, 21,8 % считали невозможным соблюдение диеты ввиду социальных, экономических причин, 17,2 % недостаточно информированы о принципах диеты при ГЭРБ, 2,9 % не готовы изменить свой рацион. Только 61,8 % опрошенных внесли коррективы в образ жизни, 26,3 % считают его правильным, 10 % не осведомлены о необходимости изменения образа жизни.

Таким образом, материалы проведенного исследования свидетельствуют о недостаточной осведомленности пациентов о целях лечения и способах профилактики рецидивов ГЭРБ. Для повышения информированности для диспансируемого населения в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена предлагается проведение тематических лекций; организация школы пациента с ГЭРБ; создание и размещение доступных плакатов, буклетов и листовок с необходимой информацией, разработка плана питания, что позволит повысить приверженность пациентов к комплексной терапии, снизить частоту рецидивов заболевания и риск развития осложнений, таких как: стриктуры пищевода, язвы пищевода, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода.

Литература

1. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ) / Л. Б. Лазебник [и др.] // Терапевт. арх. 2011. № 1. С. 45–50.
2. Пахомова И. Г., Барышникова Н. В. Современный взгляд на терапию ГЭРБ: возможности патогенетической и симптоматической терапии // РМЖ. 2016. № 11. С. 660–665.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии и проктологии. 2017. № 27(4). С. 75–95.
4. Обследование пациентов с синдромом диспепсии и изжоги в амбулаторно-поликлинической практике: нужен ли новый опросник терапевту, врачу общей практики./ Л. Б. Лазебник [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. 2018. № 150. С. 167–173.

ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РИСК

Е. С. Полтырева¹, С. Е. Мясоедова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Ревматоидный артрит (РА) – заболевание высокого кардиоваскулярного (КВ) риска, что обусловлено взаимодействием аутоиммунного воспаления с традиционными факторами риска [1]. В последнее время растет распространенность ожирения при РА, что привлекает внимание к этой проблеме[2].

Цель – определить частоту ожирения при РА, выявить его фенотипы и оценить кардиометаболический риск.

Обследованы 115 женщин с достоверным РА согласно критериям ACR/EULAR 2010 г. в возрасте 33–81 года (средний возраст – $61,46 \pm 10,61$ года), наблюдавшихся в отделении реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями клиники ИвГМА. Средняя длительность болезни – $9,7 \pm 9,02$ года. 70 пациентов (60,87 %) имели серопозитивный РА по ревматоидному фактору, у 40 (34,78 %) отмечен положительный тест на АЦЦП. Большинство пациенток имели 2-ю степень активности РА (60,87 %), II рентгенологическую стадию (58,26 %), II функциональный класс (54,78 %). Все женщины получали базисную противовоспалительную терапию, в том числе метотрексат – 86 (74,78 %) в средней дозе $10,13 \pm 7,34$ мг/нед. Глюкокортикоиды принимали 23 пациентки (20,0 %). Артериальная гипертензия выявлена у 92 (80 %), атеросклеротические бляшки сонных артерий – у 56 (48,70 %) женщин, сердечно-сосудистые заболевания – у 12 (10,43 %), сахарный диабет (СД) 2 типа – у 10 (8,70 %). Фенотипы ожирения оценивали по индексу массы тела (ИМТ) и отношению объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), в соответствии с этим выделяли метаболически здоровый фенотип (МЗФ) и метаболически нездоровый фенотип (МНЗФ) при ИМТ менее 25 кг/м^2 и ИМТ более 25 кг/м^2 [2]. Композиционный состав тела определяли методом рентгеновской денситометрии на аппарате «Lunar Prodigy Advance» («GEHealthcare»). Результаты обработаны в пакете программ Statistica 6,0 («StatSoft», USA, 2001). Для сравнения групп использовался непараметрический критерий Манна – Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Нормальная масса тела была только у 27 (23,48 %) женщин. У остальных отмечена избыточная масса тела (39 пациенток, 33,91 %) или ожирение (49 – 42,61 %). Выделено четыре группы пациенток с различными фенотипами: 1-я – с МЗФ с ИМТ менее 25 кг/м^2 ($n = 16$), 2-я –

МНЗФ с ИМТ менее 25 кг/м² (n = 11), 3-я – с МЗФ с ИМТ более 25 кг/м² (n = 11), 4-я – с МНЗФ с ИМТ более 25 кг/м² (n = 77). Группы не отличались по возрасту, длительности РА, количеству болезненных и припухших суставов, дозе метотрексата, индексу нарушения жизнедеятельности (HAQ-DI), уровню С-реактивного белка. При сравнении 1-й и 2-й групп больных с нормальным ИМТ выявлено, что у лиц с МНЗФ (2-я группа) наблюдались более высокие показатели ИМТ – 23,53 [22,23; 24] и 21,37 [21,01; 22,75] кг/м² (p = 0,01), индекс жировой массы (ИЖМ) – 7,98 [7,53; 10,63] и 7,07 [5,41; 7,59] (p = 0,01), индекс висцерального ожирения (ИВО) – 1,44 [1,07; 2,29] и 0,83 [0,65; 1,07] (p = 0,00). Сравнение 3-й и 4-й групп выявило сходные тенденции в виде достоверно более высоких ИМТ, ИЖМ и ИВО в группе с МНЗФ по сравнению с группой с МЗФ. Наряду с этим у больных 4-й группы с повышенным ИМТ и МНЗФ по сравнению с 3-й группой с МЗФ были достоверно выше уровни глюкозы (4,88 [4,32; 5,29] и 4,37 [4,21; 4,56] ммоль/л, p = 0,04), триглицеридов (1,31 [1,04; 1,70] и 0,90 [0,83; 1,04] ммоль/л, p = 0,01). По мере увеличения ИМТ и ОТ/ОБ отмечена тенденция к снижению концентрации холестерина ЛПВП, повышению систолического и диастолического АД с достоверными различиями между 1-й и 4-й группами (p < 0,05). Сахарный диабет наблюдался только у пациенток с МНЗФ 2-й и 4-й групп и отсутствовал в 1-й и 3-й группах с МЗФ. Активность РА по DAS28 имела тенденцию к снижению при переходе от МЗФ к МНЗФ с достоверными различиями между 3-й и 4-й группами – 4,90 [3,58; 5,12] и 3,76 [3,13; 4,43] (p = 0,01). Противоположная тенденция прослежена по ИТМ с достоверным ее увеличением в 4-й группе по сравнению с 1-й – 7,15 [6,50; 7,59] и 5,92 [5,62; 6,25] ммоль/л (p = 0,00). Соответственно частота саркопении (ИТМ менее 6 кг/м²) была максимальной в 1-й группе (56,3 %) и минимальной – в 4-й (2,6 %).

Следовательно, среди пациенток с РА преобладали женщины с повышенным ИМТ и с МНЗФ (4-я группа). Для данного фенотипа характерны более выраженные нарушения углеводного, липидного обмена, более высокие цифры АД, предрасположенность к развитию сахарного диабета. Данная группа пациенток требует особого внимания в плане диагностики и коррекции факторов кардиометаболического риска.

Литература

1. Амири Е. И., Мясоедова С. Е., Уткин И. В. Проблема ревматоидного артрита как фактора кардиоваскулярного риска в исследованиях сотрудников ИВГ-МА // Научный поиск. 2019. № 2(32). С. 70–72.
2. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний : нац. клин. рекомендации. СПб., 2017. 164 с.

Секция «РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Р. Р. Ферзиев¹, А. А. Шевырин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Эректильная дисфункция (ЭД) – это хроническое нарушение сексуальной функции у мужчин, имеющее серьезные социальные, медицинские и экономические последствия [1, 2]. ЭД может возникнуть у пациентов любого возраста, однако ее риск и частота с возрастом увеличиваются [3, 4]. Она является многофакторным заболеванием, требующим индивидуального подхода и комплексного лечения [5–7].

Цель – выявить распространенность ЭД у мужчин Ивановской области и оценить степень ее тяжести, а также изучить лабораторные изменения, характерные для данной патологии.

Работа проводилась на кафедре факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России и поликлинике для взрослых больных ОБУЗ ИвОКБ в течение 2019 г. Было обследовано 35 пациентов мужского пола в возрасте от 21 до 63 лет (средний возраст – 33,4 года) с диагнозом «Эректильная дисфункция», соответствующим определению Совместного заявления Национальных институтов здравоохранения [NIH Consensus Statement]). Диагноз устанавливался на основании соответствующих жалоб и клинических проявлений. Все пациенты заполняли опросник IIEF (The International Index of Erectile Function) – Международный индекс эректильной функции (МИЭФ) (ROSEN R. C et al., 1997), который позволял выявить эректильную дисфункцию и оценить степень ее выраженности (при сумме 25 баллов и менее). В комплекс обследований входили лабораторные и инструментальные исследования: биохимический и общий анализы крови, микроскопическое исследование мочи, серологический анализ на ВИЧ, гепатит, уровень половых гормонов в крови, результат обследования простаты per rectum, анализ секрета простаты, ТРУЗИ простаты. Для объективной оценки результатов ис-

следования по полученным данным проводилась статистическая обработка материала с использованием компьютерных программ Statistica for Windows ver. 6.0.

Распространенность ЭД в возрастных группах оказалась различной: от 21 до 29 лет – оказалась максимальной – у 51,4 %; от 30 до 39 лет – у 25,7 %. В более старшем возрасте ЭД – примерно на одном уровне: 40–49 лет – у 8,5 %; 50–63 года – у 8,1 %. Данная тенденция, скорее всего, связана не с реальными цифрами частоты ЭД в старших возрастных группах, а с низкой обращаемостью пациентов пожилого возраста с половыми проблемами за медицинской помощью. Длительность ЭД варьировалась от 3 месяцев до 1,5 лет. Выраженность ЭД по шкале IIEF составила от 11 до 24 баллов. Степень тяжести ЭД по результатам заполнения опросников: легкая – у 12 человек (34,3 %), средняя – у 18 (51,4 %), тяжелая – у 5 (14,3 %). При анализе лабораторных показателей у пациентов с ЭД выявлено повышение уровня холестерина, триглицеридов, сахара, печеночных трансаминаз, ГГТП.

Таким образом, установлено, что распространенность и выраженность ЭД среди мужчин варьирует в зависимости от возраста. Результаты лабораторных исследований свидетельствуют, что больные с ЭД имеют метаболические нарушения.

Литература

1. Возрастной андрогенный дефицит и хронический простатит: клинико-диагностические параллели / П. В. Спиринов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журн. 2013. Т. 9, № 1. С. 127–131.
2. Gorbachinsky I., Akpinar H., Assimos D. G. Metabolic syndrome and urological diseases // Rev. Urol. 2010. Vol. 12(4). P. 157–180.
3. Взаимосвязь воспалительных проявлений и морфофункциональных изменений предстательной железы у пациентов с хроническим простатитом // А. Ш. Гурбанов, А. А. Шевырин, М. Н. Ахмедов, Ш. Р. Бахшылы // Урологические ведомости. 2019. Т. 9, № 5. С. 37–38.
4. Коррекция андрогенного дефицита при хроническом инфекционном простатите как патогенетический метод преодоления неэффективности стандартной антибактериальной терапии на фоне растущей антибиотикорезистентности / И. А. Тюзиков [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. 2013. № 1. -С. 55–63.
5. Калинин С. Ю., Тюзиков И. А. Практическая андрология. М. : Практ. медицина, 2009. 400 с.
6. Шевырин А. А. Современный взгляд на лечение нарушений мужской фертильной функции // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. Т. 2, № 12. С. 30–35.
7. Metabolic syndrome, testosterone deficiency and erectile dysfunction never come alone / A. A. Yassin [et al.] // Andrologia. 2008. Vol. 40. P. 259–264.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У МУЖЧИНЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

М. М. Муравлянцева¹, Т. С. Рыжова¹, А. Н. Пичугова¹, А. М. Морозов¹

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской университет»
Минздрава России

В настоящее время в клинике хирургии и терапии одно из центральных мест занимает язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – хроническое заболевание, характеризующееся образованием дефекта в стенке слизистой оболочки [1]. ЯБЖ имеет полиэтиологичный характер, так как ее развитию способствует ряд факторов: генетическая предрасположенность, хроническое нервно-эмоциональное напряжение, злоупотребление алкоголем, курение, неправильный режим питания, длительный прием лекарственных препаратов, оказывающих ulcerогенное действие [2]. Нарушение баланса между агрессивными факторами и факторами местной иммунной защиты приводит к формированию дефекта в слизистой оболочке желудка и дальнейшему развитию язвенной патологии.

ЯБЖ является социально значимым заболеванием, так как приводит к утрате профессиональной пригодности и увеличению численности нетрудоспособного населения, а также сопровождается большим процентом летальности [3]. Согласно статистике, встречаемость ЯБЖ в мире среди мужчин и женщин приблизительно равна [4]. Ей страдают до 10–15% жителей стран Европы, США и Российской Федерации.

На сегодняшний день фармакологическая индустрия предлагает большое количество лекарственных препаратов для лечения ЯБЖ. К ним относятся ингибиторы протонной помпы, гастропротекторы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, антихеликобактерные препараты. Благодаря этому снижается первичная заболеваемость. Однако наблюдается тенденция к росту распространенности осложнений ЯБЖ в ургентной хирургии, к которым относятся: перфорация стенки желудка (6–20 % случаев), желудочные кровотечения (10–15 %), язвенный пилородуоденальный стеноз (6–15 %), пенетрация (15 %) и малигнизация язвы (8–10 %), в 15 % случаев приводящие к летальному исходу [5].

Цель – проследить течение и развитие осложнений ЯБЖ на конкретном примере.

Пациент в возрасте 61 года 18 сентября 2019 года был экстренно госпитализирован в хирургическое отделение ГБУЗ ГКБ № 7 г. Твери с диагнозом «Перфорация язвы желудка, сопровождающаяся диффузным серозно-фибринозным перитонитом».

Больной утром был доставлен в клинику в тяжелом состоянии, нарушения сознания не отмечалось. Главными жалобами являлись боль

по всему животу, слабость. Физикальное обследование: живот вздутый, напряженный и болезненный по всей поверхности, симптом раздражения брюшины (Щёткина – Блюмберга) положительный, печеночная тупость не определяется, выявлена ослабленная перистальтика, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определялся свободный газ под правым куполом диафрагмы, по данным ультразвукового исследования визуализируется свободная жидкость в брюшной полости. После проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) был установлен диагноз – «Перфорация язвы кардиального отдела желудка». Хирургами была экстренно проведена срединная лапаротомия для ушивания перфоративного отверстия диаметром 1,5 см.

После операции пациент находился в тяжелом состоянии, сознание ясное, жаловался на боль в области послеоперационной раны. Отмечалась субфебрильная температура тела, при пальпации живот мягкий, перитонеальные симптомы отрицательные, кишечные шумы ослаблены, повязка в области швов сухая, чистая, по дренажу отделялось серозно-геморрагическое содержимое, диурез по катетеру Фолея достаточный.

Через несколько дней пациент пожаловался на появление утром полуоформленного стула черного цвета и однократную рвоту с примесью крови. При проведении ЭГДС была обнаружена кровь в пищеводе и желудке, визуализировался край язвенного дефекта с подтеканием крови, был поставлен диагноз желудочно-кишечного кровотечения. Пациенту была назначена экстренная релапаротомия, ревизия органов брюшной полости и резекция 2/3 желудка по методу Бильрот-2-Витебскому. После операции состояние пациента тяжелое, сознание ясное, при пальпации живот мягкий, слегка болезненный в области послеоперационной раны, перистальтика не выслушивается, повязки сухие, чистые, по дренажу отделяется серозно-геморрагическое содержимое.

Данный клинический случай демонстрирует, что течение ЯБЖ имеет свои характерные черты. Несмотря на то что факторы, провоцирующие развитие данного заболевания, во многом известны, его патогенез окончательно не изучен. Нередко развиваются весьма опасные осложнения, например перфорация желудка, сопровождающиеся кровотечением и развитием перитонита, что во многом определяет течение и исход основного заболевания.

Литература

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста: монография / Л. В. Габбасова [и др.]. Тамбов, 2017. С. 48.

2. Хирургические болезни : в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. № 26(6). С. 40–54.
4. Ширинская Н. В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации. Заболеваемость и смертность // Дальневосточный медицинский журн. 2016. С. 105–109.
5. Осадчук М. А., Осадчук А. М., Сибряев А. А. Н. Pylori-негативная язвенная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 1. С. 4–9.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИГОЛЬЧАТОЙ АПОНЕВРЭКТОМИИ И ОТКРЫТОГО ИССЕЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМАТОЗА ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА

А. В. Смирнов¹, И. Ю. Кенин¹, Е. В. Коваленко¹, О. Г. Шершнева¹

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Несмотря на достижения современной травматологии и ортопедии и большой опыт, проблема лечения больных со 2–3-й степенью контрактуры Дюпюитрена (КД) сохраняет свою актуальность [1]. Ее значение определяется, в первую очередь, значительным удельным весом распространенности данной патологии [2]. Особенно следует отметить, что заболеванию подвержены преимущественно мужчины трудоспособного возраста, при этом прогрессирующее течение болезни приводит к значительному нарушению функции кисти, ограничению тонкой профессиональной деятельности и к инвалидности. Чаще при лечении КД используется открытое иссечение ладонного апоневроза (ЛА), в последние годы используют малоинвазивную игольчатую апоневрэктомия [2, 3].

Цель – выбор оптимального метода лечения КД.

Работа проводилась на базе ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн». Проанализировано 6 операционных журналов, 64 истории болезни пациентов с КД. Отдаленные результаты изучены в среднем через 10 месяцев после операции у 20 больных, средний возраст которых составил 61 год (8 женщин и 12 мужчин). Пациенты были разделены на две группы. 1-я группа после традиционного иссечения ЛА у 11 больных (8 мужчин и 3 женщины). 2-я группа – 9 пациентов после игольчатой апоневрэктомии (4 мужчины и 5 женщин). У всех

больных изучались жалобы (на боль, ограничение функции, нарушение чувствительности), объективно оценивались: динамометрия, движения в суставах пальцев, порог тактильной чувствительности, анализировалось наличие рецидивов после операции и время возникновения.

Общее число операций – 1115 за 2018, 1266 за 2019, всего – 2381. С 2018 по 2019 год проведено 64 операции на кисти по поводу КД, что составило 2,8 % от общего количества операций. Из них 10 (15,6 %) – иглочатая апоневрэктомия, 54 (84,4%) открытое иссечение ЛА.

Из 11 пациентов 1-й группы после традиционной апоневрэктомии жалобы на продолжающиеся боли отмечались у 2 (27,27 %) пациентов, ограничение функции – у 2 (27,27 %) пациентов, нарушение чувствительности – у 1 (18,18 %). Функция разгибания полностью восстановлена у 8 (72,72 %), частично – у 3 (27,27 %) больных. По результатам динамометрии оперированной ведущей кисти у пациентов не отмечено ослабления мышечной силы. Рецидива в данной группе пациентов не зафиксировано. При определении порога тактильной чувствительности нарушение выявлено у 2 (18,18 %) оперированных.

Из 9 пациентов 2-й группы после иглочатой апоневрэктомии жалобы на продолжающиеся боли отмечались у 1 (11,11 %), ограничение функции – у 2 (22,22 %), нарушение чувствительности в данной группе не зафиксировано. По результатам динамометрии оперированной ведущей кисти у больных не отмечено ослабления мышечной силы. Полное восстановление функции разгибания у 6 (66,66 %), частичное – у 3 (33,33 %) пациентов. Нарушения тактильной чувствительности не выявлено. Рецидив в данной группе зафиксирован у 2 больных.

Итак, после операции открытого иссечения ЛА пациентов чаще беспокоят боли в оперированной кисти, нарушение чувствительности. Однако после данной операции чаще встречалось полное восстановление функции разгибания и реже возникали рецидивы. Несмотря на меньшую травматичность иглочатой апоневрэктомии, более эффективной следует считать операцию открытого иссечения ЛА.

Литература

1. Микусев И. Е. Контрактура Дюпюитрена (вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения). Казань, 2001. 176 с.
2. Бадиков А. Д., Целищев А. И., Питенин Ю. И. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь» // Амбулаторная хирургия. 2004. № 1-2. С. 40-41.
3. Губочкин Н. Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиции микрохирургии // Амбулаторная хирургия. 2002. № 3. С. 14-17.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Т. С. Рыжова¹, А. Н. Пичугова¹, М. М. Муравлянцева¹, А. М. Морозов¹

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской университет»
Минздрава России

Нерешенным вопросом современной хирургии является лечение трофических язв (ТЯ) нижних конечностей. ТЯ – дефект кожи или слизистых оболочек, развивающийся вследствие отторжения некротизированных тканей и длительно сохраняющийся за счет слабой регенерации [1]. В индустриально развитых странах Европы количество пациентов с данной патологией составляет 2 % от всех хирургических больных. В России ТЯ при первичном обращении к хирургу выявляются у двух миллионов больных в год. Проведенные в последние годы исследования говорят о прогрессирующем распространении данной патологии [2].

Актуальность проблемы обусловлена рядом факторов: во-первых, неоднозначностью патогенеза ТЯ; во-вторых, устойчивостью их к консервативному лечению; в-третьих, социально-бытовыми аспектами проблемы, в-четвертых, сложностью и длительностью лечения; в-пятых, неуклонным их рецидивированием [3].

На заживление язв влияет множество факторов, в том числе появление устойчивых к антибактериальным средствам штаммов микроорганизмов, снижение общей и местной иммунобиологической реактивности организма, недостаточная эффективность местного лечения, травма регенераторных тканей и другие. Данные факторы не только препятствуют эпителизации язв, но и создают предпосылки для их рецидива [4].

Одним из современных методов комплексной терапии ТЯ является применение иммуностимулирующих препаратов, содержащих молекулы цитокинов, эффективность которых обусловлена иммуотропным влиянием, выражающимся в изменении интенсивности иммунного ответа [5].

Цель – на клиническом примере изучить эффективность применения местных иммуностимулирующих препаратов, содержащих молекулы цитокинов в терапии ТЯ.

Пациент обратился в Государственное бюджетное учреждение Тверской области «Городская клиническая больница № 7» с ранее выявленными хроническими язвами нижних конечностей. Для стимуляции регенерационного процесса была использована мазь «Виферон».

Для анализа динамики заживления ТЯ была разработана трехбалльная шкала оценки основных характеристик воспалительного про-

цесса, а также использована формула определения скорости заживления по методу Л. Н. Поповой.

У больного 56 лет в анамнезе имеется варикозное расширение вен нижних конечностей и хроническая венозная недостаточность 1-й степени (ВРВ ХВН С1), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей 2а (ОАСНК 2а), сердечной патологии не выявлено, травм нижних конечностей не было. Хронические язвы имеют полиэтиологическую природу. До этого более 6 месяцев безрезультатно лечился у врача-дерматолога.

С целью лечения хронической язвы была назначена мазь «Виферон», которая относится к фармакологической группе цитокинов. Препарат применяли местно по одному разу в день в течение месяца, с 15.10. по 15.11. 2019.

Перед началом курса применения препарата раны имела размеры 3,5 × 2,0 см, воспаление имело максимальные проявления (3 балла): выраженные гиперемия и перифокальный отек, интенсивная экссудация. Болевой синдром оценивался в 2 балла (умеренные проявления).

На 8-й день применения были выявлены улучшения по ряду критериев, а именно: степень гиперемии кожи вокруг очага, выраженность и плотность перифокального отека мягких тканей, интенсивность экссудации, согласно используемой шкале, соответствовали 2 баллам. Площадь раны увеличилась на 0,5 см, что является следствием процесса раневого очищения. Наблюдается образование очага эпителизации размером 1 × 0,5 см. На 11-й день критерии оценки воспалительного процесса имели слабые проявления и оценивались в 1 балл. Начало конвергенции краев раны – 3,3 × 1,9 см. Очаг эпителизации увеличился (1 × 0,8 см). На 24-й день курса наблюдались процессы эпителизации и образования рубца, резкое уменьшение площади раны (0,9 × 0,5 см), снижение экссудации (1 балл). По окончании курса продолжают процессы эпителизации и рубцевания, площадь раны уменьшена до 0,4 × 0,3 см. Основные критерии воспалительного процесса оцениваются в 0 баллов.

При применении препарата «Виферон» скорость заживления раны согласно методу Л. Н. Поповой составила 3,07 % в сутки. Были устранены основные проявления воспалительного процесса, а также достигнута скорость заживления раны, составляющая 3,07 % в сутки, что является положительным результатом для ТЯ, характеризующихся слабо выраженной регенерацией.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности применения местных иммуностимулирующих препаратов, содержащих молекулы цитокинов, в терапии ТЯ.

Литература

1. Глухов А. А., Аралова М. В., Денисова О. И. Особенности применения антибактериальных препаратов у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 4. С. 22–25.
2. Арсений И. И. Роль малоинвазивных хирургических методов коррекции флебогемодинамических нарушений в лечении трофических язв венозной этиологии // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2016. Т. 16, № 4-1(56). С. 59–61.
3. Довнар Р. И., Смотрин С. М. Трофические язвы нижних конечностей: современные аспекты этиологии и патогенеза // Журн. Гродненского государственного медицинского университета. 2009. № 4(28). С. 3–6.
4. Смирнова Е. С., Богданец Л. И., Адрияшкин В. В. Причины и пути устранения рецидивов трофических язв при варикозной болезни : дис. ... канд. мед. наук. М., 2016. 317 с.
5. Девяткина О. А., Гудукина Г. Н. Лечение «Суперлимфом» синдрома диабетической стопы у больных с сахарным диабетом 2 типа // Молодежный инновационный вестн. 2013. Т. 2, № 1. С. 36.

ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ И ЭЯКУЛЯТА МЕТОДОМ АНДРОФЛОР У ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ (ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ КАТЕГОРИИ IV)

Д. М. Рысев¹, Д. Г. Почерников¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

На сегодняшний день общепринятой считается классификация хронического простатита, предложенная Институтом здоровья США в 1995 году. По данным этой классификации, для идентификации микроорганизмов используются такие биоматериалы, как секрет предстательной железы или эякулят [1].

В последние годы для идентификации микроорганизмов используются инновационные методы, в частности полимеразная цепная реакция (ПЦР) в реальном времени. На отечественном рынке широко представлен метод «Андрофлор», который позволяет ускорить процесс работы и выявить больший микробный спектр по сравнению с рутинным анализом эякулята [2]. Но часто возникает вопрос, какой материал более информативен для исследования – секрет простаты или эякулят [3–6]. Проведённое исследование одновременно трёх материалов не выявило статистической разницы в выявляемости микробиоты в секрете простаты и эякуляте, что было связано с малой выборкой [6]. Ряд авторов считает, что для диагностики хронического простатита с категорией IV не-

целесообразно брать сразу как секрет простаты, так и эякулят, так как микробиоты схожи [7, 8].

Цель – сравнить результаты исследований секрета простаты и эякулята с помощью ПЦР в режиме реального времени методом «Андрофлор».

В период с декабря 2016 по июль 2019 г. проведено проспективное исследование пациентов с хроническим простатитом категории IV (по классификации Института здоровья США, 1999), которые обратились на кафедру факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России по поводу преградивающей подготовки, бесплодия или эректильной дисфункции. На момент обследования у всех больных отсутствовали характерные для хронического простатита категории II и III жалобы. Каждому пациенту выполнено ТРУЗИ простаты, микроскопия секрета предстательной железы и эякулята, количественное исследование микрофлоры урогенитального тракта на детекторе ДНК технология ДТ-96 (исследование «Андрофлор») (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) [2]. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0 (Stat Soft Inc.). Статистическую значимость различий определяли с помощью критерия Фишера, Вилкоксона и метода знаков, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

При сравнении микробиоты секрета простаты и эякулята выявлены статистически значимые отличия по количеству общей бактериальной массы (ОБМ): в секрете простаты ОБМ составила $103,7 \pm 1,6$ ГЭ/мл, в эякуляте – $102,6 \pm 1,8$ ГЭ/мл ($p < 0,001$). В секрете простаты достоверно чаще, чем в эякуляте, встречались следующие микроорганизмы: *Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp, *Corynebacterium*, *Eubacterium*, *Enterobacteriaceae*, *Anaerococcus* ($p < 0,05$). Существенных различий по содержанию других микроорганизмов не выявлено.

Итак, наше исследование демонстрирует статистически значимую разнородность данных микробиот по многим видам микроорганизмов. На наш взгляд, для полноценной диагностики инфекционных агентов, вызывающих воспалительные заболевания мочеполовой системы, необходимо брать для анализа как секрет простаты, так и эякулят.

Литература

1. Guidelines on Urological infections / G. Bonkat [et al.] // Eur. Ass. of Urology. – 2019.
2. Липова Е. В., Чекмарев А. С., Болдырева М. Н. Новый метод диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов мочеполового тракта у мужчин (тест «Андрофлор®», «Андрофлор®Скрин»). М., 2017. 48 с.
3. Чигринцев С. В., Брюхин Г. В. Связь микробиоты уретры с качеством эякулята и содержанием эндокринных дисрапторов в семенной жидкости у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2018. № 19(4). С. 60–66.

4. Ворошилина Е. С., Зорников Д. Л., Паначева Е. А. Сравнительное исследование микробиоты эякулята методом количественной ПЦР и культуральным методом // Вестн. РГМУ. 2019. № 1. С. 44–49.
5. Чигринец С. В., Брюхин Г. В. Воздействие эндокринных дисрапторов на качество эякулята у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2018. № 19(3). С. 42–47.
6. Информативность биоматериала для исследования микробиоты уrogenитального тракта мужчин методом ПЦР РВ (пилотное исследование) / Д. Г. Почерников, Ю. Г. Витвицкая, М. Н. Болдырева, И. С. Галкина // Эксперим. и клин. урология. 2019. № 2. С. 128–133.
7. Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method / A. Budia [et al.] // Scand. J. Urol. Nephrol. 2006. Vol. 40. P. 326–331.
8. Multidisciplinary approach to prostatitis / V. Magri [et al.] // Arch. Ital. Urol. Androl. 2019. Vol. 90(4). P. 227–248.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С ДИАГНОЗОМ «БОЛЕЗНЬ КРОНА»
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

А. Г. Ушакова¹, Н. В. Березняк¹, В. В. Рыбачков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Неспецифические воспалительные заболевания кишечника (НВЗК), к которым относится и БК, представляют собой одну из наиболее серьезных и нерешенных проблем в современной хирургии. Хотя по уровню заболеваемости НВЗК значительно уступают другим нозологиям, но по тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимают одно из ведущих мест в структуре болезней ЖКТ. Постоянный интерес к НВЗК обусловлен, прежде всего, тем, что несмотря на многолетнюю историю их изучения, этиология остается неизвестной, а патогенез изучен недостаточно. При этом распространенность БК во всем мире возрастает с каждым годом.

Цель – оценить качество жизни (КЖ) больных БК, ранее находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении.

На базе ГБУЗ ЯО КБ № 9 обследовано 56 пациентов с БК. Оценка КЖ основана на результатах анкетирования. Больным предлагалось заполнить анкету по неспецифическому опроснику SF-36 в разные сроки после выписки из хирургического стационара. Через год проанкетировано

6 больных, через 5 лет – 22, через 10 лет – 19, через 15 лет – 8. Группу составили 35 мужчин (62,5 %) и 21 женщина (37,5 %). Возраст больных колебался от 22 до 65 лет. Больные разделились на две группы: оперированные – 18 пациентов (32,1 %) и лечившиеся консервативно – 38 (67,9 %). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Физическое функционирование оказалось на 9,2 % выше у больных после консервативного лечения, чем у оперированных пациентов. Помимо этого, у оперированных оказались ниже на 10,2 % показатели эмоционального состояния, обусловленные, по-видимому, стрессом после перенесенной операции. Однако остальные показатели КЖ оказались выше в группе оперированных. Общее состояние здоровья и уровень жизненной активности увеличивались после операции на 8,2 и 2,7 % соответственно. Даже интенсивность испытываемой боли оказывала на 4,4 % меньшее влияние на КЖ пациенток.

При оценке влияния объема операции на КЖ выявлены определенные различия показателей у пациентов после аппендэктомии и после резекции пораженного участка кишки. Большинство показателей КЖ оказались выше у больных, которым не выполнялась резекция кишки, что наиболее выражено в показателях психологического компонента, психического и эмоционального состояния. Так, после аппендэктомии показатель психологического компонента здоровья выше, чем после резекции кишки, на 16,4 %, эмоционального состояния – на 5,2 %, психического здоровья – на 7 %.

По данным анкетирования, уровень физического здоровья ниже у больных с резекцией кишки в анамнезе. Выявлено достоверное ($p < 0,05$) различие общего состояния здоровья, показатель которого на 13,5 % выше у пациентов после аппендэктомии. Испытываемая боль на 4,2 % активнее влияет на КЖ больных после резекции кишки. Однако показатель физического функционирования оказался выше на 4,1 % у пациентов после резекции кишки.

Выводы 1. Улучшение показателей физического состояния после оперативного лечения может быть обусловлено его более радикальным характером, чем консервативная терапия. 2. Большинство показателей КЖ оказались выше у больных, которым не выполнялась резекция кишки, что наиболее выражено в показателях психологического компонента, психического и эмоционального состояния. 3. Испытываемая боль активнее влияет на КЖ пациентов после резекции кишки, что, возможно, связано не только с проявлениями БК, но и последствиями перенесенного оперативного вмешательства. 4. Объем операции сказывается на эмоциональном фоне больных, их ролевом функционировании в об-

ществе. Таким образом, чем больше объем операции, тем труднее пациенту в психологическом плане справиться с заболеванием.

Литература

1. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Г. И. Воробьева, И. Л. Халифа. М. : Миклош, 2008. С. 148.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Д. В. Шепелев¹, А. В. Смирнова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России

Венозные тромбэмболические осложнения (ВТЭО) занимают одно из ведущих мест в структуре послеоперационных осложнений и летальности, особенно у пациентов, перенесших большое оперативное вмешательство с сопутствующей экстрагенитальной патологией. В основе эффективной профилактики послеоперационных тромбозов лежит персонализированная стратификация риска и адекватная оценка вероятности их развития. На сегодняшний день среди всех моделей индивидуального прогнозирования развития тромбоза наиболее удобной и проверенной является шкала американского профессора Joseph Caprini. Стандартная профилактика ВТЭО у пациентов с высоким риском проводится путем назначения низкомолекулярных гепаринов перед оперативным вмешательством и в послеоперационном периоде и эластической компрессии нижних конечностей.

Цель – оценить индивидуальный тромботический риск у пациентов перед оперативным лечением, дать сравнительную оценку тромбогенности лапаротомических оргоаноуносящих хирургических вмешательств и вагинальных пластических операций.

На базе ФГБУ «ИвНИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 пациентов, находившихся на плановом оперативном лечении. Были сформированы две группы: 1-я – 20 женщин, которым были выполнены лапаротомические операции (ЛО) с различным объемом (субтотальные и тотальные гистер- и аднексэктомии), 2-я группа – 20 пациенток после пластических операций (ПО) вагинальным доступом без использования сетчатых имплантов (передняя и задние пластики влагалища, «манче-

стерские операции»). Анализировались показатели коагулограммы: МНО, АЧТВ, время свертывания, концентрация фибриногена до и после операции. Всем пациенткам проводилась стандартная профилактика ВТЭО низкомолекулярными гепаринами (НМГ) и эластическая компрессия нижних конечностей согласно рекомендациям ангиохирурга. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента после проверки рядов на нормальность распределения в пакете программ Microsoft Exel. Достоверность различий принималась при $p < 0,05$.

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту и условиям проживания. Средний возраст женщин группы ЛО составил $47 \pm 0,5$ года, пациенток группы ПО – $56 \pm 0,5$ года ($p < 0,05$). По сумме баллов, полученной при подсчете индивидуального тромботического риска по шкале Каприни в каждой группе, получены следующие данные. В группе ЛО одна пациентка (5 %) – с умеренным риском, 8 (4 0%) – с высоким; 11 (55 %) – с очень высоким риском; в группе с ПО – с высоким – 9 (45 %) и очень высоким риском – 11 (55 %). Было выявлено достоверное увеличение уровня фибриногена в сторону гиперкоагуляции в обеих группах в послеоперационном периоде ($p < 0,05$), причем более выраженное в группе ЛО. Так, содержание фибриногена перед операцией в среднем составило $3,13 \pm$ гр/л, а после операции возросло до $3,93 \pm$ гр/л ($p < 0,05$).

Установлено, у всех пациентов в послеоперационном периоде имеется увеличение концентрации фибриногена в послеоперационном периоде, причем более выраженное у пациенток с лапаротомическими операциями. Подавляющее большинство пациентов, поступающих на плановое оперативное вмешательство, относятся к группе высокого и очень высокого риска развития ВТЭО. В обеих группах не зарегистрировано послеоперационных тромбэмболических осложнений.

Литература

1. Бешко А. А. Риск и профилактика венозных тромбэмболических осложнений в хирургии. Хирургия. 2001. № 4. С. 61–69.
2. Шкала Caprini как инструмент для индивидуальной стратификации риска развития послеоперационных венозных тромбэмболий в группе высокого риска / К. В. Лобастов, В. Е. Баринов, И. В. Счастливцев, Л. А. Лаберко. Хирургия. 2014. № 12.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбэмболических осложнений / В. С. Савельев, Е. И. Чазов, Е. И. Гусев, А. И. Кириенко // Флебология. 2010. № 2. С. 37.
4. Венозный тромбоз — предиктор летального исхода у оперированных пациентов? / В. Е. Баринов [и др.] / Medline.ru. 2013. Т. 14, № 51. С. 619–632.
5. Кулаков В. А. Клинические рекомендации в акушерстве и гинекологии. М., 2005.

МЕСТНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЛИТОЛИТИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ

В. Г. Никонорова¹, А. А. Шевырин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В лечении уролитиаза большое значение имеет литолитическая терапия. Однако не всегда известно местное влияние данных средств на мочевыделительную систему [1].

Цель – изучение действия литолитических растворов на органы мочевой системы и выявление структурных изменений со стороны слизистой оболочки мочеполовых органов.

Исследование выполнено на 30 самцах крыс Вистар, массой 200–220 г., которые были разделены на две группы. Животным контрольной группы в мочевую систему трансуретральным способом вводился физиологический раствор (0,9%-ный NaCl). В экспериментальной группе использовался химический раствор 2,5%-ного цитрата калия, 1%-ного трилона Б, 0,25%-ного ампициллина [2]. Для оценки морфологических изменений животные выводились из исследования передозировкой препарата для наркоза с последующим изготовлением микропрепаратов стенки мочевого пузыря и мочеточника, окрашенных гематоксилином и эозином. На препаратах определялась средняя толщина собственной соединительнотканной пластинки (мкм) и удельная доля гемокапилляров слизистых оболочек мочеточника и мочевого пузыря [3].

После введения растворов в слизистых оболочках исследуемых органов как контрольной, так и экспериментальной группы наблюдались полнокровие и отечность стенок сосудов, обнаруживалась инфильтрация стенок сосудов клетками лимфоидного ряда, а также отек собственной соединительнотканной пластинки. Признаки повреждения переходного эпителия слизистой оболочки в виде вакуольной дистрофии эпителиоцитов с десквамацией единичных клеток присутствовали во всех наблюдениях экспериментальной и контрольной групп. Оценка результатов морфометрии средней толщины собственной соединительнотканной пластинки и удельной доли гемокапилляров слизистых оболочек мочеточника и мочевого пузыря животных контрольной и экспериментальной групп говорит об отсутствии достоверных изменений, связанных со специфическим влиянием препарата.

Итак, было установлено, что структурные изменения слизистой оболочки являются неспецифическими, поверхностными и не могут привести к серьезной структурной патологии.

Литература

1. Особенности консервативной терапии уrolитиаза в амбулаторных условиях / А. А. Шевырин, А. И. Стрельников, Т. А. Калачева, Д. А. Ступина // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2014. Т. 19, № 4. С. 81–82.
2. Шевырин А. А. Результативность дистанционной ударноволновой литотрипсии мочевых конкрементов у пациентов с мочекаменной болезнью // Урологические ведомости. 2017. Т. 7, № 5. С. 125–126.
3. Бархина Т. Г., Криштоп В. В., Полянская Л. И. Морфофункциональная характеристика щитовидной железы в условиях динамической и статической физических нагрузок // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2006. Т. 11, № 1–2. С. 27–31.

ИЗМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РОГОВИЦЫ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПТЕРИГИУМЕ

А. Э. Нозимов¹, О. И. Оропов²

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза, г. Ташкент

² Ташкентская медицинская академия

По мнению большинства исследователей, занимающихся проблемой птеригиума, данное заболевание представляет собой офтальмогелиоз, характеризующийся инвазией крыловидно измененной васкуляризированной ткани конъюнктивы в роговицу [1], что может привести к ее уплощению, изменению рефракции глаза и остроты зрения. Птеригиум – это пролиферативное, воспалительно-дегенеративное заболевание, которое развивается вследствие патологической гиперплазии эпителия, его васкуляризации, миграции измененных стволовых клеток лимба к центру роговицы и сопровождающееся глубокими перестройками подлежащей ткани, включающими деструкцию боуменовой мембраны [3]. Изменения структуры роговицы, происходящие при росте птеригиума и после птеригиумэктомии, достаточно сложно исследовать известными методами. В этом плане большой интерес представляет методика компьютерной кератотопографии, позволяющей определить многие объективные и количественные параметры роговицы на высоком техническом уровне [2].

Цель – изучить изменения оптических свойств роговицы при рецидивирующем птеригиуме на основании данных кератотопографии.

На базе Республиканского центра микрохирургии глаза были исследованы данные кератотопографии 60 пациентов (67 глаз) с рецидивирующим птеригиумом. Из анамнеза известно, что всем больным проводились предшествующие оперативные вмешательства по поводу пер-

вичного птеригиума или его рецидива. При этом применялись различные модификации птеригиумэктомии.

Для оценки оптического интерфейса роговицы всем пациентам проводили кератотопографию на компьютерном видеокератотопографе «TMS-2N» («Tomey Corporation 2-11-33; 451-0081», Япония) до и 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Кератотопограммы представлялись в трех основных форматах: топографическом, цифровом и трехмерном. В работе была использована корнеальная система Клайса, состоящая из таблиц корнеальной статистики (Corneal Statistics Table) с индексами: SimK (Simulated Keratometry Readings) – симулированный кератометрический индекс, MinK – минимальный кератометрический индекс, SAI (Surface Asymmetry Index) – индекс асимметрии поверхности, SRI (Surface Regularity Index) – индекс регулярности поверхности, PVA (Potential Visual Acuity) – индекс потенциальной остроты зрения и Avek (Average Keratometry) – показатель средней оптической силы роговицы [4].

В расчет были взяты данные до и после птеригиумэктомии. Анализ кератотопографических данных до операции показал, что значения Avek, SimK1, SimK2 и MinK были достоверно ниже нормальных показателей у всех пациентов. В наибольшей степени был изменен показатель Avek (в среднем – $42,6 \pm 1,1$ Дптр). Основные кератотопографические индексы PVA, SRI и SAI были также статистически значимо ниже нормы.

Анализ кератотопографических данных после операции показал, что у 100 % пациентов наблюдалась положительная динамика. Однако кератометрический показатель Avek и кератотопографические индексы SimK1, SimK2 и MinK были статистически значимо ниже, а PVA, SRI и SAI – выше нормы. При этом установлена прямая корреляционная связь между изменениями кератотопографических данных и количеством рецидивов и предыдущих оперативных вмешательств. Указанные данные были подтверждены результатами визометрии и рефрактометрии. Таким образом, повторное прорастание крыловидной пленки приводит к стойкой деформации оптической зоны роговицы и со временем – к развитию роговичного астигматизма, требующего дополнительной коррекции даже после успешного оперативного вмешательства.

Как видим, анализ данных кератотопографии у пациентов с птеригиумом выявил значимые различия в показателях в зависимости от количества рецидивов. Динамическое наблюдение показало, что с увеличением числа рецидивов и персистенции крыловидной пленки развиваются стойкие изменения в оптическом интерфейсе роговицы, что проявляется остаточным роговичным астигматизмом.

Литература

1. Венгер Г. Е., Ульянова Н. А., Горянова И. С. Клинико-морфологические особенности различных типов птеригиума // Современные аспекты клиники, диагностики и лечения глазных болезней : матер. Междунар. науч. конф. посвящ. 100-летию со дня рождения академика Н.А. Пучковской. Одесса, 2008. С. 27–28.
2. Петраевский А. В., Тришкин К. С. Птеригиум. Этиопатогенез, клиника, лечение. Волгоград : Панорама, 2018. 96 с.
3. Тришкин К. С. Клинико-цитологические разновидности птеригиума // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины : матер. юбил. открытой науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов с междунар. участием. Волгоград, 2012. С. 120–121.
4. Балашевич Л. И., Качанов А. Б. Клиническая корнеотопография и аберриометрия. М., 2008. 167 с.

Секция «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ, НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА»

РАЗРАБОТКА И АПРОБИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСА УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ КИСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

*Я. А. Королева¹, В. А. Казанов¹, Е. И. Амири¹,
Н. В. Корягина¹, С. Е. Мясоедова¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Основной целью реабилитации при ревматоидном артрите (РА) является уменьшение боли и коррекция функциональной недостаточности суставов. При РА чаще вовлекаются суставы кистей, поэтому улучшение их функции является наиболее актуальной задачей.

Цель – разработать и апробировать комплекс упражнений для кистей (КУ) при РА.

В исследование включено 15 женщин с достоверным диагнозом РА [1] в возрасте от 45 до 79 лет (медиана – 68 [65; 71] лет) с длительностью заболевания от 6 месяцев до 29 лет (медиана 9 [4; 18] лет), проходивших лечение в городском ревмоцентре ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4». У всех больных РА имел место полиартрит II (40,0 %) и III степени активности (46,7 %) по DAS 28 (медиана – 5,0 [3,7; 5,8], серопозитивный вариант – в 93,3 %. У 86,7 % больных наблюдался эрозивный артрит: II рентгенологическая стадия (по O. Steinbrocker) – у 4 пациенток, III – у 2 и IV – у 7. Остальные 2 пациентки имели неэрозивный РА. На момент обследования выявлены II (26,7 %) и III (73,3 %) функциональные классы. Все больные РА получали базисную терапию (из них 73,3 % – метотрексат) и селективные нестероидные противовоспалительные препараты. Из сопутствующих заболеваний у 11 из 15 пациентов (73,3 %) выявлена гипертоническая болезнь, у 4 (26,7 %) в анамнезе имелись сердечно-сосудистые осложнения. Индекс коморбидности Чарлсона составил 5,0 [4,0; 5,0].

Программа физической реабилитации включала обучение КУ в стационаре на пяти занятиях, самостоятельно пациенты проходили следующую программу в течение 1 месяца: 7 упражнений на подвижность и 4 силовых упражнения для пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кистей, лучезапястных, плечевых и локтевых суставов. За основу взяты упражнения из клинического исследования

SARAH [2], дополнены использованием тренажеров для сгибателей и разгибателей кисти.

Исследовались показатели силы кисти (механическая динамометрия на правой и левой кисти в ньютонах (н)), оценка боли по ВАШ и функциональной недостаточности суставов с помощью анкеты HAQ исходно и через 1 месяц занятий КУ. Десятибалльная шкала Борга использовалась для определения нагрузки (сопротивления) для силовых упражнений от 3–4 баллов в начале занятий с постепенным увеличением до 10 баллов.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием прикладной программы «Статистика 6.0». Результаты представлены в виде медианы М [25%; 75%], при оценке динамики признаков использовали z-критерий Уилкоксона. Взаимосвязь признаков определялась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r); различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Установлены исходные показатели динамометрии правой – 6,0 [3,0; 11,5] н и левой – 5,0 [3,0; 8] н кисти при РА. Значения динамометрии правой и левой кисти коррелировали между собой ($r = 0,71$; $p < 0,05$) и не зависели от возраста. Исходно выраженность боли по ВАШ составила 55,0 [40,0; 70,0] мм и тесно коррелировала с индексом Чарльсона ($r = 0,52$, $p < 0,05$). Показатель функциональной недостаточности по HAQ составил 6,0 [0,9; 2,1]), коррелировал с исходными значениями динамометрии левой кисти ($r = -0,72$, $p < 0,05$).

В динамике через один месяц занятий КУ достоверно уменьшилась выраженность боли по ВАШ с 55,0 [40,0; 70,0] до 45,0 [15,0; 55] мм ($p = 0,01$). Выраженность боли по ВАШ и значения HAQ через месяц коррелировали с наличием эрозивного артрита ($r = 0,54$ и $r = 0,55$ соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, предложенный комплекс упражнений для кистей уменьшает выраженность боли по ВАШ у пациентов с РА, легко воспроизводится ими при самостоятельных занятиях, в связи с чем имеет перспективы для реабилитации данной группы пациентов в амбулаторных условиях.

Литература

1. Насонов Е. Л. Российские клинические рекомендации по ревматологии. М., 2002.
2. Development and delivery of an exercise intervention for rheumatoid arthritis: Strengthen in hand stretching for rheumatoid arthritis of the hand (SARAH) trial / P. J. Heine [et al.] // *Physiotherapy* 2012. № 98. С. 121–130.

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕЙРОБРУЦЕЛЛЕЗЕ

Л. Т. Набиева¹

¹ Самаркандский государственный медицинский институт

Эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу в Узбекистане на протяжении последних лет не имеет тенденции к ухудшению. Нарушения со стороны нервной системы при хроническом бруцеллезе являются одними из наиболее часто встречающихся.

Цель – установить особенности клинического течения и электрофизиологических изменений, развития хронического болевого синдрома при нейробруцеллезе.

Обследовано 146 больных: 71 (48%) – с радикулопатиями при хроническом нейробруцеллезе, из них 20 (14 %) – с плексопатией, 23 (16 %) – с компрессионно-ишемическими невропатиями. Возраст обследованных – от 19 до 60 лет, преобладали мужчины – 100 (68,4 %) трудоспособного возраста.

Диагностическими критериями поражения периферической нервной системы считали наличие клинических, электрофизиологических и нейровизуализационных признаков.

Все пациенты жаловались на боли в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника, а также в области шеи, руки или ноги. Боль была ежедневной, длительность – от 3 месяцев до 7 лет, тупого, ноющего, стягивающего характера, усиливалась после длительной статической нагрузки или нахождения в неудобном положении, при резких движениях характеризовалась «прострелами» в руку или ногу по типу ударов током, становилась жгучей и мучительной. Неловкие движения во время сна приводили к пробуждению пациентов из-за болей, поиску анталгической позы, что в конечном итоге приводило к нарушению сна и астенизации. 116 (54,2 %) больных жаловались на онемение, покалывание в области, соответствующей зоне пораженного корешка, 87 (40,7 %) отмечали слабость руки или ноги, неловкость при движениях, быструю утомляемость пораженной конечности при повседневной нагрузке.

У всех обследованных выявлены нарушения поверхностной чувствительности в зоне иннервации соответствующих дерматомов: гипестезия – у 123 (57,5 %), парестезия – у 116 (54,2 %), гиперестезия – у 57 (26,6 %), аллодиния – у 43 (20,1 %). Выраженность боли по ВАШ составила от 31 до 81 мм, в среднем – 54 ± 13 мм. В большинстве случаев (у 122 (57 %) пациентов) болевой синдром соответствовал средней (30–60 мм по ВАШ), у 92 (43 %) – высокой (61–81 мм) интенсивности и носил нейропатический характер.

Двигательные нарушения были представлены вялым парезом, выпадением или снижением сухожильно-мышечных рефлексов, снижением мышечной силы, которое отмечалось у 89 (41,6 %) больных, расценивалось как парез в 2–4 балла по шестибалльной шкале, в среднем – $3,7 \pm 0,4$ балла. В рефлекторной сфере изменения были представлены выпадениями или снижением сухожильно-мышечных рефлексов: снижение – у 93 (43,5 %) больных, отсутствие – у 56 (26,2 %). У лиц с пояснично-крестцовой радикулопатией симптом Ласега на стороне иррадиации болей составлял от 30 до 60 градусов, в среднем $37,1 + 6,5$ градуса.

Вегетативно-трофические расстройства были выявлены у 46 (21,5 %) больных и проявлялись изменением цвета кожи в виде «мраморности» или «синюшности» в зоне иннервации пораженного корешка на пальцах, стопах или кистях, гипотермии пострадавшей конечности, преимущественно в зоне дерматома. В ряде случаев наряду с понижением температуры были отмечены явления гипергидроза или сухости – у 39 (18,2 %).

Электронейромиографическое исследование было проведено 149 (69,6 %) пациентам, у которых выявлены изменения, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс чувствительных и двигательных волокон. У всех определялось увеличение латентного периода проведения импульса по чувствительным и двигательным волокнам по сравнению с показателями здоровой конечности. Скорость проведения импульса по сенсорным волокнам была достоверно ниже, чем по моторным. Снижение амплитудных показателей М-ответа при стимуляционной электронейромиографии отмечалось по двигательным волокнам на 36–82 % (более выраженным было в проксимальных отделах по сравнению с дистальными); по чувствительным волокнам – на 15,5–25,5 %. Поражение чувствительных волокон носило преимущественно демиелинизирующий, а двигательных – смешанный, аксонально-демиелинизирующий характер.

Клиническая картина, характер и степень выраженности хронического болевого синдрома при заболеваниях периферической нервной системы не имеет прямой зависимости от степени повреждения периферических нервов, в значительной мере определяется степенью вовлечения в патологический процесс центральных механизмов регуляции соматосенсорной системы.

Литература

1. Одинак М. М., Живолупов С. А., Самарцев И. Н. Болевые синдромы в неврологической практике // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. 2009. № 9. С. 80–88.
2. Ясно Н. Н., Подчуфарова Е. В. Патофизиологические аспекты хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации // X Всероссийский съезд неврологов с международным участием : матер. съезда. Новгород: Б. и, 2012. С. 422–423.
3. Binder, A. Neck pain // Clin.Evid. 2006. Vol.15. P. 1654–1675.

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ И СОСТОЯНИЕ МИКРОАРХИТЕКТониКИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

А. С. Гуцин¹, М. Н. Курпикова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Остеопороз (ОП) и связанные с ним низкоэнергетические переломы широко распространены в популяции, приносят необратимый ущерб здоровью пожилых людей и требуют значительных затрат здравоохранения [1]. В настоящее время имеется достаточный арсенал современных патогенетических препаратов как для первичной, так и для вторичной профилактики остеопоротических переломов. Наряду с профилактикой переломов важным показателем эффективности лечения ОП является оценка минеральной плотности кости (МПК) в динамике. Новая технология – трехмерная остеоденситометрия (3D-DXA) – позволяет изучать микроархитектонику костной ткани, отдельно трабекулярного и кортикального её компонентов, без дополнительной лучевой нагрузки. Также представляет интерес влияние различных патогенетических препаратов на показатели 3D-DXA в проксимальном отделе бедра (ПОБ).

Цель – изучить динамику показателей МПК и микроархитектоники костной ткани ПОБ у женщин с постменопаузальным ОП, получающих лечение препаратами патогенетического действия.

Исследование, которое проводилось в центре остеопороза г. Иваново, включено 48 женщин с постменопаузальным ОП и остеопенией (контрольная группа), получающих впервые назначенную патогенетическую терапию в комплексе с витамином D и препаратами кальция.

Контрольную группу составили 10 пациенток с остеопенией по данным DXA, без переломов в анамнезе, которые принимали препараты кальция и витамин D. Группа исследования включала женщин с ОП, получающих различные препараты: алендроновую (n = 14); золендроновую (n = 12) и ибандроновую кислоту (n = 6), деносумаб (n = 6). Все группы больных были сопоставимы по возрасту (в среднем – 62,2 ± 5,2 года), продолжительности лечения – в течение года.

Исследование выполняли на рентгеновском остеоденситометре «STRATOS» («DMS», France), оснащенном цифровой 3D-приставкой. Анализировались следующие показатели: МПК в поясничном отделе позвоночника (ПОП) и ПОБ по результатам DXA; показатели микроархитектоники костной ткани ПОБ (толщина и объемная плотность кортикальной, объемная плотность трабекулярной кости, общая объемная плотность

костной ткани в ПОБ и в зоне шейки бедра) по данным моделирования 3D-DXA. Исследование проводилось до и после лечения (в среднем в течение 1,5 года). Обработка данных осуществлялась в программах «Statistica 10.0» и «Microsoft Excel 2016». Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Установлено, что в контрольной группе наблюдалась достоверная прибавка по МПК в шейке бедра (+2,8 % ДИ [2,4–3,2]), составившая 23 ± 3 мг/см²; статистически достоверных различий показателей микроархитектоники в данной группе нет.

В группе пациенток, получающих алендроновую кислоту ($n = 14$), выявлена умеренная положительная динамика МПК в ПОП (+5,48%, ДИ [5,1–5,8]); средняя МПК = 44 мг/см², в ПОБ (+5,48%, ДИ [4,9–6]); МПК – 46 мг/см², в шейке бедра (+4,7%, ДИ [4,3–5,2]); МПК – 35 мг/см². По результатам анализа микроархитектоники отмечено положительное влияние преимущественно на плотность трабекулярной кости в шейке бедра (+5,4%, ДИ [4,6–6,2]); средняя объемная плотность – 10 мг/см³.

В группе лиц, принимавших золендроновую кислоту ($n = 12$), также выявлена достоверная положительная динамика, однако она преимущественно выражена в ПОП (+7,9%, ДИ [7,2–8,6]); МПК – 63 мг/см² и незначительно – в ПОБ (+2,9%, ДИ [2,5–3,3]); МПК – 25 мг/см², в связи с чем показатели 3D-DXA изменялись недостоверно. У пациенток, принимавших ибандроновую кислоту ($n = 6$), по результатам DXA имелся прирост МПК в ПОП (+5,6%, ДИ [4,9–6,4]); в среднем – 46 мг/см², ПОБ (+3,7%, ДИ [3,4–4,1], 34 мг/см²) и максимальная среди всех групп динамика плотности в шейке бедра (+6%, ДИ [5,7–6,4]); в среднем – 49 мг/см². Преимущественное действие данного препарата на шейку бедра отражалось и в динамике показателей микроархитектоники: прибавка объемной плотности трабекулярной кости в шейке бедра (+10,4%, ДИ [9,7–11]); 33 ± 30 мг/см³, имелась тенденция к приросту объемной плотности кортикальной кости в шейке бедра (+4,1%, ДИ [3,4–4,9], $p > 0,05$).

У пациенток, принимавших деносумаб ($n = 6$), преимущественное действие препарата определялось в прибавке МПК в ПОП (+6,8%, ДИ [6,3–7,3]); в среднем – 56 мг/см². Нет достоверной динамики в ПОБ (+2,14%, ДИ [1,7–2,6], $p > 0,05$; среднее значение – 19 мг/см²), динамики плотности трабекулярной или кортикальной кости также не выявлено. Однако в сравнении с другими группами у этих пациенток имеется тенденция к росту толщины кортикальной кости (+0,9%, ДИ [-0,1–2], $p > 0,05$; толщина – 135 ± 80 мкм).

Анализ динамики изучаемых показателей показал достоверное преимущество алендроновой кислоты при воздействии на МПК и в ПОП (в 5,5 раз) и в ПОБ (в 9,8 раз), а также деносумаба – на плотность кости в ПОП (в 7 раз) по сравнению с контрольной группой. Достоверной раз-

ницы в величине прироста плотности кости у пациенток, получающих разную патогенетическую терапию, не выявлено.

Итак, трехмерная денситометрия может применяться как дополнительный инструмент для оценки эффективности проводимой патогенетической терапии с более информативными показателями состояния кости ПОБ, включая параметры микроархитектоники, по сравнению со стандартной денситометрией. Дальнейшее изучение показателей 3D-DXA в динамике лечения позволит выявить степень преимущественного действия патогенетических препаратов на различные структуры кости, имеющие наибольшее значение в механизмах перелома ПОБ.

Литература

1. Остеопороз : клин. рекомендации / под ред. О. М. Лесняк, Л. И. Беневоленской. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 272 с.
2. 3D-DXA: assessing the femoral shape, the trabecular macrostructure and the cortex in 3D from DXA images / L. Humbert [et al.] // IEEE Trans Med Imaging. 2017. Vol. 36. P. 27–39
3. Шмелькова Н. В. Первые результаты использования метода воспроизведения 3D-формы и минеральной плотности проксимального отдела бедра – трехмерной денситометрии (3D-DXA) у больных тяжелым постменопаузальным остеопорозом // Молодежь, наука, медицина : матер. 63-й Всерос. межвуз. студ. науч. конф. с междунар. участием / под ред. М. Н. Калинкина [и др.]. Тверь, 2017. С. 616–620.
4. Рекомендации Международного общества клинической денситометрии (последняя ревизия 2007 г.) и рекомендуемое применение в клинической и диагностической практике / Т. О. Чернова [и др.] // Медицинская визуализация. 2008. № 6. С. 83–93.

ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ, К УЧАСТИЮ В ПРОГРАММАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

А. С. Самойлов¹, Х. М. Ражабов¹, И. Е. Мишина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время ведущей причиной смертности населения как в России, так и в других развитых странах мира, являются болезни системы кровообращения (БСК). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодная смертность от БСК в общей структуре смертности составляет 30 % – в мире и 50 % – в Европе [1]. Так, в 2009 году в России от БСК умерло 1,136 млн человек, что составило 56 % всех

смертей. Для сравнения, в США в 2008 году от БСК умерло 811,9 тыс. человек или 32,3% от всех причин смерти [2].

На современном этапе развития медицины не вызывает сомнений необходимость реабилитации всех пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие. Это ведет к увеличению продолжительности и к улучшению качества жизни больного, а глобально – к снижению смертности от данных причин. Реабилитация зачастую имеет длительный срок, а современная тенденция к интенсификации лечебного процесса, ранней выписке больных из стационара, а также ограниченное число мест в специализированных учреждениях остро ставит вопрос о способах реабилитации. Именно поэтому необходимо обратить внимание на дистанционные способы общения с пациентами и контроля за соблюдением назначений врача. К тому же это может увеличить доступность медицинской помощи и повысить заинтересованность пациента в реабилитационных мероприятиях [3, 4].

Цель – оценить готовность пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и коронарную реваскуляризацию, к прохождению реабилитационных программ, в том числе с использованием дистанционных технологий.

Обследовано 232 больных, перенесших ОКС и коронарную реваскуляризацию. Из них 124 (53 %) имели ОКС с исходом в инфаркт миокарда (ИМ), 59 (25 %) – ОКС – в нестабильную стенокардию, 49 (21 %) перенесли коронарную реваскуляризацию. Средний возраст – $62,9 \pm 9,6$ года. Среди респондентов было 138 мужчин (59 %) и 94 женщины (41 %). Исследование проводилось с использованием оригинальной анкеты.

По социальному статусу большинство обследованных были работающими – 92 (40 %) и пенсионерами – 89 (38 %). По месту жительства респонденты разделились следующим образом: жителей областного центра было 103 (44 %), районного центра/города – 86 (38 %), поселка/села/деревни – 33 (19 %). Анализ результатов анкетирования показал, что большинство пациентов имели доступ в Интернет и умели им пользоваться – 124 (53 %), на втором месте были те, кто не имел доступа в Интернет и не умел им пользоваться – 71 (31 %). 20 (9 %) опрошенных умели пользоваться Интернетом, но не имели к нему доступа. Три четверти респондентов высказали свое желание в дальнейшем пройти курс кардиореабилитации – 177 (76 %). При этом согласились на реабилитацию 83 % женщин и 72 % мужчин. Анализ показал, что жители областного центра и районного центра/города чаще были готовы к прохождению реабилитации (79 и 81 % соответственно), среди жителей поселка/села/деревни лишь 63 % изъявили такое желание. В зависимости от социального положения большинство пациентов, согласившихся на дальнейшую реабилитацию, оказались пенсионерами (80 %). Возможно,

это связано с большим количеством свободного времени у лиц, относящихся к данной социальной группе.

Исследование показало, что среди пациентов, согласившихся участвовать в программах кардиореабилитации, большинство хотят пройти их в специализированных учреждениях (в условиях круглосуточного или дневного стационара, а также в санатории) – 151 (85 %) и лишь 26 больных (15 %) готовы к дистанционной реабилитации. В качестве способа общения с врачом большинство респондентов выбрали телефонную связь – 112 (63 %), 37 (21 %) – личный контакт с врачом, 25 (14 %) готовы к общению с помощью мобильных приложений. Предпочтительными формами реабилитации для пациентов оказались лечебная гимнастика и ходьба: их выбрали 110 (62 %) и 102 (58 %) опрошенных соответственно. В качестве наиболее важного результата кардиореабилитации подавляющее число респондентов отметили улучшение общего самочувствия и повышение переносимости физических нагрузок (70 и 44 % соответственно), что, по-видимому, определяет качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца.

Выводы: 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о готовности большинства пациентов, перенесших ОКС и коронарную реваскуляризацию, к прохождению программ кардиореабилитации, как правило, в условиях стационара или санатория. 2. Около половины опрошенных имеют доступ в Интернет и умеют им пользоваться, при этом только 15 % готовы к прохождению реабилитации дистанционно. 3. Ожидаемыми результатами кардиореабилитации являются, как правило, улучшение самочувствия и повышение переносимости физических нагрузок, что необходимо учитывать при составлении индивидуальных реабилитационных программ пациентов с ишемической болезнью сердца.

Литература

1. Нозологическая и возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 годах / М. А. Старинская [и др.] // Российский кардиологический журн. 2016. № 6(134). С. 24–25.
2. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С. А. Шальнова [и др.] // Российский кардиологический журн. 2012. № 5(97). С. 6–10.
3. Дистанционная реабилитация: истоки, состояние, перспективы / П. С. Снопков [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2016. Т. 15, № 3. С. 142–145.
4. Анализ современной практики применения дистанционных форм медицинских консультаций и диспансерного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца / И. Е. Мишина [и др.] // Кардиосоматика. 2019. Т. 10, № 1. С. 42–50.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ» В ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИЖЕНИЙ РУКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

*Г. Б. Глинкин¹, А. А. Сорокина¹, И. А. Челышева¹,
Е. М. Лебедева², И. Л. Губина²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

По данным ВОЗ, инсульт является одной из основных причин инвалидности в России, Европе и США. Наиболее частыми и актуальными последствиями инсульта являются двигательные нарушения: так, гемипарез встречается примерно у 85 % больных, переживших инсульт, до 75 % пациентов продолжают испытывать трудности при движении рукой через год после инсульта [1]. Особенно важна ранняя реабилитация таких больных [2]. Зеркальная терапия (ЗТ) – метод двигательной реабилитации, позволяющий начать восстановление как можно раньше, при этом пациент производит движения здоровой конечностью и смотрит на её отражение в зеркале [3]. У больного создаётся иллюзия, что пораженная рука движется («зеркальная иллюзия»). Данный метод пригоден для продолжения реабилитации в домашних условиях после выписки из стационара.

Цель – изучить эффективность зеркальной терапии в ранней реабилитации постинсультных больных.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново. Было отобрано 24 пациента. Критерии отбора: возраст – от 50 до 70 лет, наличие ишемического инсульта в бассейне СМА, мужской пол. Больные были разделены на две группы. С 12 пациентами первой группы после их устного согласия дополнительно к стандартной восстановительной терапии проводились ежедневные занятия ЗТ. С каждым было проведено по 10 занятий. Средний возраст больных этой группы – $58,6 \pm 8,1$ года.

Во вторую группу вошли также 12 пациентов, средний возраст – $61 \pm 3,9$ года, с ними проводились стандартные реабилитационные мероприятия. Состояние больных до и после занятий оценивалось по шкалам: NIHSS (Brott T., 1989) для оценки неврологического дефицита, модифицированной Шкале Рэнкина (1957), Шкале Бартела и индексу мобильности Ривермид, а также определялась сила конечностей.

Статистический анализ осуществляли при помощи программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007». При распределении данных, близком к нормальному, применяли критерий Стьюдента, в остальных слу-

чаях – непараметрический тест Манна – Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

В начале исследования оценивались результаты в двух группах. В 1-й среднее значение по шкале NIHSS составило $10,9 \pm 4,7$ балла, во 2-й – $10,5 \pm 2,9$ балла. Сила верхней конечности до начала реабилитации в 1-й группе – $1,6 \pm 0,7$ балла, во 2-й – $1,9 \pm 0,7$ балла. Среднее значение по шкале Бартелла – $13,3 \pm 10,3$ балла, во 2-й – $19,2 \pm 12,4$ балла соответственно. Индекс мобильности Ривермид в 1-й группе до лечения составил $2,8 \pm 1,2$, во 2-й – $3,4 \pm 1,2$. По шкале Рэнкина до начала реабилитации показатель в 1-й группы составил $3,5 \pm 0,5$ балла, во 2-й – $3,4 \pm 0,8$ балла. После проведенного восстановительного лечения показатель по шкале NIHSS в 1-й группе – $2,5 \pm 1,6$ балла, во 2-й – $5,5 \pm 3,7$ балла (по тесту Манна – Уитни U-29, $p \leq 0,01$). Сила верхней конечности – $4,7 \pm 0,6$ и $3,8 \pm 0,7$ балла ($p \leq 0,01$), по шкале Бартелла – $91,7 \pm 9,4$ и $78,3 \pm 9,8$ балла соответственно ($p \leq 0,01$). Индекс мобильности Ривермид в 1-й группе после лечения составил $12,3 \pm 2,6$, во 2-й – $9,3 \pm 2,2$ ($p \leq 0,01$).

Как видим, ЗТ является эффективным методом ранней реабилитации постинсультных больных. Пациенты, с которыми проводилась ЗТ, восстанавливались быстрее и качественнее, чем больные контроля.

Литература

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И., Стаховская Л. В. Проблема инсульта в РФ: время активных совместных действий // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 8. С. 4–10.
2. Ранняя реабилитация пациентов с кардиоэмболическим ишемическим инсультом на фоне ИБС с нарушением ритма сердца / И. А. Чельшева, М. С. Кузьмина, И. С. Бунина, Ю. А. Герасимова // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2014. Т. 19, №2. С. 89–90.
3. Назарова М. А., Пирадов М. А., Черникова Л. А. Зрительная обратная связь – зеркальная терапия в нейрореабилитации // Анализ клинической и экспериментальной неврологии. 2012. Т. 6. С. 36–41.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

*В. А. Кривоногов¹, И. П. Ястребцева¹, Н. Н. Пануева¹,
В. В. Белова¹, Е. А. Бочкова¹, Л. Ю. Дерябкина¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сегодня одной из ведущих общемировых тенденций развития медицины является поиск новых реабилитационных мероприятий, способных улучшить качество жизни пациентов, перенесших то или иное заболева-

ние [1]. Известно, что лидирующие позиции в структуре смертности и инвалидизации населения занимает сердечно-сосудистая патология, в частности инсульт [2]. С целью восстановления двигательных функций, в первую очередь равновесия, у больных инсультом в практическом здравоохранении рекомендуется использовать тренинг на стабилметрической платформе [3, 4]. Однако дифференцированному подходу к его использованию в литературе уделено недостаточное внимание.

Цель – оценить результаты стабилметрического тренинга (СТ) с визуальной обратной связью и дополнительной проприоцептивной стимуляцией в составе комплексного реабилитационного курса у больных с ишемическим инсультом (ИИ).

Для решения поставленной цели на базе клиники ИвГМА было обследовано 64 пациента с нарушением функции равновесия в раннем восстановительном периоде ИИ в каротидном бассейне. Критериями исключения из исследования являлся геморрагический характер инсульта, инсульт в вертебробазилярном бассейне, среднетяжелые и тяжелые черепно-мозговые травмы, поражения церебральных структур инфекционного, неопластического и демиелинизирующего генеза. Всего в исследовании приняли участие 41 мужчина и 23 женщины в возрасте от 47 до 78 лет (средний возраст – $53,47 \pm 17,35$ года), которые при поступлении в клинику случайным образом были распределены на четыре группы (по 16 пациентов), где применялись различные варианты СТ с визуальной обратной связью: в 1-й группе – с дополнительной проприоцептивной стимуляцией с использованием мягких ковриков, установленных на стабилметрическую платформу; во 2-й – жестких ковриков, в 3-й – без ковриков; 4-я группа – контрольная (тренинг не проводился). Всем пациентам перед началом курса реабилитации и после его завершения проводилось полное клинико-функциональное обследование с оценкой функции равновесия по данным стабилметрии, теста баланса при стоянии и Шкалы Берга, а также оценки чувствительности по соответствующей субшкале Фугл-Майера, умственных функций – по Монреальской шкале когнитивной оценки (МШК) и Госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД). Мотивацию пациентов на лечение и реабилитацию характеризовала Шкала восстановления локуса контроля (ШВЛК). Качество жизни оценивалось по данным самоопросника EuroQol. Длительность СТ составила 14–16 дней.

Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 13.0». В связи с ненормальным распределением полученных показателей по критериям Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилка количественные значения представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Me [25%; 75%]. Для установления статистической значимости различий между показателями исполь-

зовались непараметрические методы с расчетом Т-критерия Уилкоксона. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости $p < 0,05$.

У пациентов 1-й и 3-й групп отмечено улучшение по данным Шкалы Берга, результаты которой изменились с 42,95 [39,00; 45,00] до 44,05 [39,00;47,00] и с 44,54 [40,00; 46,00] до 46,17 [41,00;48,00] балла соответственно ($p < 0,05$). Во 2-й – вместе с увеличением показателей по Шкале Берга с 42,04 [38,00; 45,00] до 44,67 [38,00; 45,00] балла наблюдалось статистически значимое улучшение результатов Теста баланса при стоянии с 3,34 [1,00; 5,00] до 4,05 [2,00; 5,00] балла ($p < 0,05$). В контроле (4-й группа) определена лишь тенденция к восстановлению равновесия согласно клиническим тестам. Показатели стабиллограммы также имели достоверное улучшение только у пациентов первых трех групп. Так, в 1-й группе наблюдалось снижение площади статокинезиограммы (S) с закрытыми глазами (ЗГ) с 417,56 [104,50; 713,85] до 319,38 [93,57; 683,45] мм² и скорости перемещения центра давления (V) ЗГ с 18,19 [9,32; 28,48] до 15,15 [10,02; 21,88] мм/с ($p < 0,05$). Во 2-й – отмечено улучшение по показателю S с открытыми глазами (ОГ) и ЗГ, который изменился с 307,16 [165,70; 473,87] до 194,47 [117,02; 383,80] и с 410,57 [210,45; 763,40] до 299,59 [184,23; 594,80] мм² ($p < 0,05$). Показатели V ЗГ снизились с 21,44 [13,05; 31,49] до 18,88 [12,00; 27,04] мм/с ($p < 0,05$). Кроме того, в данной группе выявлено снижение индекса энергозатрат ОГ с 207,49 [112,70; 326,72] до 125 [109,90; 315,38] мДж/с ($p < 0,05$). В 3-й – достоверные изменения отмечены по данным S ЗГ с 393,72 [108,60; 901,52] до 278,20 [99,00; 729,15] мм² ($p < 0,05$). При анализе спектрограммы статистически значимое улучшение отмечено лишь во 2-й группе по уровню 60 % мощности спектра в сагиттальной плоскости (Fu60) ОГ, показатели которого снизились с 1,58 [0,70; 3,00] до 1,27 [0,60; 1,60] Гц ($p < 0,05$).

Таким образом, у пациентов с ИИ дополнительная проприоцептивная стимуляция при проведении СТ оказалась более эффективной по сравнению с изолированным ее применением. При этом использование в качестве проприостимуляции материалов с жесткой поверхностью приводит к более результативному улучшению функции равновесия.

Литература

1. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол / Г. Е. Иванова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2016. № 21. С. 6–14.
2. Эпидемиология и профилактика ишемического инсульта / Е. С. Утеулиев, К. К. Коньсбаева, Д. Р. Жангалиева, Т. Х. Хабиева// Вестн. Казахского национального медицинского университета. 2017. № 4. С. 126–129.

3. Кубряк О. В., Гроховский С. С. Исследование опорных реакций человека (постурография, стабилметрия) и биологическая обратная связь в программе STPL // Медицинская техника. 2015. № 4. С. 22–24.
4. Скворцов Д. В. Стабилметрическое исследование : краткое рук-во. М. : Маска, 2010. 172 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

*А. Р. Гасанбекова¹, И. П. Ястребцева¹, Н. Н. Пануева¹, В. В. Белова¹,
Е. В. Дмитриев¹, Е. А. Бочкова¹, А. А. Козырева¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Когнитивные нарушения и тревожно-депрессивная симптоматика встречаются в большинстве случаев острой мозговой катастрофы [1]. Они приводят к инвалидизации пациентов, дезадаптации в общественной жизни, а также влияют на процесс реабилитации в целом [2]. Восстановление когнитивных функций – достаточно сложный процесс, который требует мультидисциплинарного подхода в реабилитации. Возможным дополнением к лечению пациентов с нарушениями когнитивных функций и тревожно-депрессивной симптоматикой при инсульте может быть неинвазивная физиотерапевтическая методика – транскраниальная микрополяризация (ТКМП).

Цель – оценить эффективность применения ТКМП у лиц с когнитивными нарушениями и тревожно-депрессивной симптоматикой при ишемическом инсульте (ИИ).

На базе неврологического отделения клиники ИвГМА было обследовано 75 пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ в возрасте от 35 до 75 лет (в среднем $59,20 \pm 8,41$ года), из них 30 женщин (40,0 %) и 45 мужчин (60,0 %). Стволовой очаг церебрального поражения наблюдался у 11 пациентов (14,7%), левополушарный – у 36 (48,0 %), правополушарный – у 28 (37,3 %). При поступлении и по завершении курса реабилитации каждому пациенту проводилось клинико-функциональное обследование для оценки когнитивных функций: речевых – Шкала Вассермана (ШВ), умственных – Монреальская шкала когнитивной оценки (МШКО), уровней тревоги и депрессии – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД). Также у всех больных оценивалось качество жизни с помощью самоопросника EuroQol. Всем проводилась реабилитация согласно клиническим рекомендациям и стандартам

оказания медицинской помощи. Пациенты случайным образом были разделены на две группы: в 1-й (43 пациента) проводилась ТКМП, во 2-й (32 больных) – ТКМП не выполнялась. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, локализации и тяжести ИИ. Для проведения ТКМП использовался аппарат «Полярис» фирмы «Нейрософт» (Россия). Количество сеансов ТКМП – 10, продолжительность реабилитации – 12–14 дней. Данные, полученные в ходе исследования, не соответствовали нормальному распределению, поэтому результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

После проведения тестирования было обнаружено, что у 9 пациентов (12,0 %) отсутствовали когнитивные нарушения, у 36 (48,0 %) наблюдались речевые расстройства в виде моторной или сенсомоторной афазии, причем у 6 (8,0 %) афазия имела тяжелую степень, поэтому у них тестирование умственных и эмоционально-волевых функций не выполнялось. Из 69 обследованных у 60 были выявлены нарушения умственных функций по МШКО (87,0 %), у 67 (97,1 %) – эмоциональные нарушения согласно ГШТД, у 42 (62,7 %) – субклиническая тревога, у 25 (37,3 %) – клинически выраженная тревога; у 46 (68,7 %) – субклиническая, а у 21 (31,3 %) – клинически выраженная депрессия. После первого обследования было установлено, что у 2 пациентов (2,67 %) отсутствовали когнитивные и тревожно-депрессивные нарушения, они были исключены из дальнейшего исследования. В 1-й группе речевые нарушения наблюдались у 22 пациентов (51,2 %), во 2-й – у 14 (43,8 %).

В ходе реабилитации было отмечено уменьшение балла по ШВ в обеих группах: в 1-й – с 19,00 [16,00; 47,00] до 15,00 [11,00; 40,00] балла, а во 2-й – с 31,00 [16,00; 40,00] до 24,00 [10,00; 36,00] балла ($p < 0,05$). Однако при проведении анализа была выявлена взаимосвязь между фактом применения ТКМП и степенью улучшения речевых показателей согласно ШВ (χ^2 Пирсона = 8,384; $p = 0,009$). По МШКО умственные нарушения наблюдались у 33 из 39 обследованных (84,6 %) в 1-й группе и у 27 (90,0 %) из 30 – во 2-й. В конце курса реабилитации отмечалось статистически значимое улучшение суммарного балла по МШКО в 1-й группе с 24,00 [22,50; 24,50] до 26,00 [23,00; 27,00] балла, а у пациентов 2-й – лишь тенденция к увеличению с 24,00 [23,00; 26,00] до 25,00 [24,00; 26,00] балла. Тревожно-депрессивная симптоматика по ГШТД отмечалась у 38 (97,4 %) из 39 обследованных в 1-й группе и у 29 (96,7 %) из 30 – во 2-й. За курс реабилитации у больных 1-й группы уменьшился уровень тревоги с 10,00 [9,00; 11,00] до 9,00 [7,00; 11,00] балла, а депрессии – с 9,50 [8,00; 11,00] до 8,50 [8,00; 10,00] балла ($p < 0,05$), во 2-й группе уровень тревоги снизился с 11,00 [9,00; 12,00] до 10,00 [8,00; 11,00] балла, уровень депрессии – с 10,00 [8,00; 11,00] до 9,00 [8,00; 11,00] балла.

($p > 0,05$). По результатам самоопросника EuroQol у пациентов, получающих ТКМП, выявлено улучшение качества жизни со снижением балла с 9,00 до 8,2 ($p < 0,05$), а во 2-й группе – с 9,5 до 8,9 ($p > 0,05$).

Таким образом, применение ТКМП в комплексе реабилитационных мероприятий оказывает положительное влияние на тревожно-депрессивную симптоматику, внимание, зрительно-конструктивные навыки, память и речевые функции у пациентов с ИИ.

Литература

1. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол / Г. Е. Иванова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2016. № 21. С. 19–22.
2. Transcranial direct current stimulation vs sham stimulation to treat aphasia after stroke: a randomized clinical trial / J. Fridriksson [et al.] // JAMA Neurology. 2018. Vol. 75, № 12. P. 1470–1476.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

М. Л. Касяник¹, Д. В. Стариков¹, Ю. В. Чистякова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Инфаркт миокарда (ИМ) – заболевание сердечно-сосудистой системы (ССЗ), формирующее высокую смертность [1]. Снижение этого показателя можно осуществить путем принятия мер в отношении модифицируемых факторов риска (ФР) [2, 3]. Однако, несмотря на активные меры вторичной профилактики в кардиореабилитации (КР), остается высокой частота повторных ИМ, составляющая, по данным разных авторов, 14,0–41,6 % от общего числа пациентов, госпитализированных с ИМ [1]. В связи с этим сохраняется важность выявления ФР у данных больных.

Цель – оценить сердечно-сосудистые ФР у пациентов, перенесших ИМ, и их приверженность к КР на амбулаторном этапе.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 46 пациентов с ИМ, поступивших на трехнедельный курс КР в дневной стационар клиники ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в 2018–2019 гг., в том числе 23 больных (20 мужчин и 3 женщины) после впервые возникшего острого ИМ (1-я группа), 23 (19 мужчин и 4 женщины) – после острого ИМ, в анамнезе у которых были один или два случая ИМ с интервалом от 11 месяцев до 15 лет (2-я группа). Средний возраст пациентов в группах составил $59,1 \pm 1,2$ и $63,9 \pm 1,5$ года соответственно. В каждой из них треть больных являлись работающими, остальные – неработающие пен-

сионеры. Изучались индекс массы тела (ИМТ, кг/м²); окружность талии (ОТ, см); систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД, мм рт. ст.); биохимические показатели крови с оценкой липидного спектра: уровень общего холестерина (ХС общий, ммоль/л), липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП, ммоль/л), триглицеридов (ТГ, ммоль/л). Оценивались поведенческие ФР (наличие табакокурения, гиподинамии, нерационального питания, стресса). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного пакета прикладных программ «Statistica-6.0». Результаты были представлены в виде абсолютных и относительных (%) значений. Для оценки значимости распределения качественного признака между группами применяли критерий χ^2 . В случае распределения, отличного от нормального, величины представлялись в виде медианы (Me), 25-й и 75-й перцентилей. Достоверность межгрупповых различий показателей оценивалась по непараметрическому критерию Манна – Уитни, различий показателей в динамике – по критерию Вилкоксона ($p < 0,05$).

Оценка ФР у пациентов выявила высокую частоту наследственной отягощенности по ССЗ: у 68,2 % в 1-й группе и у 82,2 % – во 2-й ($p < 0,05$). 82,6 и 95,7 % пациентов в группах – мужчины в возрасте старше 50 лет. В 82,6 и в 95,7 % случаев была диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ). При этом у 46,5 % пациентов 1-й группы и у 35,3 % – 2-й при поступлении САД и ДАД не достигли целевого уровня (<140/90 мм рт. ст.). У каждого 5-го пациента в обеих группах был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Почти у каждого второго больного 1-й группы имелась избыточная масса тела (47,1 %), каждый третий страдал ожирением 1-й и 2-й степени (34,6 %) с преимущественным распределением по абдоминальному типу (79,0 %). Во 2-й группе избыточная масса тела определялась с той же частотой, что и в 1-й, но чаще встречалось ожирение 1-й и 2-й степени (47,1 %) и абдоминальное ожирение (94,2 %) ($p < 0,05$). ИМТ составил 27,7 (24,7; 30,3) и 28,9 (26,6; 32,0) кг/м², ОТ – 100,0 (89,0; 105,0) см и 100,5 (98,0; 108,0) см соответственно. Результаты биохимического анализа крови: уровень общего ХС в группах – 5,7 (4,8; 6,5) и 4,2 (3,0; 5,6) ммоль/л ($p < 0,05$); ХС ЛПНП – 3,64 (2,7; 4,84) и 3,35 (1,62; 4,44) ммоль/л; ХС ЛПВП – 1,2 (0,9; 1,5) и 1,08 (0,96; 1,2) ммоль/л; ТГ – 1,4 (0,8; 1,91) и 1,05 (0,7; 1,6) ммоль/л соответственно. При поступлении ни у одного из пациентов 1-й группы не было достигнуто целевого уровня ХС ЛПНП, тогда как во 2-й – у 41,2 % больных показатель достиг целевого уровня (<1,8 ммоль/л) ($p < 0,01$). Оценка поведенческих ФР выявила высокую распространенность нерационального питания (70,0 и 88,2%), гиподинамии (65,0 и 78,5%), стрессовых ситуаций (60,0 и 52,9%). При этом во 2-й группе нерациональное питание и гиподинамия встречались чаще, чем в 1-й ($p < 0,05$). 33,7 и 29,4 % больных являлись регулярными курильщиками, а 14,3 и 11,8 % пациентов, имеющих длительный стаж

курения, перестали курить около одного месяца назад. У 32,5 % пациентов 1-й группы и у 23,6 % больных 2-й в анамнезе имелись данные о нарушении режима приема лекарственных препаратов, назначенные врачом с целью лечения ГБ и ИМ.

После курса КР у пациентов обеих групп достоверно снизился уровень общего ХС: в 1-й группе – до 3,65 (3,08; 4,07) ммоль/л ($p < 0,001$), во 2-й – до 3,38 (2,97; 3,78) ммоль/л ($p < 0,01$); а также ХС ЛПНП – до 2,19 (1,72; 2,44) и 2,08 (1,9; 2,49) ммоль/л соответственно ($p < 0,001$ и $p < 0,01$). Увеличилось число пациентов, достигших целевого уровня ХС ЛПНП: с 0 до 40,9 % в 1-й группе ($p < 0,01$) и с 41,2 до 56,8 % – во 2-й ($p < 0,05$), а также больных, достигших целевого уровня САД и ДАД с 46,5 до 60,0 % и с 35,3 до 52,5 % ($p < 0,05$). Наблюдалась тенденция к снижению ИМТ и ОТ.

Итак, при поступлении на курс КР у больных отмечалась высокая распространенность сердечно-сосудистых ФР, в том числе поведенческих, связанных с неправильным образом жизни. При этом у перенесших повторный ИМ некоторые поведенческие ФР выявлялись с большей частотой, чем у лиц с впервые возникшим ИМ. У значительного числа больных обеих групп выявлена низкая приверженность выполнению рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов и образу жизни. Таким образом, у пациентов, как впервые, так и повторно перенесших ИМ, остается высоким риск возникновения новых сердечно-сосудистых событий, что требует проведения мероприятий по повышению их приверженности к КР и коррекции модифицируемых ФР.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс]. 2017. Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Пациент после инфаркта миокарда: факторы риска новых сердечно-сосудистых катастроф / И. А. Новикова [и др.] // Анализ риска здоровью. 2019. № 1. С. 135–143.
3. Российские национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика 2017» // Российский кардиологический журн. 2018. № 23 (6). С. 7–122.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТРЕНИРОВОЧНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

К. С. Борисова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Физические нагрузки являются одним из ведущих компонентов программ медицинской реабилитации (МР) больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Частота сердечных сокращений (ЧСС)

является наиболее доступным и информативным показателем срочного контроля за интенсивностью физических нагрузок в процессе МР [2]. Существует несколько способов для расчета тренировочной ЧСС больных ОИМ, наиболее распространенным из которых является метод М. Karvonen [3, 4] на основе данных велоэргометрии (ВЭМ). Альтернативным подходом к определению тренировочной ЧСС может служить кардиопульмональное нагрузочное тестирование (КПНТ), при котором у обследуемого выполняется анализ состава выдыхаемого воздуха [5]. В этом случае в качестве тренировочной выбирается ЧСС, соответствующая моменту наступления аэробного порога [6].

Цель – изучить в сравнительном аспекте два способа определения тренировочной ЧСС методом М. Karvonen и при проведении КПНТ – в процессе физической реабилитации больных после ОИМ.

В исследование включены 62 пациента (52 мужчин и 10 женщин), перенесшие ОИМ. Средний возраст больных составил $57,3 \pm 7,3$ года. Все обследуемые были направлены из первичных сосудистых центров на дневной стационар III этапа МР в клинику ИвГМА. Программа физической реабилитации была рассчитана на 15 дней и включала в себя: групповую ЛФК (20–30 минут); занятия на ножном и ручном эргометрах, тредмиле, кроссовере, степпере; ходьбу по лестнице, дозированную ходьбу [1]. Всем больным перед началом курса МР проведено КПНТ согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов [7]. Для каждого пациента была рассчитана тренировочная ЧСС (уд./мин) двумя способами: 1) при анализе эргометрической части протокола КПНТ по формуле М. Karvonen, 2) в точке аэробного порога по результатам газового анализа вдыхаемого и выдыхаемого обследуемым воздуха. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием Statistika 6.0. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Точное совпадение тренировочной ЧСС, определенной одновременно двумя способами, наблюдалось лишь у троих обследованных (4,8 %). Почти у половины больных (48,4 %) тренировочная ЧСС, определенная методом М. Karvonen, превышала таковую по данным КПНТ. В этой группе разница тренировочной ЧСС в пределах от 1 до 5 уд./мин наблюдалась у 8 (12,9 %), от 5 до 10 уд./мин – у 8 (12,9 %), от 10 до 15 уд./мин – у 7 (11,3 %), от 15 до 20 уд./мин – у 3 (4,8 %) и свыше 20 уд./мин – у 4 (6,4 %) пациентов. Выявленный факт свидетельствует о том, что у больных данной группы физические тренировки на велоэргометре или тредмиле с ЧСС, рассчитанной методом М. Karvonen, проводились бы в анаэробном режиме и сопровождались бы преждевременным наступлением утомления и отказом продолжать нагрузку вследствие быстрого накопления лактата в работающих мышцах. Выраженность этого эффекта пропорциональна разнице ЧСС в точке аэробного порога и определенной методом М. Karvonen. Так как фи-

зическая работоспособность во многом определяется величиной диапазона мышечных нагрузок в аэробном режиме, то данный подход к физическим тренировкам после ОИМ сопряжен с повышенным риском срыва адаптационных возможностей конкретного пациента вследствие перетренировки и возможных осложнений [2]. У 29 (46,8 %) обследованных тренировочная ЧСС, определенная методом М. Karvonen, оказалась меньше аналогичного показателя, установленного в точке аэробного порога при КПНТ. Из них разница тренировочной ЧСС в пределах 1–5 уд./мин зарегистрирована у 11 (17,7 %), 5–10 уд./мин – у 12 (19,4 %), 10–15 уд./мин – у 5 (8 %), больше 20 уд./мин – у одного. Занятия на кардиотренажерах в этой группе больных с тренировочной ЧСС, рассчитанной по методу М. Karvonen, проводились бы в аэробной зоне в диапазоне 44–77 % от должной максимальной ЧСС, что соответствует согласованному мнению специалистов Секции физической и реабилитационной медицины Европейского союза медицинских специалистов (Physical and Rehabilitation Medicine Section of European Union of Medical Specialists – UEMS-PRM) по вопросу реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [8].

Таким образом, прямое сравнение двух методов определения тренировочной ЧСС по методу М. Karvonen и по данным КПНТ выявило полное совпадение результатов только у 4,8 больных ОИМ. Почти у половины обследованных (48,4 %) тренировочная ЧСС, определенная методом М. Karvonen, превышала таковую по данным КПНТ, что сопряжено с повышенным риском осложнений физической реабилитации вследствие тренировки данной группы пациентов в анаэробном режиме. Данные проведенного нами исследования наглядно демонстрируют преимущество КПНТ перед методом М. Karvonen в определении тренировочной ЧСС, базирующееся на физиологически обоснованном определении тренировочной ЧСС в точке аэробного порога испытуемого, что обеспечивает большую эффективность и безопасность тренировочного процесса.

Литература

1. Содержание и первые результаты реабилитации кардиологических больных в клинике / А. Е. Баклушин [и др.] // Вестн. восстановительной медицины. 2014. № 6. С. 43–46.
2. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика : Российские клин. рекомендации // CardioСоматика. 2014. № 1, прил. С. 5–42.
3. Karvonen M. J., Kentala E., Mustala O. The effects of training on heart rate: a «longitudinal» study // Ann Med Exp Biol Fenn. 1957. № 35(3). P. 307–315.
4. Кардиореабилитация : практ. рук-во / под ред. Дж. Ниебауэра; пер. с англ. под ред. Ю. М. Позднякова. М. : Логосфера, 2012. 328 с.
5. Иванов С. В., Изачик Ю. А., Иванов С. С. Кардиопульмональные нагрузочные тесты в оценке сердечно-сосудистой системы // Функциональная диагностика. 2008. № 1. С. 3–10.

6. Кардиопульмональное нагрузочное тестирование в клинической практике / О. Б. Керибков [и др.] // Клиническая практика. 2012. № 2. С. 58–70.
7. Современный взгляд на кардиопульмональное нагрузочное тестирование (обзор рекомендаций ЕАСРР/АНА, 2016) / Н. Т. Ватутин [и др.] // Арх. внутренней медицины. 2017. № 7(1). С. 5–14.
8. Evidence Based Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for people with cardiovascular conditions. The European PRM position (UEMSPRM Section) / A. Juocevicius [et al.] // Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2018. Aug; 54(4). P. 634–643.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А. В. Матросова¹, К. С. Борисова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Повышение толерантности к физической нагрузке у больных после острого коронарного синдрома (ОКС) является одной из ведущих задач кардиореабилитации (КР) [1, 2]. Изучение гендерных различий толерантности к физической нагрузке у больных после ОКС обусловлено необходимостью индивидуализации программ физической реабилитации (ФР). Однако особенности эффективности ФР у мужчин и женщин с ОКС остаются предметом научных дискуссий [3, 4].

Цель – изучить особенности динамики толерантности к физической нагрузке в процессе III этапа медицинской реабилитации больных ОКС в зависимости от пола.

В исследование включены 110 мужчин и 44 женщины после ОКС, поступившие на III этап КР в дневной стационар клиники ИвГМА. Женщины были старше мужчин (соответственно 64,5 и 58,5 года). При оценке факторов сердечно-сосудистого риска подавляющее большинство пациентов (86,5 % мужчин и 85 % женщин) имели пять и более факторов. Программа реабилитации была рассчитана на 15 дней и включала: групповую ЛФК длительностью 20–30 минут под контролем ЧСС; занятия на ручном и ножном эргометрах, тредмиле, кроссовере, степпере с тренировочной ЧСС, индивидуально подобранной во время нагрузочного тестирования; дозированную ходьбу [5]. Эффективность КР у мужчин и женщин после ОКС оценивалась по опроснику DASI (Duke Activity Status Index), динамике теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ), показателям кардиопульмонального нагрузочного тестирования (КПНТ): общей продолжительности нагрузочного тестирования, удельной мощности выполненной нагрузки, максимальной ЧСС, максимальному потреблению кислорода (VO_{2max}). Статистический анализ полученных данных проведен с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты

представлены в форме медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й процентиля). Достоверность различий количественных показателей оценивалась по критерию Вилкоксона. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

До начала курса КР у мужчин по данным опросника DASI общий объем повседневной двигательной активности превышал аналогичный показатель у женщин на 0,6 METs ($p \leq 0,05$). После окончания курса КР объем повседневной двигательной активности достоверно вырос у мужчин (с 5,7 до 6,3 METs) и у женщин (с 5,1 до 5,7 METs). При поступлении в клинику средняя дистанция, пройденная в ходе ТШХ, оказалась на 114 метров больше у мужчин, чем у женщин ($p \leq 0,05$). После завершения курса КР данный показатель достоверно ($p \leq 0,01$) увеличился в обеих группах: у мужчин (с 464 до 525 м) и у женщин (с 408 до 456 м). При оценке результатов КПНТ общая продолжительность нагрузочного тестирования при поступлении в дневной стационар оказалась ожидаемо выше у мужчин – 725 [548; 813] с, чем у женщин – 440 [390; 500] с ($p \leq 0,05$). После КР продолжительность КПНТ возросла в обеих группах, но более значительно у женщин – до 550 [400; 600] с, чем у мужчин, до 790 [740; 930] с ($p \leq 0,05$). До начала КР на пике нагрузке максимальная ЧСС у мужчин (118 [103; 127] уд./мин) оказалась несколько выше, чем у женщин – 113 [101; 115] уд./мин ($p \leq 0,05$). После завершения курса КР этот показатель достоверно увеличился до 128 [117; 141] уд./мин у мужчин и 121 [121; 130] уд./мин. у женщин ($p \leq 0,05$). Это обусловлено необходимостью обеспечения большего минутного объема кровообращения при физических нагрузках у мужчин по сравнению с женщинами. Мужчины по сравнению с женщинами как исходно, так и после курса КР выполнили нагрузку большей удельной мощности ($p \leq 0,05$). Исходно до КР VO_{2max} оказалось достоверно выше ($p \leq 0,05$) у мужчин (19,3 [15,6; 23,8] мл/кг/мин), чем у женщин – 15,9 [13,0; 18,6] мл/кг/мин. После завершения КР в обеих группах отмечался достоверный ($p \leq 0,05$) прирост VO_{2max} : у мужчин до 22,0 [19,5; 24,8] мл/кг/мин, у женщин – до 19,9 [14,6; 21,8] мл/кг/мин. Данный фактор может быть обусловлен физиологическими особенностями мужского организма, так как у мужчин по сравнению с женщинами выше аэробные способности кардиореспираторной системы [6, 7]. С другой стороны, это может быть объяснено особенностями периферической мускулатуры мужчин, характеризующейся преобладанием быстро сокращающихся мышечных волокон 2-го типа, имеющих больший размер и развивающих более высокую мышечную силу, тогда как мускулатура женщин больше представлена медленно сокращающимися волокнами 1-го типа, меньшего размера, обладающих меньшей силой сокращения [8, 9].

Таким образом, выявленные гендерные различия следует учитывать при разработке реабилитационных программ для больных, перенесших ОКС. Физиологические и психологические особенности могут по-

разному влиять на переносимость физической нагрузки у мужчин и у женщин после ОКС. Гибкие реабилитационные программы, учитывающие гендерные аспекты, позволяют улучшить приверженность пациентов с ОКС к их выполнению и повысить их эффективность.

Литература

1. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика : Российские клин. рекомендации // CardioСоматика. 2014. № 1, прил. С. 5–42.
2. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Системы контроля и мониторингования эффективности медицинской реабилитации при остром инфаркте миокарда / Г. Е. Иванова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21, № 1. С. 15–18.
3. Zarghampour M., Karimi A., Nejatian M. Gender differences in improvement of function capacity and psychological status following cardiac rehabilitation program after different cardiac interventions // J Clin. Exp. Cardiol. 2011. Vol. 2. P. 3.
4. Gender differences in the efficacy of cardiovascular rehabilitation in patients after cardiac surgery procedures / M. Feola [et al.] // J. of Geriatric Cardiology. 2015. № 12. P. 575–579.
5. Содержание и первые результаты реабилитации кардиологических больных в клинике / А. Е. Баклушин [и др.] // Вестн. восстановительной медицины. 2014. № 6. С. 43–46.
6. Gender differences in cardiac rehabilitation outcomes: do women benefit equally in psychological health? / J. Barth [et al.] // J. Women's Health. 2009. № 8. P. 1–9.
7. Differences in cardiovascular adaptations to endurance exercise training between older men and women / R. J. Spina [et al.] // J. Appl Physiol. 1993. № 75. P. 849–855.
8. Exercise training in women with cardiovascular disease: Differential response and barriers – review and perspective / I. Witvrouw [et al.] // Eur. J. of Preventive Cardiology. 2019. P. 1–13.
9. Sex differences in cardiovascular function during submaximal exercise in humans / C. M. Wheatley [et al.] // Springerplus. 2014. № 3. P. 1–13.

ПОСТКАРДИОТОМНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Ю. В. Блинова¹, М. О. Липина¹, М. В. Кириченко²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Операции реваскуляризации при ишемической болезни сердца (ИБС) остаются методом выбора при многососудистом поражении [2, 3]. При послеоперационной реабилитации этих пациентов особое место занимает лечение послеоперационных осложнений.

Цель – изучить частоту и тяжесть поздних послеоперационных осложнений у пациентов после реваскуляризации миокарда.

Исследование выполнено на базе отделения профилактики и реабилитации ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново. В анализ включено 26 пациентов, перенесших операцию аортокоронарного и/или маммарокоронарного шунтирования и поступавших в отделение на курс реабилитации в течение двух месяцев (ноябрь-декабрь 2019 г). Пациентам проводилось клиничко-инструментальное обследование в соответствии с клиническими рекомендациями [3], включающее лабораторные анализы, контроль липидных показателей, ЭКГ, нагрузочное тестирование, эхокардиографию, УЗИ, рентгенографию органов грудной полости и по показаниям.

Всего за указанный период в отделение поступило 203 больных ИБС. Таким образом, пациенты после коронарного шунтирования составили 12,8 % от общего числа больных. 17 из 26 пациентов были моложе 65 лет. В среднем пациенты поступали на реабилитацию на 14-й день после проведенного оперативного вмешательства. В анамнезе 21 пациент имел постинфарктный кардиосклероз.

Явления посткардиотомного синдрома были выявлены у 22 из 26 больных (84,61 % случаев). Большая часть случаев без осложнений (3 из 4) относилась к возрасту до 65 лет.

Наиболее частым осложнением была постгеморрагическая анемия легкой степени (20 больных, 76,92 %), у женщин несколько чаще, чем у мужчин; развитие анемии не зависело от возраста пациентов. Вторым по частоте осложнением оказался реактивный плеврит, который развился у 21 пациента. Двусторонний плеврит наблюдался у 13 больных, несколько чаще – у женщин (57,1 %, чем у мужчин (47,4 %)). Значительно реже зарегистрирован левосторонний реактивный плеврит – у 8 (30,8%), который чаще встречался, наоборот, у мужчин (31,6 %), чем у женщин (28,6%). Отмечено, что плеврит, как двусторонний, так и односторонний, чаще встречался у пациентов моложе 65 лет, однако различия были недостоверны, что, вероятно, связано с малой численностью групп.

В одном случае выявлен гидроперикард с умеренным количеством жидкости (до 150 мл), у пациента с рестернотомией в раннем послеоперационном периоде по поводу кровотечения.

Из 26 обследованных 4 не имели осложнений, 3 – одно осложнение (по одному – постгеморрагическая анемия, двух- и левосторонний реактивный плеврит), 19 (73,1%) – по два осложнения (постгеморрагическая анемия и плеврит (двух- или левосторонний)), 1 – три осложнения.

В группе лиц с плевральным выпотом (21 пациент) на момент поступления умеренное количество жидкости (10–20 мм, по данным УЗИ) в левой плевральной полости обнаружено у 10 больных (38,1 % от всех

пациентов с реактивным плевритом); 21–30 мм – 33,3 %, 31–40 мм – 23,8 %, 41 мм и более – 4,76 %.

Полученные сведения в целом совпадают с данными литературы [1, 3]. Для лечения плеврита одинаково часто использовали аспирин (38,09 %) и ибупрофен (38,09 %), в 23,82 % случаев лечение не назначалось (при умеренном количестве жидкости в плевральных полостях).

Таким образом, различные проявления посткардиотомного синдрома умеренной выраженности встречаются у большинства больных, поступающих на реабилитацию после коронарного шунтирования, самым частым нежелательным последствием которого оказалась постгеморрагическая анемия.

Литература

1. Клиническая эффективность комплексной программы реабилитации после коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца в условиях поликлинического кардиореабилитационного отделения / Д.М. Аронов [и др.] // Кардиосоматика. 2015. № 3. С. 6–14.
2. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017// Российский кардиологический журн. 2018. Т. 23, № 5. С. 103–158.
3. Бокерия Л. А., Аронов Д. М. Российские клинические рекомендации. Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика // CardioСоматика. 2016. Т. 7, № 3–4. С. 5–71.

Секция «НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ЖЕНЩИНЫ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО»

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

К. С. Трифонова¹, М. А. Сафронов¹, Е. В. Шниткова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Несмотря на значительные достижения перинатальной медицины, проблема гемолитической болезни новорожденного (ГБН) на фоне иммуноконфликтной беременности в нашей стране не может считаться до конца решенной [2]. ГБН в Российской Федерации диагностируется приблизительно в 0,6 % случаев и занимает ведущее место среди иммунологически обусловленных осложнений беременности [1]. В структуре перинатальной смертности ГБН занимает 5-е место [3].

Цель – изучить особенности течения ГБН у новорождённых по АВ0-системе и по Rh-фактору.

В рамках научного исследования изучено состояние здоровья 69 новорожденных, проходивших стационарное лечение в отделении патологии новорожденных ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5 г. Иваново» в период с 2014 по 2018 гг. Нами были выделены две группы новорожденных: первую составили дети с ГБН по системе АВ0 несовместимости (53–76,8 %), вторую – новорождённые с ГБН по несовместимости по Rh-фактору (16–23,2 %). Сведения о пациентах получены путем выкопировки из историй болезни сведений о состоянии здоровья матерей, о течении беременности и родов; оценки состояния новорожденного, интерпретации результатов лабораторных методов обследований ребенка. Проведено изучение методов лечения новорождённых с ГБН. Математическая обработка данных проводилась при помощи лицензионного пакета прикладных программ Microsoft Excel. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Было выявлено, что дети первой группы рождались как от первой (35,8 %), так и от второй (18,7 %), третьей (24,5 %), шестой и седьмой (15,3 %) беременностей, дети второй группы рождались только от второй беременности. Все дети были доношенными. Частота встречаемости ГБН среди мальчиков и девочек практически одинакова.

При изучении антенатального периода жизни детей выявлено, что беременность матерей обеих групп проходила на фоне экстрагениталь-

ной патологии. Гестоз чаще диагностировался у матерей новорождённых второй группы (24,5 %; 62,5 %). Угроза прерывания беременности, многоводие, фетоплацентарная недостаточность, ОРВИ при беременности, синдром задержки развития плода также чаще регистрировались во второй группе. Хроническую внутриутробную гипоксию испытали все новорожденные обеих групп наблюдения. Анализ течения родов у матерей обследованных детей показал, что у большинства матерей роды были неосложнёнными (90,6 %; 56,25 %). Во второй группе роды были осложнены кровотечениями (31,25 %) и гнойно-септическими осложнениями (12,5 %) в послеродовом периоде. Посредством операции кесарево сечения чаще рождались дети с ГБН по Rh-фактору (32,0 %; 81,25 %). ГБН всех детей протекала на фоне гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы (ЦНС) с преобладанием синдрома угнетения. Также встречались гнойно-воспалительные заболевания, несколько чаще у детей с ГБН при конфликте по АВО-системе (18,9 %; 12,5 %). В этой же группе зарегистрированы врожденные пороки развития сердца (7,5 %) и почек (5,7 %).

Диагноз ГБН поставлен всем детям в родильном доме. Желтушная форма диагностирована в большинстве случаев (81,0 %; 43,65 %), желтушно-анемическая чаще встречалась при ГБН по резус-конфликту (19,0 %; 31,25 %); анемическая форма зарегистрирована у 12,5 % детей второй группы.

При изучении общего анализа крови отмечено, что содержание гемоглобина у новорождённых первой группы составило 130 ± 2 г/л ($p < 0,05$), что выше, чем у детей с ГБН по резус-конфликту Hb, – $101,8 \pm 2$ г/л ($p < 0,05$). Лейкоцитоз наблюдается у новорождённых с ГБН по системе АВ0 (9,4 %). Ретикулоцитоз характерен для обеих групп (20,8 и 75,0 %).

В биохимическом анализе крови у новорожденных обеих групп зарегистрирована гипербилирубинемия ($297,4 \pm 3$ и 308 ± 3 мкмоль/л) и повышение щелочной фосфатазы ($459,2 \pm 2$ и $514,3 \pm 2$ Ед/л). Уровень щелочной фосфатазы повышен в 1,4 раза у детей, страдающих ГБН по резус-фактору.

Операцию заменного переливания крови перенесли 31,3 % новорожденных с тяжелой ГБН по резус-фактору. Иммуноглобулин человеческий нормальный применялся чаще также у детей второй группы (7,5%; 43,75%), все женщины второй группы получали антирезусный иммуноглобулин. Все дети с ГБН по АВ0-системе получили консервативное лечение с помощью фототерапии. В послеоперационный период дети второй группы также получали фототерапию.

Следовательно, ГБН по Rh-фактору протекает тяжелее, чем ГБН по системе АВ0. При ГБН по резус-фактору у трети детей встречается более

тяжелая желтушно-анемическая форма. Неблагоприятным фоном, на котором развивается ГБН, является гипоксически-ишемическое поражение ЦНС и синдром цитолиза.

Литература

1. Клинические рекомендации. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. М., 2018.
2. Конопляников А. Г., Павлова Н. Г. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденных // Акушерство : нац. рук-во, 2015. С. 324–334.
3. Оловникова Н. И., Николаева Т. Л., Эршлер М. А. Иммунопрофилактика ре-зус-иммунизации: перспектива создания моноклонального иммуноглобу-лина для предупреждения ГБН // Иммунология. 2018. С. 1–7.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕТИНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Д. Л. Воскресенская¹, Д. Н. Воронин¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Лейомиома матки (ЛМ) – самая распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов [1]. Отмечается тенденция к увеличению встречаемости этого заболевания у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность. Быстрый рост миоматозного узла (МУ) приводит к появлению симптомов, ухудшающих качество жизни женщины, а упущенное время – к хирургическому вмешательству в объеме гистерэктомии [2]. Поскольку радикальное оперативное вмешательство исключает возможность дальнейшего деторождения, необходимо искать новые методы консервативного лечения ЛМ. В настоящее время известны два механизма роста МУ: за счет активной пролиферации и усиленного фиброза, частным вариантом которого является накопление компонентов экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ). Одним из перспективных препаратов с противоопухолевым действием является ретиноевая кислота (АТРА). Экспериментально установлено ее антипролиферативное действие на клетки ЛМ [3]. Однако интересным представляется изучение ее влияния на синтез коллагена как одного из наиболее значимых компонентов ЭЦМ.

Цель – оценить влияние АТРА на синтез коллагена в культуре клеток МУ.

Материалом для исследования служили образцы ткани МУ от 11 пациенток репродуктивного возраста, которые подверглись оперативному вмешательству в объеме консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом. Из ткани МУ ферментативным методом была

получена первичная культура лейомиоцитов. Клетки инкубировали 24 часа в DMEM с 20 % FBS при 37°C в CO₂-инкубаторе. Далее проводилась серия экспериментов с культивированием клеток, в которых использовалась ATRA 3 × 10⁻⁸, 3 × 10⁻⁷ и 3 × 10⁻⁶ мг/мл концентрациях. В качестве контроля использовали культуру клеток, не обработанную ATRA. Количественная оценка уровня экспрессии мРНК COL1A1 проводилась методом обратнo-транскрипционной количественной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) в режиме реального времени. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Различия считались статистически значимыми при p < 0,05.

Средний возраст пациенток соответствовал 32 [27–39] годам. Среди жалоб подавляющее большинство приходилось на наличие хронических тазовых болей и аномальных маточных кровотечений по типу обильных. Пациенткам выполнено УЗИ органов малого таза, во всех случаях диагностирована интрамурально-субсерозная ЛМ, представленная единичным МУ, средний объем составлял 156,8 [85–214,3] см³. По результатам исследования было выявлено, что ATRA 3 × 10⁻⁶ мг/мл подавляет выработку коллагена в культуре клеток МУ по сравнению с ATRA 3 × 10⁻⁸ и 3 × 10⁻⁷ мг/мл (p = 0,02 и p = 0,03 соответственно). В то же время было отмечено, что в малых концентрациях ATRA способствовала синтезу коллагена в клеточной культуре. Известно, что ATRA проявляет свое действие при взаимодействии с семейством ядерных гормональных рецепторов, называемых рецепторами ретиноевой кислоты (RARs). Экспериментально установлено, что ATRA при связывании с RARα увеличивает экспрессию белка P21, блокирует репликацию хромосом в клетке, тем самым подавляя дальнейшую пролиферацию клеток [3]. Группой авторов было доказано, что в гладкомышечных клетках под действием ATRA происходит реорганизация компонентов ЭЦМ, а синтез коллагена снижается при действии ATRA в концентрациях больших, по сравнению с теми, которые использованы в нашем исследовании, что связывают с токсичностью ретиноевой кислоты и, как следствие, с гибелью клеток [4]. Возможно, ATRA в малых концентрациях способствует подавлению пролиферативной активности клеток и усилению синтеза коллагена, что связано с активацией MAPK сигнального пути [5].

Выводы. 1. ATRA в максимальной концентрации подавляет синтез коллагена в культуре клеток МУ. Полученный эффект влияния ретиноевой кислоты на определенные механизмы роста МУ нуждается в дальнейшем изучении и может быть рассмотрен в качестве перспективы применения таргетной терапии у пациенток с ЛМ.

Литература

1. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma – an update // Int. J. Womens Health. 2011. Vol. 3. P. 231–241.

2. Иммунные механизмы быстрого роста миомы матки / А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова, А. К. Красильникова. Иваново, 2010. 272 с.
3. Malik M., Webb J., Catherino W. H. Retinoic acid treatment of human leiomyoma cells transformed the cell phenotype to one strongly resembling myometrial cells // Clin. Endocrinol. (Oxf). 2008. Vol. 69, № 3. P. 462–470.
4. Collins S. J., Robertson K. A., Mueller L. Retinoic acid-induced granulocytic differentiation of HL-60 myeloid leukemia cells is mediated directly through the retinoic acid receptor (RAR-alpha) // Mol. Cell. Biol. 1990. Vol. 10. P. 2154–2163.
5. All-trans retinoic acid regulates proliferation, migration, differentiation, and extracellular matrix turnover of human arterial smooth muscle cells / D. I. Axel [et al.] // Cardiovascular Research. 2001. Vol. 49. P. 851–862.
6. Activation of Rac1 and p38 Mitogen-activated protein kinase pathway in response to all-trans-retinoic acid / Y. Alasyed [et al.] // J. of Biological Chemistry. 2001. Vol. 276. P. 4012–4019.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ПСОРИАЗОМ

Е. П. Боровкова¹, А. В. Смирнова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Число публикаций, посвященных репродуктивной функции у женщин с псориазом, ограничено. Полагают, что имеется взаимосвязь между возрастными гормональными изменениями и тяжестью заболевания. Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. Согласно статистическим данным, в Российской Федерации заболеваемость взрослого населения насчитывает 3–7 %. Псориаз – хроническое прогрессирующее воспалительное аутоиммунное заболевание, поражающий преимущественно кожу. В подавляющем большинстве случаев он не сказывается на общем состоянии организма, но способен доставлять как физические, так психологические неудобства. Несмотря на прогресс в фармакотерапии псориаза, многие препараты носят симптоматическую направленность, так как этиология и патогенез возникновения и развития данного заболевания по сей день остается научной загадкой.

Цель – изучение акушерско-гинекологического анамнеза у женщин старше 45 лет с псориазом.

Статистическому анализу подвергались данные, полученные при опросе пациенток и из медицинских карт стационарного больного. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в электронной таблице Microsoft Excel. В ходе работы нами было изучено состояние здоровья 40 женщин в возрасте от 45–70 лет (средний возраст –

54,2 ± 8,62 года), проходивших стационарное лечение в дерматовенерологическом отделении № 1 ОБУЗ «Ивановский областной кожно-венерологический диспансер», с клинически верифицированным диагнозом «Псориаз» (согласно МКБ-10: L 40.0) в август–декабре 2019 года.

Давность заболевания варьировала от 1 года до 50 лет (в среднем – 14,33 ± 13,7 года). Длительность болезни до 5 лет имела место у 16 (40 %) женщин, от 6 до 10 лет – у 7 (17,5 %), 11 лет и более – у 17 (42,5 %), из них у 12 (30 %) – более 20 лет. Всего у 15 (37,5 %) женщин псориаз имел наследственный характер (60 % – по отцовской линии и 40 % – по материнской линии). У 92,5 % обследуемых доминировал псориаз распространенный, прогрессирующая стадия. При оценке фертильности выявлено: у 23 (57,5%) женщин менопауза наступила в 50 ± 2,7 года, ранняя менопауза наблюдалась у 6 (15 %) (средний возраст – 42,83 ± 1,83 года), 11 (27,5 %) находятся в позднем репродуктивном возрасте. Беременностей на 33 женщины пришлось 72, 50 (69,4 %) из которых закончились родами, а 22 (30,6%) абортми. Первичное бесплодие имели 5 (12,5 %) женщин, вторичное бесплодие, связанное с утратой детородного органа, наблюдалось у 2 (5 %). При оценке гинекологического анамнеза у одной (3 %) женщины диагностирована фиброзно-кистозная мастопатия, у 10 (25 %) – кисты яичников, у 14 (35 %) – миомы, из них у 7 (50 %) проведена гистерэктомия, у 1 (7,2 %) – миомэктомия, 6 (42,8 %) под наблюдением. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 80 % пациенток. У 11 (34,4 %) в анамнезе имелись заболевания органов желудочно-кишечного тракта, у 5 (15,6%) – опорно-двигательного аппарата, у 19 (59,35%) – сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), у 4 (12,5 %) – сахарный диабет (СД) 2 типа, у 4 (12,5%) – СД впервые выявленный, у 4 (12,5 %) – щитовидной железы (гипотиреоз, узловой зоб), у 1 (3 %) – мочевыводящих путей, у 9 (28,1 %) – ожирение, у 4 (12,2 %) – хроническая железодефицитная анемия, у 2 (6,25 %) – заболевания глаз (катаракта, глаукома). Подавляющее большинство женщин 97,5 % получали стандартную терапию: наружное лечение (индифферентные кремы, глюкокортикостероидные мази, лосьоны, УФО), парентерально: витамины группы В, Е, С, глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, детоксикационную терапию (ремаксол, реамберин). Все пациентки получали терапия метотрексатом по схеме на время обострения, а также 5 (17,5 %) женщин вне обострения. Одна пациентка получала лечение раствором Энбрела (Этанерцепт) в течение 1,5 лет.

Как видим, репродуктивная функция снижена у 13 % женщин с псориазом вследствие первичного и вторичного бесплодия. Причинами последнего, скорее всего, послужили доброкачественные новообразования матки и яичников и, как следствие, раннее наступление менопаузаль-

ного периода. Также можно предположить, хроническая железодефицитная анемия у женщин с миомой матки связана с менометроррагией.

Литература

1. Состояние репродуктивной функции у женщин, страдающих псориазом / О. С. Филиппов, Э. Д. Шапранова, И. М. Шапранова, Н. В. Камлюк // Российский вестн. акушера-гинеколога. 2006. Т. 6, № 4. С. 27–29.
2. Юрчик Я. Н. Клинико-биохимические сопоставления при псориазе у женщин в перименопаузальном возрасте // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2006. № 9. С. 3–4.
3. Роль рецептора продуктов неферментативного гликозилирования в патогенезе псориаза / А. Г. Соболева [и др.] // Молекулярная биология. 2013. Т. 47, № 5. С. 743–753.

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

М. А. Махнова¹, А. В. Архипов¹, Ш. Б. Баранов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России Иваново

В клинических рекомендациях «Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация» обозначено, что подход к пациенткам должен быть персонифицирован. Разработаны новые лекарственные препараты для консервативной терапии миомы матки (ММ) (антигестагены и селективные модуляторы рецепторов прогестерона) и органосохраняющие операции [1]. Гиперплазия эндометрия тоже является заболеванием, которое возможно вести консервативно [1]. Однако в настоящее время до 40 % случаев заболевания ММ заканчиваются плановой гистерэктомией [2]. Частота рецидивов гиперплазии эндометрия в течение двух лет после гормонотерапии составляет примерно 40 %, в результате чего женщинам также выполняется гистерэктомия [3]. Своевременное лечение вышеуказанных заболеваний с разработкой индивидуальной программы ведения позволит снизить частоту выполнения гистерэктомий и сохранить детородную функцию, что особенно важно для женщин старшего репродуктивного возраста.

Цель – оценить соответствие ведения пациенток с ММ и гиперплазией эндометрия алгоритмам, предложенным в клинических рекомендациях и сформулировать предложения по персонификации ведения пациенток.

Ретроспективно по медицинской документации проведен анализ ведения 112 пациенток, госпитализированных с целью выполнения гистерэктомии в ОБУЗ ГКБ № 8 г. Иваново с августа по декабрь 2019 года.

Их возраст варьировал от 36 до 52 лет. Оценивались анамнез, проведенное лечение и результаты гистологического исследования соскобов эндометрия. От всех пациенток получено информированное добровольное согласие на проведение исследования. Статистический анализ данных проводили с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0.

Из 112 пациенток у 84 (75,0 %) гистерэктомия выполнялась по поводу ММ больших размеров, у 12 (10,7 %) – по причине рецидивирующей гиперплазии эндометрия и у 16 (14,2 %) имелись оба заболевания. Менее одного раза в год 36 (32,1 %) пациенток посещали женскую консультацию. Медикаментозная терапия применялась у 56 женщин (50,0 %), прочие больные лечения не получали. У 64 (57,1 %) отягощен акушерско-гинекологический анамнез, 46 (41,1 %) женщин имели ожирение и 32 (28,6 %) – повышенное артериальное давление (ожирение и артериальная гипертензия – модифицируемые факторы риска развития гиперпластических процессов [4]). У 34 (40,5 %) из 84 пациенток с ММ наиболее часто применялись агонисты гонадотропин рилизинг гормона, средний срок применения – 4,6 месяца. Антигестагены и модуляторы рецепторов прогестерона использовались у одной женщины (1,2 %), у 28 пациенток с гиперплазией эндометрия и при сочетании ее с ММ также наиболее часто применялись агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (у 18 женщин – 64,3 %), а рекомендуемые в клинических рекомендациях гестагены и левоноргестрел-внутриматочные системы лишь в одном (3,6 %) и двух (7,2 %) случаях соответственно. У 16 (28,6 % применявших медикаментозное лечение) пациенток с ММ при гистологическом исследовании впервые обнаружен полип эндометрия (контрольное выскабливание после консервативного лечения). У больных с ММ, не получавших лечение, полипы обнаружены не были. У всех 12 женщин (100,0 %) с рецидивирующей гиперплазией эндометрия диагноз был подтвержден гистологически.

Итак, ведение пациенток с ММ и гиперплазией эндометрия в большинстве случаев не соответствуют персонифицированному подходу и принятым новым алгоритмам для поддержания и улучшения качества жизни. Необходимо более тщательное и регулярное проведение профилактических осмотров среди женщин позднего репродуктивного возраста, коррекция модифицируемых факторов риска гиперпластических процессов (ожирения и артериальной гипертензии). Стоит рекомендовать более широкое внедрение в практику новых лекарственных препаратов (антигестагены и модуляторы рецепторов прогестерона), четкое следование клиническим рекомендациям, персонифицированный подход к ведению каждой пациентки с ММ и гиперплазией эндометрия, что

позволит снизить частоту гистерэктомии и сохранить репродуктивное здоровье до естественной менопаузы.

Литература

1. Гинекология : нац. рук-во / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. 2-е изд., перераб., и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1008 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4 е изд., перераб., и доп. / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1024 с.
3. Шумкова П. В. 175 лет гистерэктомии в России // Вестн. совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018. № 3 (22). С. 16–19.
4. No G. G. Management of Endometrial Hyperplasia // RCOG BSGE Joint Guideline. 2016. № 67. 30 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИИ

Д. Ж. Саусанова¹, М. Е. Мукатаева¹

¹Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиарова

Бронхолегочная дисплазия (БЛД), описанная первоначально как атрофия у глубоко недоношенных детей, длительно находившихся на искусственной вентиляции легких, в настоящее время рассматривается как вариант хронической обструктивной патологии легких [1]. По данным разных центров, БЛД развивается в среднем у 30 % новорожденных. В Германии ежегодно рождаются 1300 детей с БЛД (больше, чем с врожденной пневмонией), в США – 10 000–12 000, что составляет 20 % рождающихся ежегодно в этой стране 60 000 детей с ЭНМТ и очень низкой МТ [2]. В настоящее время БЛД является наиболее распространенным хроническим заболеванием легких у детей грудного возраста и вторым по частоте после бронхиальной астмы в последующие периоды. В связи с изменениями критериев живорождения и улучшения качества медицинской помощи в Республике Казахстан увеличилось число детей с БЛД [3]. Исходя из вышеизложенного, ранняя диагностика и своевременные меры профилактики БЛД являются актуальной проблемой в Казахстане.

Цель – изучить факторы риска и этиологию развития БЛД у детей, госпитализированных в ДГКИБ № 2 в период 2014–2019 гг.

В фиксированное ретроспективное исследование было включено 90 историй болезней детей, страдающих БЛД, получивших стационарное лечение в ДГКИБ № 2 в период 2014–2019 гг.

Чаще всего госпитализировались дети с диагнозом БЛД в возрасте от 1 месяца до 1 года (64 %). Мальчики составили 63 %, девочки – 37 %. Дети казахской национальности составили 87,8 %, русской – 6,7 %, другие национальности – 5,5 %. Средний срок гестации составил

26–30 недель (63,3 %). Путем кесарева сечения родились 40 % детей. Большинство детей (60 %) рождались с оценкой 4–6 баллов по шкале Апгар. У 87,8 % новорожденных масса при рождении была менее 3 000 г, из них 38,9 % имели массу тела от 500 до 1 000 г. Наиболее частые симптомы у этих детей: кашель – у 76 %, одышка – у 78,9 %, общие симптомы (слабость, беспокойство, снижение аппетита) – у 64,4 %. Эти пациенты поступали с диагнозами: у 64,4 % – пневмония, у 35,6 % – обструктивный бронхит, 80 % – дыхательная недостаточность. У 49% детей применялись препараты сурфактанта. СРАР использовали в 82 % случаев. В ОРИТ получали лечение 79 % детей, средняя продолжительность пребывания составила 8,3 суток. Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 15,8 суток. Средняя частота госпитализаций – 3,7 раза в год. Заболевание имело тяжелое течение у 72,9 %. В ходе изучения акушерского анамнеза было выявлено, что лишь две матери не имели патологии во время беременности, но при этом роды начались преждевременно. У остальных матерей в 38,9 % случаев в анамнезе имелось невынашивание беременности, в 22,2 % – внутриутробные инфекции, в 35,6 % – беременность протекала на фоне токсикоза.

В ходе работы был изучен опыт российских ученых Е. Б. Павлиной, Л. А. Кривцовой (ОмГМА), согласно которому у недоношенных детей, получавших профилактическое лечение, достоверно меньше длительность проведения искусственной вентиляции легких и кислородотерапии по сравнению с контролем, что позволяет снизить количество неблагоприятных исходов. Минимизация затрат при лечении одного пациента с использованием этого метода в России составила 26 234 рубля [4]. Проведен перерасчет для Казахстана, экономия государственного бюджета при проведении профилактики БЛД может составить около 144 287 тенге на одного пациента.

Итак, все обследуемые были рождены от матерей с различной патологией: привычное невынашивание беременности, внутриутробные инфекции, многоводие, токсикоз, анемия, которые влияют на развитие плода и являются фактором риска развития БЛД. На основании проведенного исследования следует рекомендовать проводить пренатальный скрининг на наличие внутриутробных инфекций, таких как: вирус простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция, хламидиоз, токсоплазмоз, уреоплазмоз. Целесообразно рассмотреть вопрос о проведении профилактического лечения недоношенных детей, направленное на профилактику БЛД, что снизит частоту неблагоприятных исходов и будет иметь значительный экономический эффект.

Литература

1. Voynow J. A. «New» bronchopulmonary dysplasia and chronic lung disease // Paediatr Respir Rev. 2017 Sep. Vol. 24. P. 17–18.

2. Jensen E. A., Schmidt B. Birth Epidemiology of bronchopulmonary dysplasia / Defects Res. a Clin. Mol. Teratol. 2014. Vol. Mar. 100(3). P. 145–157.
3. Jobe A. H., Bancalari E. Respir Crit Bronchopulmonary dysplasia // Am. J. Care Med. 2001. Jun. Vol. 163(7). P. 1723–1729.
4. Павлинова Е. Б., Кривцова Л. А., Сафонова Т. А. Анализ клинической и фармакоэкономической эффективности комплексной медикаментозной профилактики бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных. Омск: ОмГМА, 2018.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОГИБШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ НА РАННЕМ СРОКЕ

Н. В. Голызина¹, Н. И. Боброва¹, М. С. Посулова¹, Ш. Б. Баранов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Погибшая беременность (ПБ) в настоящее время остается одной из актуальных проблем акушерства [2]. По данным медицинской статистики, произошло значительное снижение мертворождения при доношенном сроке беременности, однако частота ПБ на ранних сроках остается высокой и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных данной проблеме, причина развития ПБ остается неясной. Наибольшее число случаев регистрируется в сроках 7–9 недель [1]. Частота встречаемости данной патологии составляет до 15–20 % всех желанных беременностей. Возраст также является фактором риска (ФР) ПБ на ранних сроках. В 20–25 лет лишь у 10 % женщин возможен негативный исход, в 35 – у 25 %, в 45 – у 50 % [5]. Актуальность данной проблемы диктует необходимость изучения причин и разработки мероприятий по снижению и профилактике развития ПБ, так как эта проблема носит не только медицинский, но и социальный характер [3, 4].

Цель – определить ФР и их реализацию у женщин с ПБ в ранние сроки.

Обследовано 60 пациенток, проходивших стационарное лечение в условиях ОБУЗ ГКБ № 8 г. Иваново по поводу ПБ в сроке до 12 недель. Возраст – от 19 до 35 лет. Всем было проведено динамическое клинико-лабораторное исследование. Осуществлялись подробный сбор анамнеза и оценка возможных ФР, УЗИ органов малого таза и доплерометрия сосудов матки; морфологическое исследования материала после опорожнения полости матки; исследование на наличие инфекций, передающихся половым путем, методами ПЦР.

При статистической обработке полученных результатов использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95 %-ного доверительного интервала (ДИ). Статистическая значимость разницы между двумя средними показателями оценивали по t-критерию Стьюдента. Полученные значения считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

При анализе предшествующего состояния репродуктивной системы выявлено, что 70 % (42) женщин с ПБ не обследовались в преконцепционный период и не проходили никакой прегравидарной подготовки, что, возможно, привело к реализации ФР, которые не было возможности выявить. Анализ соматической патологии у пациенток с ПБ в ранние сроки выявил высокий уровень анемии – у 58 % (35), патологии желудочно-кишечного тракта – 42 (25) и мочевыделительной системы 50 % (30), сочетание трех экстрагенитальных заболеваний – 20 % (12) случаев.

Из гинекологических заболеваний хронические воспалительные заболевания половых органов наблюдались – у 80 % (48), миома матки – у 10 % (6), кисты яичников – у 5 % (3). У данной группы пациенток отмечалась высокая частота репродуктивных потерь в анамнезе (ПБ, антенатальная гибель плода, самопроизвольный выкидыш) – у 25 % (15), при общепопуляционной частоте количества репродуктивных потерь составляет 7–9% от общего количества [5]. Анализ наличия инфекций, передающихся половым путем, показал, что уреоплазменная и кандидозная инфекции отмечались у 45 % (28); хламидиоз – у 15 % (9) беременных. Гистологические исследования в 59 % случаев выявили воспалительные изменения в эндометрии и элементах плодного яйца. При ультразвуковом исследовании признаки отслойки плодного яйца и локальный гипертонус миометрия установлен у 45 % (28) беременных. Также у 40 % (24) пациенток определялись высокие индексы резистентности при дплерометрии маточных артерий, что говорит о сниженной скорости кровотока у женщин с ПБ.

Выводы. 1. Значимую роль в гибели плода на ранних сроках играет отсутствие адекватного прегравидарного обследования (с оценкой функционального состояния эндометрия) и подготовки с учетом индивидуального анамнеза и состояния репродуктивного здоровья. 2. Учитывая высокую частоту ФР у женщин с ПБ в ранние сроки, адекватная прегравидарная подготовка, своевременная постановка беременных на учет, определение групп риска развития акушерской и перинатальной патологии, соблюдение порядка обследования и лечения, консультация специалистов по профилю, лечение выявленной экстрагенитальной патологии, выявление и лечение очагов хронической инфекции, каче-

ственный скрининг заболеваний репродуктивной системы позволит снизить риски репродуктивных потерь.

Литература

1. Акушерство : нац. рук-во / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. М., 2014.
2. Невынашивание беременности. Клинические протоколы диагностики и лечения МЗ РК. М., 2016.
3. Ящук А. Г., Юлбарисова Р. Р., Попова Е. М. Неразвивающаяся беременность: современные возможности консервативного ведения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. № 6.
4. Салов И. А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика и лечение) : дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 346 с.
5. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М., 2017. 261 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЭЯКУЛЯТЕ И СОСКОБЕ ИЗ УРЕТРЫ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ ИЛИ ПРОХОДЯЩИХ ПРЕГРАВИДАРНУЮ ПОДГОТОВКУ

Д. М. Султанова¹, Д. Г. Почерников¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Бесплодие – серьезная медико-социальная проблема нашего времени. В 50 % случаев причиной бесплодия в парах является мужской фактор, на долю идиопатической формы мужского бесплодия приходится не менее 30 %, бессимптомной урогенитальной инфекции, ассоциированной с условно-патогенными микроорганизмами, – 8 % [1, 2]. Именно асимптомную бактериоспермию трудно заметить, так как больные не предъявляют никаких жалоб и она может протекать достаточно длительно, поддерживая воспалительный процесс, что является хроническим простатитом IV категории по классификации Национальных институтов здравоохранения США [3, 4].

Существует практика взятия только соскоба из уретры [5] или эякулята [6], на основании которых делается вывод о состоянии репродуктивной системы мужчины. В пилотном исследовании выявлена неоднородность биотопов из передней уретры, секрета простаты и эякулята [7].

Цель – оценка выявляемости микроорганизмов из уретры и эякулята у мужчин с бесплодием или проходящим прегравидарную подготовку.

С марта 2017 по февраль 2020 года было проведено исследование 70 пациентов со взятием соскоба из уретры и эякулята. Возраст мужчин – 18–60 лет. Всем проводилось исследование спермы и соскоба из урет-

ры методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с помощью набора реагентов «Андрофлор», использовался детектирующий ампликатор «ДТ-96» фирмы «ДНК-технология».

Критериями исключения из исследования были пациенты с выявленными микроорганизмами: *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*.

Перед сдачей анализов в течение минимум трех дней пациенты воздерживались от половой жизни с целью исключения наличия транзитной микрофлоры. В течение четырех недель до обследования не применяли антибактериальные препараты или антисептики.

Статистический анализ данных проводился с использованием программ Excel 2010, Statistica 8.0.

Результаты ПЦР-РВ трактовали в соответствии с алгоритмом [8]. Адекватность представленного биоматериала оценивали по трем контрольным показателям: количеству геномной ДНК, общей бактериальной массе и содержанию транзитной микробиоты, структуру микробиоты и доминирующие группы непатогенных и условно-патогенных микроорганизмов и грибов рода *Candida*.

При статистическом анализе установлено, что в мазке из уретры достоверно чаще, чем в эякуляте, встречались *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. Остальные микроорганизмы встречались одинаково часто, но чаще в соскобе из уретры, чем в эякуляте, за исключением *Sneathia* spp. / *Leptotrichia* spp. / *Fusobacterium* spp. и *Pseudomonas aeruginosa* / *Ralstonia* spp. / *Burkholderia* spp., которые чаще встречались в эякуляте, но различия не были статистически значимыми. Нарушение качественно-количественного соотношения компонентов нормальной и условно-патогенной микрофлоры в виде дисбиоза в соскобе из уретры наблюдалось чаще, чем в эякуляте – в 42 и 27 % случаев соответственно ($p < 0,05$). Общая бактериальная масса в мазке из уретры также была больше, чем в эякуляте.

Таким образом, взятия для исследования только соскоба из уретры или только эякулята, на наш взгляд, недостаточно. В ходе нашего исследования было показано, что при диагностике методом ПЦР в режиме реального времени в соскобе из урогенитального тракта и эякуляте в большинстве случаев выделяются совершенно разные микроорганизмы. Поэтому утверждение о том, что если микроорганизмы присутствуют в мазке, значит, они же присутствуют в эякуляте является заблуждением.

Литература

1. Andrologi: male reproductive health and dysfunction/ ed. by E. Nieschlag, H. M. Behre, S. Nieschlag. 3th ed. Berlin : Heidelberg: Springer – Verlag, 2010. 629 p.

2. Влияние бессимптомных инфекций урогенитального тракта на показатели эякулята у мужчин с бесплодием и варикоцеле / Л. Ф. Курипо [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. 2016. № 17(2). С. 98–103.
3. Nickel J. C. Recommendations for the evaluation of patients with prostatitis // World J. Urol. 2003. Vol. 21(2). P. 75–81.
4. Multidisciplinary approach to prostatitis / V. Magri [et al.] // Arch Ital Urol Androl. 2019. Vol. 90(4). P. 227–248.
5. Чигринец С. В., Брюхин Г. В. Связь микробиоты уретры с качеством эякулята и содержанием эндокринных дисрапторов в семенной жидкости у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19, № 4. С. 60–65.
6. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. М. : Медфорум-Альфа, 2019.
7. Информативность биоматериалы для исследования микробиоты урогенитального тракта мужчин методом ПЦР РВ (пилотное исследование) / Д. Г. Почерников, Ю. Г. Витвицкая, М. Н. Болдырева, И. С. Галкина // Эксперим. клин. урология. 2019. № 2. С. 128–132.
8. Липова Е. В., Чекмарев А. С., Болдырева М. Н. Новый метод диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов мочеполового тракта у мужчин (тест «Андрофлор®», «Андрофлор®Скрин»). М., 2017. 48 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЮНОЙ БЕРЕМЕННОЙ

М. С. Шуляк¹, П. Д. Махахей¹, Г. И. Заборовский¹

¹Гродненский государственный медицинский университет

В последние годы, несмотря на общее снижение рождаемости в стране, имеется отчетливая тенденция к увеличению среди несовершеннолетних числа беременностей и родов, которые представляют риск для юной роженицы, внутриутробного плода и новорожденного [1–3]. По данным литературы, для пациенток различных возрастных групп характерны существенные различия в течении беременности и родов, перинатальных исходов [4].

Цель – определить медико-социальный портрет современных юных женщин, имеющих беременность.

На базе Гродненского областного перинатального центра обследованы 52 юные беременные в возрасте 14–16 лет. В качестве источника информации использовались истории родов, истории новорожденных, обменные карты. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0 (USA).

Юная роженица (14–16 лет) – женщина в возрасте $15,7 \pm 0,9$ года – школьница (67,6 %) или учащаяся лицея и колледжа (32,4 %), преимущественно не состоящая в браке (72,2 %). Весо-ростовые показатели пациенток исследуемой группы составили $65,7 \pm 1,1$ кг и $166,2 \pm 0,9$ см со-

ответственно. Средняя прибавка массы тела к концу гестации – $10,9 \pm 0,3$ кг. Средний индекс массы тела – $22,0 \pm 0,3$ кг/м². Вместе с тем 7,7 % женщин имели недостаточную (менее 18,5 кг/м²) и 7,7 % – избыточную массу тела (более 25 кг/м²). Распределение юных беременных по группе крови и резус-принадлежности характеризовались низкой частотой (в 2 раза) пациенток с 1(0) группой и превалированием (в два раза) с III (ВО) группой и отрицательным резус-фактором (в 1,7 раза) относительно аналогичных показателей в общей популяции. Среди не благоприятных для здоровья привычек 1,9 % (со слов опрошенных) употребляют алкоголь и 23,0 % – курят. Первая менструация у девушек наблюдалась в среднем в $12,1 \pm 0,1$ года, месячные длились $5,1 \pm 0,1$ дня и наступали через 30 и более дней у 13,5 %, при этом были чрезмерно обильными (7,7 %), болезненными (17,3 %), ациклическими (5,8 %). У большинства юных женщин (92,3 %) были первые роды, а у 7,7 % – повторные. Порядковый номер настоящей беременности у 88,5 % обследованных был первым, у 11,5 % эта беременность была повторной. Течение предыдущих беременностей заканчивалось абортми. Гестационный срок на момент родоразрешения в среднем составил 267 ± 2 дня. Родоразрешение в каждом третьем случае осуществлялось посредством кесарева сечения.

Таким образом, установлено, что юная беременная – женщина в возрасте $15,7 \pm 0,9$ года, преимущественно не состоявшая в браке (72,2 %), с низким уровнем образования, имевшая в анамнезе вредные привычки (курение и употребление алкоголя), нередко с дефицитом или избыточной массой тела. У 92,3 % женщин роды были первыми, а у 7,7 % – повторными, повторная беременность была у 11,5 %. Родоразрешение в каждом третьем случае осуществлялось посредством кесарева сечения. Особенности медико-социального статуса необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий, направленных на улучшение перинатальных исходов у пациенток данной возрастной группы.

Литература

1. Социальные аспекты, особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у девушек-подростков Архангельской области / Т. М. Ларюшева, Н. Г. Истомина, А. Н. Баранов, Т. Б. Лебедева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014. № 5. С. 54–60.
2. Васильева Л. Н., Кузьмич Н. В., Кольско Д. В. Характеристика беременности и ее исходов у юных первородящих // Молодой ученый. 2017. № 44. С. 45–48.
3. Михайлин Е. С., Иванова Л. А., Савицкий А. Г. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у подростков и женщин среднего репродуктивного возраста // Журн. акушерства и женских болезней. 2014. Т. 63, № 4. С. 47–53.
4. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте / С. И. Баринов [и др.] // Фунд. и клин. медицина. 2016. Т. 1, № 2. С. 18–24.

ТРЕХМЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАРУЖНОМ И ВНУТРЕННЕМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ

С. Ю. Бурлаков¹, Ю. Ю. Шишкин^{1,2}, И. В. Абрамова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области»

Активное развитие высокоточных методов исследования делает актуальным изучение возможностей диагностики возраста плодов и их патологических изменений с помощью трехмерных технологий. Визуализация данных морфологических особенностей является важной проблемой для судебных медиков и акушеров-гинекологов.

Цель – изучить возможности диагностики возраста плодов и их патологических изменений при наружном и внутреннем исследовании с помощью трехмерных технологий

Для получения трехмерных моделей использовалось устройство «UST4.0» по оригинальной запатентованной технологии UST (Universal Scanning Technology) [1]. Исследовано 40 трехмерных моделей трупа плода на сроке 12 недель, полученных сканированием при наружном и внутреннем исследовании.

Созданы 3D модели поверхности плода, его внутренних органов (сердце, легкие, печень, язык, желудок, кишечник), выполнены и зафиксированы измерения. Разработана методика подготовки материала для сканирования и техника трехмерного сканирования плодов. Установлено, что на созданных реалистичных трехмерных моделях предоставляется возможность исследования анатомических особенностей мельчайших деталей (сосочков языка, ворсин кишечника) и изучения комплекса органов в целом с оценкой взаиморасположения отдельных частей. В моделях четко фиксируется и визуализируется уровень развития мозга, сосудистой сети. При сканировании плода на сроке 12 недель получены цифровые данные. Измерены стандартные параметры: копчиково-теменной, бипариетальный размер, длина бедра и т. д. Также выполнены измерения сегментов, которые не встречались в специальной литературе: длина фаланг пальцев и стоп, анатомических особенностей лица и туловища, внутренних органов. Приводим некоторые из них: диаметр аорты – 1,085, диаметр просвета аорты – 0,650, диаметр легочного ствола – 0,7703, диаметр просвета легочного ствола – 0,2795, размеры сердца – 13,7 × 8,084, толщина левого желудочка – 1,8, размеры полости левого желудочка – 4,287 × 1,151, диаметр тонкой кишки – 2,427, диаметр пупочного канатика – 2,439, ширина печени – 23,05, высота печени – 15,53, ширина легкого –

9,56, высота верхней доли левого легкого – 14,29, длина языка – 10,7, ширина языка – 7,434, толщина языка – 2,687, диаметр толстой кишки – 3,655, длина плеча – 19,3, длина локтевой кости – 11,67, длина ладони – 6,607, длина бедра – 14,47, длина голени – 14,82, длина стопы – 7,53, длина среднего пальца кисти – 4,174, длина большого пальца стопы – 1,6094.

Выводы. 1. При использовании трехмерных технологий в исследовании плодов были отмечены важные технические преимущества, которые могут применяться в реальном времени и ретроспективно: увеличение, вращение, детализация, масштабирование и оперативная разметка параметров. 2. Применение трехмерного сканирования может использоваться для формирования новых и уточнения имеющихся табличных величин зависимости размеров сегментов плодов и их гестационного возраста, а также создания банка данных 3D моделей. 3. Числовые параметры, полученные путем непосредственного сканирования, отличаются от данных УЗИ, соответствующих тому же сроку гестации, приводимых в специальной литературе. Указанный факт требует дальнейшего осмысления, анализа и последующих исследований. 4. Применение технологии UST [2] и устройства трехмерного сканирования UST 4.0 являются эффективными инструментами для диагностики и фиксации морфологических изменений при наружном и внутреннем исследовании плодов.

Литература

1. Пат. 172398. Устройство для сканирования и создания трехмерных моделей повреждений и следов. Шишкин Ю. Ю., Ерофеев С. В., Федорова А. С. Опубл. 6.07.2017. Бюл. № 19. 6 с.
2. Ерофеев С. В., Шишкин Ю. Ю., Федорова А. С. Актуальные направления применения 3D технологий в судебной медицине // Судебная медицина. 2016. Т. 2, № 2. С. 159–160.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Н. Р. Раджабова¹, Н. Ю. Борзова¹, Н. Ю. Сотникова¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России

В настоящее время изучение иммунологического аспекта преждевременных родов (ПР) – одно из самых актуальных и перспективных направлений иммунологии репродукции. Большинство исследователей приходят к выводу о значимой роли работы врожденного и адаптивного иммунитета [1]. ПР – мультифакторный синдром, одним из патогенети-

ческих механизмов развития ПР является нарушение толерантности материнского иммунитета к полуаллогенному плоду [2–5]. Под толерантностью понимается отсутствие антигенспецифичного иммунного ответа, связанное с недостаточной доступностью антигенных структур, отсутствием специфических Т-клеток или с недостаточным количеством сигналов активации, а также с супрессией иммунного ответа. В настоящее время показана динамика содержания клеток памяти в популяции цитотоксических Т-лимфоцитов при неосложненной беременности [3]. Однако при беременности, осложненной угрозой ПР, особенности дифференцировки цитотоксических Т-лимфоцитов изучена недостаточно.

Цель – установить особенности дифференцировки цитотоксических Т-лимфоцитов у женщин с угрожающими ПР.

На базе акушерской клиники ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России проводилось обследование 90 беременных в сроки 24–36 недель гестации: основную группу составили 40 пациенток с угрожающими ПР, группу контроля – 50 женщин с неосложненным течением беременности. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Методом многоцветной проточной цитофлуориметрии на приборе «FACS CantoII» («Becton Dickinson», США) в популяции лимфоцитов исследовали относительное содержание CD8+ клеток, наивных CD8+ клеток с фенотипом CD45RA + CD62L + (Tn), CD8 + клеток памяти: центральных CD45RA-CD62L+ (Tcm), претерминально-дифференцированных CD45RA-CD62L- (Tem) и терминально-дифференцированных CD45RA+CD62L- (Temra). Содержание CD8+ клеток, продуцирующих Perforin, оценивали в общей популяции лимфоцитов (CD8+Perf+), а также в популяциях CD8+ Tcm, Tem, Temra. Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым методам вариационной статистики после проверки рядов на нормальность распределения в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», Microsoft Excel из пакета «Microsoft Office 2007». Для определения достоверности различий величин использовался t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна – Уитни.

Возрастной состав женщин основной группы варьировал от 15 до 38 лет, средний возраст составил $29 \pm 3,6$ года, достоверных различий с группой контроля не было. Первородящих среди женщин с угрожающими ПР было больше, чем в контрольной ($63,5 \pm 6,2$ и $44,2 \pm 4,7$ % соответственно; $p = 0,024$). Пациентки основной группы достоверно не отличались по образованию, семейному положению, профессиональной принадлежности от женщин контроля. Однако у лиц основной группы акушерско-гинекологический анамнез достоверно чаще был осложнен

нарушениями менструального цикла ($p = 0,003$), бесплодием ($p = 0,04$), неспецифическими кольпитами, привычным невынашиванием беременности, ПР ($p = 0,002$ во всех случаях), перинатальными потерями ($p = 0,03$). Искусственное прерывание беременности в анамнезе было у $23,0 \pm 4,9$ % пациенток с угрожающими ПР, что достоверно чаще, чем в группе контроля ($p = 0,001$). Анализ экстрагенитальной патологии обследованных показал, что у беременных основной группы достоверно чаще, чем контрольной, выявлялась патология мочевыделительной системы: хронический пиелонефрит, цистит, острый пиелонефрит ($46,3 \pm 4,9$ и $7,5 \pm 2,1$ % соответственно, $p = 0,0002$).

Полученные данные свидетельствуют о повышенном относительном содержании цитотоксических Т-лимфоцитов, вероятно, за счет фракции наивных клеток. Это может свидетельствовать об усилении цитотоксических реакций Т-лимфоцитов при угрозе ПР, что может быть одним из патогенетических механизмов.

У женщин с угрозой ПР отмечена избыточная стимуляция цитотоксических Т-лимфоцитов, обладающих высоким цитотоксическим потенциалом. Наше исследование может косвенно свидетельствовать об активации апоптоза на уровне фето-плацентарного комплекса, опосредованного действием эффекторных клеток памяти. Возможно, этот иммунный ответ связан с наличием хронического инфекционного процесса.

Таким образом, наши данные позволяют предположить, что при угрозе ПР происходит избыточная стимуляция цитотоксических Т-лимфоцитов с последующим формированием эффекторных клеток памяти, индуцирующих апоптоз.

Литература

1. Колобова А. В., Сотникова Н. Ю., Борзова Н. Ю. Содержание SPAGE и белка S100B при угрожающих преждевременных родах в сроке 22–27 недель // Российский иммунологический журн. 2014. № 2-3. С. 313.
2. CXCL10 and IL-6: Markers of two different forms of intra-amniotic inflammation in preterm labor / R. Romero [et al.] // Am. J Reprod. Immunol. 2017. Vol. 78(1). P. 1–62.
3. Кудряшова А. В., Кадырова Л. В. Дифференцировка CD+ клеток памяти при беременности // Российский иммунологический журн. 2014. Т. 8(17), № 1. С. 79–82.
4. Кадырова Л. В., Борзова Н. Ю., Иваненкова Н. И. Особенности дифференцировки Т-лимфоцитов при невынашивании в ранние сроки гестации // Российский иммунологический журн. 2013. Т. 7(16), № 2-3. С. 275.
5. Раджабова Н. Р., Сотникова Н. Ю., Борзова Н. Ю. Дифференцировка CD8+ лимфоцитов и их цитолитическая активность у женщин с угрожающими преждевременными родами // Российский иммунологический журн. 2019. Т. 13(22), № 2-3.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Козелкова¹, Н. В. Крошкина¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Цель – определить особенности клинической картины и сывороточного содержания цитокинов, определяющих дифференцировку макрофагов, при привычном невынашивании беременности (ПНБ) в ранние сроки гестации.

На базе ФГБУ «Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России проведено обследование 68 женщин в сроке 5–12 недель беременности. Основную группу составили 42 пациентки с ПНБ в анамнезе и угрожающим самопроизвольным выкидышем на момент обследования, группу контроля – 26 женщин с неосложненным течением беременности и благоприятным анамнезом. Критериями исключения являлись: самопроизвольный выкидыш, беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодная беременность, аномалии развития половой системы пациентки, соматические заболевания в стадии декомпенсации, структурные перестройки кариотипов супругов, выраженные аллергические реакции и активная инфекция на момент обследования. Материалом исследования служила периферическая венозная кровь. Сывороточный уровень цитокинов IL-1 β , IL-4, IL-10, IL-22, IL-23, IL-27, IFN γ определяли на мультиплексном флуоресцентном анализаторе «Luminex 200» («Luminex Corporation», США). Полученные результаты обрабатывались традиционными методами статистического анализа в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010». Различия между группами определены при помощи критериев t Стьюдента и Манна – Уитни, между относительными показателями по критерию χ^2 . Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы «Statistica 13.0».

Сравнительный анализ данных показал, что средний возраст пациенток основной группы превышал возраст женщин контроля: $31,1 \pm 0,58$ и $27,2 \pm 0,84$ года соответственно ($p < 0,001$). У женщин с ПНБ достоверно чаще в анамнезе отмечались инфекции, передающиеся половым путем, по сравнению с лицами группы контроля (54,69 и 11,11 % соответственно, $p < 0,001$), выскабливание полости матки (90,63 и 3,7 %, $p < 0,001$). В основной группе достоверно чаще по сравнению с контрольной группой диагностирован хронический эндометрит (79,69 и 11,11 % соответственно, $p < 0,001$). Среди пациенток основной группы

в 78,1 % случаев выявлен риск тромбофилии ($p < 0,001$). Женщины с ПНБ указывали на заболевания щитовидной железы – в 14 % случаев ($p < 0,001$), в отличие от женщин с неосложненным течением беременности, где данная патология не выявлялась. Сывороточный уровень цитокинов IL-1 β , IL-22, IL-23 в основной группе был статистически значимо выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$ во всех случаях). Повышение сывороточного уровня IL-1 β создает условия для дифференцировки клеток макрофагального ряда в сторону M1 подтипа и выработки ими IL-23, что способствует развитию воспалительного ответа и риску преждевременного прерывания беременности. При оценке сывороточного уровня цитокина IL-27 отмечены высокие значения у женщин с ПНБ – в 25 % случаев, тогда как в контроле он не регистрировался ($p < 0,05$). Известно, что IL-27 подавляет продукцию провоспалительных цитокинов макрофагами и индуцирует выработку IL-10 инвариантными регуляторными Т-лимфоцитами. Выявлено, что уровень IL-10 в основной группе был статистически значимо выше по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). По литературным данным, IL-10 создает условия для дифференцировки клеток макрофагального ряда в сторону M2 подтипа, что включает протективные механизмы. Достоверных различий в сывороточном содержании IL-4 и IFN γ в сравниваемых группах выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, для женщин с ПНБ характерно наличие хронического эндометрита, инфекций, передающихся половым путем, в анамнезе, риска тромбофилии, в отличие от женщин с неосложненным течением беременности. При ПНБ выявлено достоверное повышение сывороточного уровня как про- (IL-1 β , IL-22, IL-23), так и противовоспалительных цитокинов (IL-10 и IL-27). Одновременное повышение сывороточного содержания данных цитокинов можно объяснить как усилением иммунного ответа, так и запуском механизмов фетопротекции. Вероятно, неадекватная цитокиновая регуляция может являться предпосылкой для возникновения условий развития угрозы прерывания настоящей беременности у женщин с ПНБ.

Литература

1. Генетические факторы в развитии привычного невынашивания беременности: обзор данных мета-анализов / Е. А. Трифонова [и др.] Акушерство и гинекология. 2017. № 4. С. 14–20.
2. Терапия привычного выкидыша микронизированным прогестероном (результаты многоцентрового исследования ТРИСТАН-1) / Г. М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. 2017. № 11.
3. Крошкина Н. В., Куст А. В., Козелкова Е. В. Анализ цитокинов периферической крови у женщин с привычным невынашиванием // Российский иммунологический журн. 2019. Т. 13(22), № 2. С. 344–345.

4. Течение и исходы беременности у женщин с идиопатическим привычным выкидышем при использовании иммуноцитотерапии / В. А. Сарибегова [и др.] // Акушерство и гинекология. 2017. № 8. С. 68–73.
5. Иммунологические аспекты проблемы невынашивания беременности / М. А. Левкович, Д. Д. Нефедова, Л. Д. Цатурян, Е. М. Бердичевская // Современные пробл. науки и образования. 2016. № 3. С. 186.
6. Мальшев И. Ю. Эпигенетические, посттранскрипционные и метаболические механизмы репрограммирования макрофагов // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2015. Т. 59, № 2. С. 99–111.
7. Ширшев С. В. Иммунология материнско-фетальных взаимодействий. Екатеринбург : УрО РАН, 2009. С. 187–202.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

А. С. Панащатенко¹, Е. А. Рокотьянская¹, Т. З. Горожанина¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Артериальное давление (АД) – величина изменчивая, и эпизодический контроль за его уровнем не может дать истинного представления о колебаниях АД в течение суток у беременной [1]. Самостоятельный контроль и клинические измерения АД уступают объективности суточного мониторинга АД (СМАД) [2]. Разовые измерения АД могут дать ошибочно завышенные или заниженные результаты. Основным преимуществом суточного мониторинга является возможность оценить колебания АД в ночное время, а также рассчитать дополнительные показатели вариабельности АД в течение суток. СМАД позволяет решать вопросы, связанные с дифференциальной диагностикой формы артериальной гипертензии (АГ), определением степени тяжести гипертензивных нарушений, оценкой эффективности лечения синдрома АГ у беременных.

Цель – изучить особенности СМАД у беременных с гипертензивными нарушениями различного генеза.

Всем обследованным был проведен 24-часовой мониторинг АД с помощью аппарата «VPLab» предприятия «Петр Телегин» с измерением АД осциллометрическим методом. АД измерялось каждые 30 минут днем и каждые 60 минут ночью. Обследовано 166 женщин с гипертензивными расстройствами различного генеза в сроке беременности от 24 до 41 недель. Пациентки были разделены на три группы: 1-ю составили 94 женщины с хронической артериальной гипертензией (ХАГ), во вторую вошли 25 беременных с ХАГ и присоединившейся преэклампсией (ХАГ + ПЭ), в третью – 47 пациенток с ПЭ. Критериями для форми-

рования групп послужили данные клинических рекомендаций «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» (2016). Обработка результатов СМАД проводилось автоматически с помощью программного обеспечения. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Средний возраст беременных с ХАГ и присоединившейся ПЭ составил $33,8 \pm 1,0$ года и был статистически значимо выше, чем в группе женщин с ХАГ ($32,7 \pm 0,6$ года) и с ПЭ ($28,2 \pm 1,1$ года) ($p < 0,05$ в обоих случаях). Все беременные проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Преобладающая часть пациенток с гипертензивными расстройствами имела среднее и среднеспециальное образование. Регулярно посещали женскую консультацию в группе с ХАГ 75,5 % женщин, что было достоверно выше, чем в группах пациенток с ПЭ (55,3 %) и с ХАГ + ПЭ (52 %) ($p < 0,05$ в обоих случаях). В ходе анализа семейного анамнеза выявлено, что наследственность, отягощенную АГ, имели 65,9 % женщин с ХАГ и 60 % – с ХАГ и присоединившейся ПЭ, что достоверно больше, чем в группе с ПЭ (42,5 %) ($p < 0,001$ в обоих случаях). У пациенток с гипертензивными расстройствами выявлена высокая частота ожирения: у 65,9 % беременных 1-й группы, у 52 % – 2-й и у 42,5 % – 3-й ($p > 0,05$). У пациенток с ПЭ по сравнению с беременными с ХАГ в анамнезе чаще встречались заболевания мочевыделительной системы ($p < 0,05$).

Из осложнений беременности угроза прерывания в I триместре встречалась у 38,2 % женщин с ПЭ, что было достоверно чаще, чем в группе пациенток с ранее существовавшей АГ, где данное осложнение отмечено у 22,3 % ($p < 0,05$). Характер становления менструальной функции в разных группах не различался. У большинства пациенток менструальный цикл был регулярным. При оценке гинекологических заболеваний было отмечено, что в анамнезе женщин с ХАГ бесплодие встречалось в 61,7 % случаев, с ХАГ и присоединившейся ПЭ – в 36 % и в группе с ПЭ – в 43,1 % ($p < 0,05$ во всех случаях). Медицинские аборты, воспалительные заболевания мочеполовой системы достоверно чаще имели женщины с ПЭ ($p < 0,05$). Анализ полученных результатов СМАД в обследуемых группах показал достоверное повышение большинства показателей при наличии ПЭ у беременных по сравнению с пациентками с ранее существовавшей АГ ($p < 0,05$ в обоих случаях). Среднесуточные значения САД и ДАД в дневное и ночное время между группами достоверно различались. При анализе суточного ритма у пациента часто применяют оценку его амплитуды, основывающуюся на значении суточного индекса (СИ), который отражает разность между средними дневными и ночными значениями АД в процентах от дневной средней

величины. Оптимальной признается степень ночного снижения АД или СИ от 10 до 20 %. Повышение СИ, как и его снижение, – результат устойчивых ночных подъемов АД, опасно, так как является фактором повреждения органов-мишеней, миокардиальных и церебральных «катастроф». Индекс анализируется отдельно для САД и ДАД.

На основании данных СИ применяют классификацию по степени ночного снижения АД у больных. При анализе полученных результатов выявлено, что во всех группах преобладали пациентки с недостаточной степенью ночного снижения САД и ДАД – «нондиппер» (ХАГ – у 50 %, ХАГ + ПЭ – у 51,42 % и ПЭ – у 54,41 %). Согласно данным научной литературы, у пациенток с СИ «нондриппер» выше риск поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых осложнений [3]. Пациентки с устойчивым повышением ночного САД и ДАД («найтпикеры») встречались достоверно чаще в группах женщин с ПЭ (36,76 %) и ХАГ + ПЭ (40 %) по сравнению с пациентками с ХАГ (18,42 %; $p = 0,01$ во всех случаях). Нормальная степень ночного снижения САД («дипперы») встречалась у 28,94 % пациенток с ХАГ, что было статистически значимо выше по сравнению с группами женщин, беременность которых осложнилась ПЭ ($p < 0,05$ в обоих случаях). «Овердипперы» с повышенной степенью ночного снижения САД встречались только среди пациенток с ранее существовавшей АГ с частотой 2,59 %. Полученные изменения СИ САД аналогичны для СИ ДАД во всех группах.

Итак, у женщин с гипертензивными нарушениями во время беременности при проведении СМАД помимо среднесуточных значений САД и ДАД стоит обращать внимание на степень ночного снижения АД с целью выявления чрезмерного или недостаточного ночного снижения АД, что поможет скорректировать проводимое лечение и предотвратить риск развития осложнений.

Литература

1. Гипертензивные расстройства у беременных: факторы риска, критерии дифференциальной диагностики / И. А. Панова, А. В. Кудряшова, Д. А. Хлипунова, Е. А. Рокотьянская // Мать и дитя : XIV Всероссийский научный форум. V съезд акушеров-гинекологов России : матер. форума / под ред. Г. Т. Сухих. М., 2013. С. 150.
2. Рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности // Р. И. Стрюк [и др.]. М., 2018. С. 97–98.
3. Морозова Т. Е., Коньшко Н. А. Комплексная оценка факторов формирования сердечно-сосудистой патологии у беременных // Российский вестн. акушера-гинеколога. 2018. Т. 18, № 5. С. 12–15.

ИЗМЕНЕНИЯ В ТРОМБОЦИТАРНОМ ЗВЕНЕ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

С. И. Садов¹, И. А. Панова¹, С. Б. Назаров¹, Г. Н. Кузьменко¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Преэклампсия (ПЭ) – специфическое осложнение второй половины беременности. Согласно данным мировой статистики, ПЭ осложняет от 3 до 7 % всех беременностей [1]. В России данный показатель составляет 6,9–29 % [2]. Многочисленными исследованиями доказано, что ПЭ ассоциирована с тяжелыми осложнениями со стороны матери и плода и нередко становится причиной материнских и перинатальных потерь. Изменениям, происходящим в организме женщины при беременности, подвержены практически все системы. Система гемостаза – не исключение. На сегодняшний день тромбоцитам – важнейшим участникам гемостатических реакций – отводится большая роль в адаптации системы гемостаза при беременности. При этом тромбоциты нередко могут быть вовлеченными в патогенез различных осложнений. На сегодняшний день немало работ посвящено изучению тромбоцитов при ПЭ, однако некоторые тромбоцитарные параметры остаются малоизученными.

Цель – изучить морфологические особенности тромбоцитов у женщин с ПЭ различной степени тяжести в III триместре беременности.

На базе акушерской клиники ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России обследовано 138 женщин в сроке 26–40 недель беременности. В 1-ю группу (контрольную) вошло 66 женщин без артериальной гипертензии (АГ), 2-я состояла из 31 пациентки с умеренной ПЭ (код по МКБ-Х О14.0), в 3-ю вошла 41 женщина с тяжелой ПЭ (код по МКБ-Х О14.1). Критерии исключения: прием нестероидных противовоспалительных препаратов, дезагрегантов и антикоагулянтов за последние две недели; наличие острой инфекции или обострение хронических воспалительных заболеваний; ПЭ, развившаяся на фоне хронической АГ (код по МКБ-Х О11). Забор крови осуществлялся натощак утром в пробирки с антикоагулянтом «К3ЕДТА». Анализ морфометрических показателей производился на автоматическом гематологическом анализаторе «ADVIA 2120i» («Siemens HD Inc.», USA). Оценивались следующие параметры: количество тромбоцитов, дисперсия распределения тромбоцитов по объему, средний объем тромбоцитов, количество больших тромбоцитов (более 18 fL), гранулоцитарность тромбоцитов и средняя сухая масса тромбоцитов. Статистическая обработка результатов исследований производилась при помощи набо-

ра лицензионных программ «Microsoft Office 2013», «Statistica for Windows 12.0». Полученные данные представлены в формате Me – медиана с указанием 25 и 75 перцентиля. Для сравнения данных между группами использовался U-критерий Манна – Уитни. При значении $p < 0,05$ различия были статистически значимыми.

Анализ полученных данных позволил выявить ряд морфометрических особенностей тромбоцитов у женщин с ПЭ. Количество тромбоцитов в группе с тяжелой ПЭ было достоверно ниже $192 [161; 221] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$, чем в контроле – $211 [178; 245] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$ ($p = 0,021$). В группе с умеренной ПЭ данный показатель не отличался от таковых в других группах и составил $195 [172; 242] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$. Средний объем тромбоцитов при умеренной – $10,4 [9,4; 11,4] \text{ fL}$ и тяжелой ПЭ – $10,2 [9,3; 10,2] \text{ fL}$ был достоверно выше, чем в группе контроля – $9,6 [9; 10,4] \text{ fL}$ ($p = 0,026$ и $p = 0,033$ соответственно). Количество больших (молодых форм) тромбоцитов было также выше у женщин с умеренной – $10 [6; 16] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$ и тяжелой ПЭ – $11 [7; 17] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$ при сравнении с контролем – $7 [5; 10] \times 10^3 \text{ cells}/\mu\text{L}$ ($p = 0,023$ и $p = 0,002$ соответственно). Уровень анизоцитоза тромбоцитов у женщин контрольной группы составил $56,5 [52,2; 61,7] \%$, что было значимо меньше, чем у женщин с умеренной $64 [58,2; 67,5] \%$ и тяжелой ПЭ $63,3 [58,2; 67,3] \%$ ($p = 0,001$ и $p = 0,000$ соответственно). Гранулоцитарность тромбоцитов была наибольшей у женщин с тяжелой ПЭ – $27,3 [24,9; 28,2] \text{ g/dL}$ при сравнении с группой контроля – $25,4 [24,1; 26,5] \text{ g/dL}$ ($p = 0,000$) и с группой с умеренной ПЭ – $25,8 [24,9; 26,8] \text{ g/dL}$ ($p = 0,019$). Средняя сухая масса тромбоцитов у женщин без гипертензивных расстройств была достоверно ниже – $2,22 [2,1; 2,44] \text{ pg}$, чем у женщин с умеренной – $2,47 [2,25; 2,65] \text{ pg}$ ($p = 0,018$) и тяжелой ПЭ – $2,46 [2,34; 2,8] \text{ pg}$ ($p = 0,000$).

В ходе данного исследования установлено, что у женщин с ПЭ происходит увеличение концентрации больших форм тромбоцитов и связанных с ним других массо-объемных параметров (анизоцитоз, средний объем и средняя сухая масса тромбоцитов). Согласно данным литературы, выявленные изменения следует рассматривать как маркер усиления тромбоцитопоэза [3]. Интересно отметить, что только у женщин с тяжелой ПЭ повышенное тромбоцитобразование происходило на фоне снижения количества циркулирующих тромбоцитов. Гранулоцитарность – параметр, косвенно отражающий функциональную активность тромбоцитов [4]. Выявленное нами повышение данного параметра у женщин с тяжелой ПЭ говорит о потенциальном повышении функциональной активности кровяных пластинок при данной патологии. При проведении статистического анализа был разработан дополнительный «Способ диагностики преэклампсии». Суть способа: у беременной измеряют артериальное давление и вычисляют уровень среднего артериального

давления (СрАД). Затем определяют уровень средней сухой массы тромбоцитов. Полученные данные используют для расчета диагностического индекса «Y» по формуле. $Y = -32,0683 - (-0,3259 \times X1) - (0,5853 \times X2)$, где: $-32,0683$ – constanta, $X1$ – уровень СрАД, $X2$ – уровень средней сухой массы тромбоцитов. При значении «Y» более 0 диагностируют ПЭ. Данный способ позволяет с точностью 91,3 %, чувствительностью 87,5 % и специфичностью 94,6 % диагностировать ПЭ в III триместре беременности. Получена приоритетная справка на изобретение № 2019137567 от 22.11.2019.

Таким образом, у женщин с умеренной ПЭ в III триместре беременности выявлено усиление тромбоцитопоза. При тяжелой ПЭ в III триместре беременности выявлено снижение количества тромбоцитов, усиление тромбоцитопоза и увеличение гранулоцитарности тромбоцитов. Определение средней сухой массы тромбоцитов в III триместре беременности может быть полезным в диагностике ПЭ.

Литература

1. Beta-arrestin1 prevents preeclampsia by downregulation of mechanosensitive AT1-B2 receptor heteromers / U. Quitterer [et al.] // Cell. 2019. Vol. 176, № 1-2. P. 318–333.
2. Артериальная гипертензия при беременности в клинике внутренних болезней / А. И. Абдрахманова, Н. Б. Амиров, Н. А. Цибулькин, Р. Ф. Гайфуллина // Вестн. современной клинической медицины. 2018. № 11(3). С. 51–59.
3. Kellie R. M., Jonathan N. T., Joseph E. I. Jr. Interpreting the developmental dance of the megakaryocyte: a review of the cellular and molecular processes mediating platelet formation // Br. J. of Haematology. 2014. № 165(2). P. 227–236.
4. Platelet activity indices in patients with deep vein thrombosis / C. Nurdan [et al.] // Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2011. № 18(2). P. 206–210.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БЕСПЛОДИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Л. Х. Абдуллаева¹, А. И. Малышкина¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), по-прежнему остаются одной из причин, приводящих к патологическим изменениям в организме женщины, препятствующим реализации репродуктивной функции [1, 2]. В ранее проведенных нами исследованиях по лейомиоме матки, генитальному эндометриозу (ГЭ) была выявлена высокая частота встречаемости ИППП, в данных нозологических формах [2,3].

Цель – выявить особенности инфекционного статуса женщин с бесплодием, обусловленным ГЭ различных стадий и трубным фактором (ТФ) в зависимости от длительности бесплодия.

Нами было обследовано 164 женщины, поступившие на оперативное лечение по поводу бесплодия в гинекологическую клинику. У 139 пациенток при проведении лапароскопии был диагностирован ГЭ по классификации ASF (у 108 – эндометриоз I–II стадии, у 31 – III–IV стадии), у 25 – бесплодие, обусловленное ТФ. В контрольную группу вошли гинекологически здоровые фертильные женщины и пациентки, поступившие на хирургическую стерилизацию ($n = 42$). По длительности бесплодия женщины были распределены на подгруппы: I – до 3 лет, II – 3–5 лет и III – более 5 лет. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь, взятая однократно. Женщины всех групп были обследованы на наличие в сыворотке крови маркеров острого вирусного (IgM антитела к HSV 1-2 типа, CMV, EBV), острого бактериального (IgM антитела к *Chlamydia trachomatis*, IgA антитела к *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) и хронического бактериального (IgG антитела к *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) инфицирования методом ИФА с использованием тест-систем производства «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Установлено, что в группе женщин с ГЭ вне зависимости от длительности бесплодия достоверно чаще по сравнению с контролем обнаруживались маркеры хронического бактериального инфицирования ($p < 0,05$), а при бесплодии длительностью более 5 лет достоверно чаще определялось сочетание маркеров вирусной и бактериальной инфекции ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. Дифференцированный анализ данных в зависимости от стадий эндометриоза показал, что у женщин с ГЭ 1–2-й стадий при любой длительности бесплодия достоверно чаще, чем в контрольной группе, встречались маркеры хронической бактериальной инфекции, а при длительности бесплодия более 5 лет зарегистрировано достоверно более частое сочетание маркеров острой и хронической бактериальной инфекций ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. При этом у пациенток с распространенным эндометриозом независимо от длительности бесплодия частота встречаемости маркеров бактериального и вирусного инфицирования достоверно не отличалась от таковой в контрольной группе. У женщин с ТФ бесплодия и длительностью бесплодия 1–2 года значительно чаще, чем в контроле, выявлялись маркеры острого и хронического бактериального и сочетание маркеров вирусного и бактериального инфицирования ($p < 0,05$ во всех случаях), а при бесплодии более 5 лет у этих женщин достоверно чаще определены маркеры хронического бактериального инфицирования ($p < 0,05$).

Установлено, что у пациенток с ТФ и длительностью бесплодия 1–2 года достоверно чаще, чем у пациенток с ГЭ, определялись маркеры острого бактериального, сочетание острого и хронического бактериального и сочетание вирусного и бактериального инфицирования ($p < 0,05$ во всех случаях). Следует отметить, что практически у всех женщин этой группы с длительностью бесплодия до трех и более пяти лет были выявлены маркеры хронической бактериальной инфекции (100 %).

Таким образом, инфекционный фактор может являться триггером развития бесплодия у пациенток с ТФ, а также с «малыми» формами эндометриоза, причем у женщин с ТФ – преимущественно с длительностью бесплодия 1–2 года. Тогда как у лиц с распространенным эндометриозом нарушение фертильности вне зависимости от длительности бесплодия, по-видимому, в меньшей степени зависит от наличия инфекций. Следовательно, женщины, обратившиеся с проблемой бесплодия длительностью до трех лет, требуют тщательного обследования на наличие ИППП и соответствующей терапии в дальнейшем.

Литература

1. Характеристика инфекционного статуса женщин с бесплодием различного генеза / Л. Х. Абдуллаева [и др.] // XII Международный конгресс по репродуктивной медицине : матер. / под ред. Г. Т. Сухих, Л. В. Адамян. М., 2018. С. 528–529.
2. Особенности функционального состояния фагоцитов крови у пациенток с эндометриозом I–II стадии и бесплодием / А. К. Красильникова, А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова // Российский вестн. акушера-гинеколога. 2017. Т. 17, № 3. С. 9–14.
3. Иммунные механизмы быстрого роста миомы матки : монография / А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова, А. К. Красильникова. Иваново, 2010. С. 21.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ

Е. В. Фадеева¹, Е. А. Жигова², И. А. Панова¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) на данный момент занимают одно из первых мест в оказании помощи бесплодным парам. Но при успешном решении проблемы бесплодия встают новые задачи, а именно, рождение здоровых детей при сохранении здоровья

женщины, а также благополучное течение беременности без осложнений [1, 2].

Цель – провести оценку течения беременности и родов у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбрионов (ПЭ).

Применялись статистические методы исследования. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 194 историй родов женщин, родоразрешенных в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России в 2018 году, беременность которых наступила с использованием ВРТ (ЭКО и ПЭ).

Возраст пациенток составил от 21 до 51 года, средний возраст – 34 ± 5 лет, пациентки старше 35 лет составили 42,3 %. Среди причин бесплодия в супружеских парах наиболее часто встречался трубнопери-тонеальный фактор – 37,0 %, идиопатическая причина выявлена в 22,3 % случаев, ановуляция – в 17,5 %, мужской фактор – в 13,6 %, эндокринный фактор – в 12,6 %, эндометриоз – в 10,7 % случаев. У 13 (13,1 %) женщин встретилось сочетание нескольких факторов. Первородящими были 74,2 % женщин, повторнородящими – 25,8 %. Многоплодная беременность диагностирована у 26,8 % женщин, одноплодная – у 73,2 %. При анализе соматической патологии пациенток выявлено, что 2,6 % беременных страдали хронической артериальной гипертензией, 6,2 % – хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, патологию щитовидной железы имели 5,7 %, ожирение – 8,2 %, хронический пиелонефрит – 3,1 %, варикозную болезнь вен нижних конечностей – 8,8 %, нейроциркуляторную дистонию – 7,2 %. В структуре осложнений беременности ведущее место занимала патологии плаценты. Так, плацентарная недостаточность диагностирована у 22,7 % беременных, предлежание плаценты – у 2,6 %, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 2,6 %. Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностирована в 6,2 %, задержка роста плода – в 10,3 % случаев. Истмико-цервикальная недостаточность была диагностирована у 2,6 % женщин. Беременность осложнилась гестационным сахарным диабетом в 8,2 % случаев, гестационной артериальной гипертензией – в 8,2 %, преэклампсией – в 8,2 %. Анемия беременных диагностирована у 22,7 % женщин. Многоводие отмечено у 10,8 %, маловодие – у 3,1 %. Дородовое излитие околоплодных вод произошло в 22,7 % случаев. Роды путем операции кесарево сечение произошли в 97,5 %, через естественные родовые пути – в 2,5 % случаев. Своевременными родами беременность закончилась у 70 % пациенток, преждевременными – у 30 %. Средний срок родоразрешения составил $36,5 \pm 3,4$ недели. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни доношенных новорожденных составила $7,6 \pm 0,5$ балла, недоношенных была достоверно ниже

и составила $5,7 \pm 1,4$ балла; на 5-й минуте жизни: у доношенных – $8,6 \pm 0,5$ балла, недоношенных достоверно ниже – $6,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$). Оценка по Сильверману недоношенных новорожденных составила $3,6 \pm 1,6$ балла. Средняя масса доношенных новорожденных – $3169 \pm 542,3$ г, недоношенных – $1982 \pm 617,9$ г. Сравнительный анализ течения беременности в зависимости от ее исхода показал, что у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами, достоверно чаще встречались многоплодие ($51,7$ против $16,2$ % в группе своевременных родов, $p < 0,05$), плацентарная недостаточность ($37,9$ против $16,2$ %, $p < 0,05$), анемия ($32,0$ против $18,4$ %, $p < 0,05$), преэклампсия (19 против $3,7$ %, $p < 0,05$), истмико-цервикальная недостаточность ($8,6$ против 0 %, $p < 0,05$).

Таким образом, у женщин, беременность которых наступила с использованием ЭКО, наиболее частыми ее осложнениями являются плацентарная недостаточность, задержка развития плода, гипертензивные нарушения, преждевременные роды, многоплодие. У пациенток, беременность которых закончилась преждевременными родами, эти осложнения встречаются достоверно чаще, чем в группе своевременных родов. Своевременное прогнозирование возможных осложнений, их ранняя диагностика и последующая коррекция у пациенток после ЭКО и ПЭ позволит улучшить благоприятный исход беременности.

Литература

1. Бачанова А. Б., Бирюкова М. К. Особенности течения беременности у пациенток в программе ЭКО и ПЭ // Bul. of Medical Internet Conferences. 2017. Vol. 7, Issue 5. P. 626.
2. Пучков С. М., Найко Ю. В. Особенности течения беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения // Bul. of Medical Internet Conferences. 2017. Vol. 4. P. 257.

Секция «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ»

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ПРИЧИН С 2000 ПО 2019 гг. В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

А. А. Назаров¹, Д. В. Яшина¹, Ю. Ю. Шишкин^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области»

Смертность и рождаемость являются самыми важными показателями демографической ситуации в любой стране. В настоящее время наблюдается тенденция к снижению смертности в России, однако необходимо регулярно оценивать происходящие изменения, включая сравнение регионов между собой, с целью выявления проблемных областей и совершенствования социальной политики [1]. Коэффициент смертности формируется из множества одиночных смертей, которые происходят в разные эпохи и определяют в их совокупности порядок вымирания поколения, а значит, и перспективы дальнейшего развития страны [2]. Низкая продолжительность жизни обусловлена высокой смертностью трудоспособного населения, которая приводит к значительным потерям трудовых ресурсов, потенциала страны, что выражается в снижении не только ее экономического потенциала, но и ее социокультурного развития [3, 4].

Цель – изучить показатели и динамику смертности в Центральном федеральном округе по данным литературы и на фактическом материале нескольких областей ЦФО с 2000 по 2019 гг.

Использованы данные годовых отчетов за 2000, 2019 годы ОБУЗ «БСМЭ Ивановской области», ГБУЗ ВО «БСМЭ Владимирской области», ГУЗ ЯО «ЯОБСМЭ Ярославской области», ГУЗ ТО «БСМЭ Тульской области», а также материалы специальной литературы, касающейся исследований смертности населения.

Травмы и отравления в значительной степени влияли на общий уровень смертности. Смертность от внешних причин является совокупной характеристикой двух совершенно разных социальных сфер: с одной стороны, состояние самого здравоохранения (эффективность и своевременность оказания медицинской помощи населению), с другой – весь спектр политических и социально-экономических особенностей

состояния страны в рамках исследования [5]. В связи с этим показатель смертности напрямую зависит от социально-экономической ситуации и одновременно сам влияет на нее, поскольку наносит экономике прямой или косвенный ущерб [6].

Исследуемые группы делятся по причинам смерти: фактические травмы, дорожно-транспортные происшествия (ДТП), отравления, убийства и самоубийства [7]. С 2000 по 2019 гг. показатели насильственной смертности в ЦФО стабильно снижались. Число погибших при ДТП, травмах, отравлениях, убийствах, самоубийствах и пр.) в г. Иваново в 2000 г. составило 2190 (доля 41,99 %) от общего количества трупов, исследованных в ОБУЗ «БСМЭ Ивановской области». Из них 66 % погибших находились в состоянии алкогольного опьянения. Тот же показатель смертности, но уже в 2019 г., – 880 смертей от общего количества (доля 21,40 %), в состоянии алкогольного опьянения – 62 %. Динамика смертности в г. Владимире была аналогичной. Так, в 2000 г. показатель составил 3266 смертей (доля 37,95 %) от общего количества трупов, исследованных в ОБУЗ «БСМЭ г. Владимир», из них 60,23 % погибли в состоянии алкогольного опьянения, показатель насильственной смертности в 2019 г. – 1436 смертей от общего количества (доля 15,68 %), в состоянии алкогольного опьянения – 51,81 %.

Более подробно нами рассмотрены данные по ДТП. В г. Иваново на 2000 г. смертность вследствие ДТП составила 10,68 % (234 трупа) от общего числа насильственной смерти, больше половины находились в состоянии алкогольного опьянения. Подобная ситуация наблюдалась и в г. Владимир: 22,17 % (724 трупа) погибли в результате ДТП, более половины находились в состоянии алкогольного опьянения. По данным 2019 г., в г. Иваново смертность в результате ДТП составила 10,11 % от общего числа насильственной смерти (89 человек), в алкогольном опьянении – 43,82 %; во Владимирской области – 19,71 % (243), в алкогольном опьянении – 36,75 %. Таким образом, отмечается снижение числа смертельных исходов при ДТП и при употреблении алкоголя при вождении автомобиля [8]. Выявлена необходимость неотложных мер в совершенствовании медицинской помощи: своевременного оказания экстренной помощи пострадавшим, экстренной транспортировки в специализированные медицинские учреждения, обеспечение комплексной реабилитацией [9].

Итак, с 2000 по 2019 гг. отмечается снижение смертности в Центральном федеральном округе в целом. Ряд социальных программ (рост качества оказания специализированной медицинской помощи при ДТП; антиалкогольная политика в РФ), реализуемые на национальном уровне и в субъектах Российской Федерации позволили снизить смертность трудоспособного населения вследствие ДТП вдвое. Открытие отделения

сочетанной травмы в ОБУЗ ИвОКБ значительно способствовало снижению смертности вследствие ДТП. Аналогичный эффект во Владимирской области достигнут модернизацией оснащения «Больница скорой помощи», увеличением штата, коечного фонда, ростом качества и скорости оказания медицинской помощи при ДТП. Однако следует отметить, что на сегодняшний день отсутствует комплексная система реабилитации пострадавших, не определены порядок взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, последовательность и преемственность в проведении реабилитационных мероприятий, оптимальные модели реабилитационных учреждений и приоритетные реабилитационные технологии для восстановления здоровья, профессионального и социального статуса данного контингента [10].

Литература

1. Динамика показателей смертности от внешних причин в Ленинградской области (судебно-медицинские данные) / Г. Н. Зарафьянц, В. Н. Лебедев, О. Е. Амелехина, Л. П. Чурилов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения : Труды VIII Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб., 2013. Т. 8(1). С. 42–48.
2. Дубровина Е. В. Подходы к выявлению истинных уровней смертности от насильственных причин // Актуальные вопросы судебно-медицинской теории и практики : матер. конф. судмедэкспертов. Киров, 2004. С. 14–16.
3. Дубровина Е. В. Социальные аспекты преждевременной смертности от травм и отравлений в современной России // Профилактическая медицина. 2007. № 10(5). С. 18–20.
4. Антонова О. И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин // Вопр. статистики. 2007. № 10. С. 17–22.
5. Леонов С. А., Огрызко Е. В., Андреева Т. М. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2009. № 3. С. 86–91.
6. Золотарева О. А. Статистический анализ смертности из-за дорожно-транспортных происшествий и проводимой политики в области безопасности дорожного движения в России: экономика, статистика и информатика // Вестн. УМО. 2009. № 4. С. 107–110.
7. Рамонов А. В. Интегральные показатели демографических потерь от смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий в России // Демографическое обозрение. 2015. № 2(4). С. 136–149.
8. Редько А. Н. Мониторинг смертности населения от травм, отравлений алкоголем и наркотиками. М., 2006. 56 с.
9. Алферова Т. С., Потехина О. А. Основы реабилитологии. Тольятти : Московский институт медико-социальной реабилитологии, 2005. 147 с.
10. Андреева О. С. Актуальные проблемы инвалидности и пути медико-социальной реабилитации инвалидов в Москве. М. : ЦИЭТИН, 2007. 250 с.

РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ ОДНОЙ ТЕРРИТОРИИ

А. В. Зимнякова¹, Т. В. Стрыгина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

По данным Росстата, на 1 января 2019 года доля сельских жителей в общей численности населения Российской Федерации составила 25,4 %. Смертность сельского населения выше, чем городского (соответственно 13,6 и 12,0 на 1000 человек в 2018 г.), а ожидаемая продолжительность жизни – ниже (71,67 и 73,34 года в 2018 г.) [1]. Проблемы медицинского обслуживания на селе всегда актуальны и требуют особого подхода к их решению. Здоровье сельчан зависит от многих факторов, причем значительная роль в его сохранении и восстановлении принадлежит учреждениям здравоохранения [2]. В настоящий период обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в сельской местности, является одним из принципов модернизации первичного звена здравоохранения [3].

Цель – изучить выраженность различий в показателях работы близко расположенных фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) для оценки возможности их сравнения.

Были проанализированы материалы отчетов о работе за 2019 год восьми ФАП, входящих в структуру ГБУЗ Владимирской области «Золотовская районная больница». Статистический анализ результатов проводился с использованием Microsoft Excel 2010. Среднее значение показателей оценивалось по медиане (Me), разнообразие – по соотношению максимального и минимального значений, т. е. лимиту (lim). Взаимосвязь между показателями работы ФАП оценивалась по коэффициенту ранговой корреляции, рассчитанному по методу Спирмена. Коэффициент являлся статистически значимым, если его значение превышало 0,738 (критическое значение для 8 единиц наблюдения при $p = 0,05$).

Все изученные ФАП по численности обслуживаемого населения относились к одной категории (от 101 до 900 жителей) [4], однако существенно различались по этому показателю.

Численность прикрепленных жителей в среднем составила 363 человека и колебалась от 201 до 672 (lim = 3,3). Структура обслуживаемого населения по возрасту также была различной. Доля детей и подростков (0–17 лет) колебалась от 8,0 до 19,8 % (Me = 14,0 %, lim = 2,5), а пожилого населения (старше 60 лет) – от 17,7 до 70,6 % (Me = 28,9 %, lim = 4,0). Процессы естественного движения населения на территориях, обслуживаемых разными ФАП, тоже имели существенные различия. Коэффици-

ент рождаемости колебался от 4,5 до 19,4 на 1000 жителей ($M_e = 10,7$ на 1000 жителей, $lim = 4,3$), а коэффициент смертности – от 6,0 до 27,8 на 1000 жителей ($M_e = 13,9$ на 1000 жителей, $lim = 4,6$). Причиной этих различий являлась, скорее всего, малая численность сравниваемых групп. В целом же по всей территории, обслуживаемой изучаемыми ФАП, демографические характеристики населения были близкими к аналогичным по Владимирской области. Доля детей и подростков (0–17 лет) составляла 13,8 % (по Владимирской области – 16,4 %), пожилого населения (старше 60 лет) – 28,9 % (столько же и по области в целом). Уровень рождаемости равнялся 11,7 на 1000 жителей (во Владимирской области – 8,4), а уровень смертности – 12,6 (во Владимирской области – 15,6) [1].

Радиус территории, обслуживаемой отдельными ФАП, различался в 4,7 раза, составляя от 3 до 14 км (в среднем – 8 км). Шесть из восьми ФАП (75 %) имели радиус обслуживания больше 6 км, т. е. оказывали помощь жителям населенных пунктов, находящихся на значительном удалении [4]. Расстояние от ФАП до ближайшей медицинской организации (районной больницы в поселке Золотково) колебалось от 5 до 18 км ($lim = 3,6$) и в среднем равнялось 14 км. Для шести из восьми ФАП (75 %) это расстояние превышало 6 км. Расстояние от ФАП до центральной районной больницы в городе Гусь-Хрустальный колебалось от 8 до 80 км ($lim = 10,0$), составив в среднем 49,5 км.

Изученные ФАП также существенно различались по показателям объема работы. Среднее число посещений на одного жителя в год колебалось от 4,8 до 20,4 ($M_e = 10,6$, $lim = 4,3$). Такое же выраженное разнообразие было характерно и для посещений различных видов. Среднее число посещений на амбулаторном приеме колебалось от 5,1 до 19,1 ($M_e = 9,1$, $lim = 3,7$), а среднее число посещений на дому – от 0,9 до 2,5 ($M_e = 1,4$, $lim = 2,8$). Яркие различия имела и структура посещений: доля посещений на дому колебалась от 6,4 до 30,2 % ($M_e = 13,8$ %, $lim = 4,7$).

Мы проанализировали взаимосвязь отдельных показателей работы ФАП: между структурой населения и рождаемостью, структурой населения и смертностью, структурой населения и средним числом посещений на одного жителя в год, радиусом обслуживания и смертностью, радиусом обслуживания и средним числом посещений на одного жителя в год. Статистически значимых связей выявлено не было.

Итак, установлено, что ФАП существенно различаются как по условиям работы (радиус обслуживания, численность и структура обслуживаемого населения), так и по результативности (смертность населения, амбулаторная посещаемость), что согласуется с данными других исследований [5]. По большинству показателей выявлены трех-четырёхкратные различия, что может затруднить сравнение работы ФАП, если в качестве критериев оценки изолированно использовать отдель-

ные показатели. Однако может оказаться эффективной комплексная оценка, включающая в себя набор нескольких согласованных показателей, которые могут изменяться независимо друг от друга.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. М., 1999 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения: 22.02.2020).
2. Белова Н. И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы [Электронный ресурс] // Социологические исследования. 2017. № 3. С. 97–105. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29074200> (дата обращения: 22.02.2020).
3. Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения : Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. № 1304 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72733114/> (дата обращения: 22.02.2020)
4. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 22.02.2020)
5. Бурсикова Д. В. Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощью сельскому населению : специальность 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бурсикова Диана Важановна. – Иваново, 2002. – 24 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vivaldi.nlr.ru/bd000045415/view/?#page=1> (дата обращения: 22.02.2020)

«ТОЛЬКО ПО РЕЦЕПТУ»: О ПРОБЛЕМЕ САМОЛЕЧЕНИЯ. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫБОРОЧНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ВОРОНЕЖСКИХ АПТЕК И КОНТРОЛЬНОЙ ЗАКУПКИ

Л. С. Павленко¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Проблема безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (ЛП) на протяжении многих десятилетий является одной из самых актуальных в фармацевтической индустрии. На законодательном уровне она до конца не изучена, а следовательно, не может четко регулироваться.

Цель – изучить особенности отпуска безрецептурных ЛП на территории г. Воронежа.

Применялся поисковый, описательный методы, контент-исследование, проводилось анкетирование на базе аптечных предприятий и контрольная закупка ЛП на базе аптечных сетей «Вита», «Забота», «Здоровый город», а также интернет-анкетирование работников лечебно-профилактических учреждений.

Анализ государственного реестра показал, что среди ЛП, зарегистрированных в государственном реестре под Международным непатентованным наименованием «Ибупрофен», встретились те, которые разрешены к отпуску как без рецепта врача – нурофен, ибуклин и комбинированные препараты, содержащие в своем составе ибупрофен, так и те, которые отпускаются по рецепту врача – ибуклин юниор [1, 2]. Такая же ситуация прослеживается с ЛС с международным непатентованным наименованиями флуконазол, мебеверин гидрохлорид и др. [3, 4].

Первым этапом исследования было анкетирование работников аптечных организаций, в котором приняли участие 35 фармацевтов и 8 провизоров: 30 % из них не имеют представления о порядке отпуска, рекомендациях безрецептурных ЛП; 55 % – грамотно консультировали и говорили о возможных побочных эффектах каждого препарата, а также объясняли вред самолечения; 15 % не смогли дать грамотную консультацию и подобрать препарат для снижения симптоматики заболевания.

При проведении контрольной закупки ЛП «Флуконазол», «Дюспаталин», «Ибуклин юниор» в 100 % случаев были отпущены без рецепта врача.

Следующий этап исследования заключался в интернет-анкетировании врачей, которое показало, что 55 % врачей не имеют представления о том, какие ЛП должны отпускаться по рецепту, а какие без рецепта; 45 % имеют представление о ЛП безрецептурного отпуска.

Конечным этапом исследования было анкетирование пациентов, в ходе которого выявлено, что из 155 респондентов 85 % не имеют представления отпускаются ЛП по рецепту или без него.

Таким образом, вопрос отпуска безрецептурных ЛП остается открытым, так как производители регистрируют одни и те же наименования в разных условиях отпуска из аптечных организаций, создавая тем самым дискуссии среди работников фармацевтических организаций [5]. В настоящее время в г. Воронеже нет четкого урегулирования отпуска как безрецептурных, так и рецептурных ЛП (кроме включенных в списки предметно-количественного учета), что может привести к их бесконтрольному обороту и повышению негативных эффектов самолечения.

Литература

1. Об обращении лекарственных средств : федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (последняя редакция).

2. Официальный сайт государственного реестра лекарственных средств [Электронный ресурс]. Режим доступа: grls.rosminzdrav.ru.
3. Официальный портал государственной статистика [Электронный ресурс]. Режим доступа: gosstat.ru.
4. Проценко Д. Н. Ограничения и недостатки фармакоэкономических исследований в Российской Федерации // Вестн. анестезиологии и реаниматологии. 2015. № 6. С. 39–40.
5. Профессиональная подготовка будущих специалистов различного профиля / А. Ю. Нагорнова [и др.] ; отв. ред. А. Ю. Нагорнова. Ульяновск, 2019. С. 111–117.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Н. Дуйсембаева¹, Е. Л. Борщук¹

¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Первое место среди причин заболеваемости, смертности и инвалидности взрослого населения занимают болезни системы кровообращения [1, 2]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, суммарный экономический ущерб вследствие этой патологии неуклонно возрастает и на конец 2016 года составил порядка 1 трлн. руб. в год, т. е. почти 3,2 % ВВП [3].

Цель – анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) среди населения Оренбургской области.

Использованы данные ежегодного информационного-аналитического сборника о здоровье населения и деятельности медицинских организаций области МИАЦ г. Оренбурга за 2006–2018 гг. Использовались данные Росстата за 2006–2018 гг. Определены показатели общей и первичной заболеваемости БСК взрослого населения Оренбургской области. Методы исследования: ретроспективный эпидемиологический анализ, сплошное наблюдение, статистический (анализ динамических рядов). Расчеты и графический анализ данных проводили на базе пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010.

По данным Федеральной службы государственной статистики, численность населения Оренбургской области ежегодно уменьшается. За изучаемый период этот показатель снизился на 5,5 %. Проведен анализ данных заболеваемости пациентов с диагнозом БСК, установленным впервые среди всего населения Оренбургской области в 2006–2018 гг. В 2018 г. этот показатель составил $67,00 \pm 1,8$ на 1 000 населения). Темп прироста (Тпр.) первичной заболеваемости в целом по области с 2006

по 2018 г. составил 40,4 % ($\chi^2 = 24,3$, $p \leq 0,05$). В целом по Оренбургской области отмечено достоверное снижение общей заболеваемости БСК за исследуемый период ($T_{пр} = -1,02$ %, $\chi^2 = 13,7$, $p \leq 0,05$). Средний многолетний уровень общей заболеваемости БСК – $336,57 \pm 1,70$ на 1000 населения.

При изучении многолетней динамики установлено, что уровень общей заболеваемости БСК в 2018 году превышал показатель 2014 года на 3,7 %, первичная заболеваемость за тот же отрезок времени увеличилась в 1,7 раза, сохраняя тенденцию к росту. В региональной программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» названа возможная причина выявленной динамики – рост объема и качества углубленных методов исследования во время диспансерных осмотров взрослого населения, в частности применение дуплексного сканирования брахицефальных артерий. Частота выявленных заболеваний за последние 3 года возросла в 6,6 раза (с 414 до 2722). Негативную динамику заболеваемости БСК можно объяснить медико-демографическими процессами. При уменьшении численности населения Оренбургской области ежегодно возрастает доля лиц пожилого и старческого возраста, что приводит к росту заболеваемости, характерной для этой возрастной категории. Умеренный спад общей заболеваемости может происходить за счет высокой смертности населения выше трудоспособного возраста.

Районы, в которых средний многолетний показатель общей заболеваемости достоверно превышал областной: Курманаевский, Саракташский, Бугурусланский, Матвеевский. По первичной заболеваемости: Тоцкий, Акбулакский, Бугурусланский, Курманаевский, Новоорский, Октябрьский, Северный, Переволоцкий и Соль-Илецкий районы.

В многолетней структуре заболеваемости БСК первое место занимают болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (АД). Данный показатель в 2018 г.у возрос по сравнению с 2013 г. на 22,6 % и составил 14202,0 случая на 100 тыс. населения (в 2013 г. – 11581,9). Второе место занимает ишемическая болезнь сердца – 11,6 % (5802,5 на 100 тыс. населения). Доля первичной заболеваемости ишемическая болезнь сердца в структуре общей заболеваемости – 13,4 % (780,3).

Следовательно, демографическая ситуация в Оренбургской области характеризуется снижением численности населения. За период 2006–2018 гг. отмечен рост первичной заболеваемости патологией системы кровообращения и достоверное снижение общей заболеваемости БСК. В структуре заболеваемости лидируют нозологии, связанные с повышенным кровяным давлением, и ишемическая болезнь сердца. Значительный прирост первичной заболеваемости может быть связан с продолжающимся «старением» населения, влиянием негативных факторов риска и улучшением диагностики.

Литература

1. Cardiovascular Disease Statistics 2015. British Heart Foundation Centre On Population Approaches For Non-communicable Disease Prevention. London: British Heart Foundation; 2015. [Electronic resource]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306399/> (дата обращения: 11.02.2020).
2. Бойцов С. А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира // Профилактическая медицина. 2013. № 16(5). С. 9–19.
3. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году / А. В. Концевая [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. № 14(2). С. 156–166.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ИМИДЖ ВРАЧА: «ДЕТСКИЙ» ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

А. И. Кузьмин¹, А. В. Шишова²

¹ ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Врач любой специальности, общающийся с детьми, должен уметь создать образ, который позволит наладить доверительные отношения. Дети часто бывают непослушны, капризны, что приводит к несоблюдению рекомендаций и предписаний врача. Только в случае правильного позиционирования врачом себя и выбранных методов будет достигнут успех в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. Этот образ и есть профессиональный имидж, который состоит из двух составляющих: внешней (габитарный, кинетический и средовый) и внутренней [1]. «Имидж – это искусство управлять впечатлением» [2]. Именно положительное впечатление приводит к выстраиванию доверительных отношений с пациентом.

Цель – установить особенности приоритетных составляющих имиджа врача у детей в возрасте от 10 до 18 лет.

В исследовании приняло участие 100 детей от 10 до 18 лет, среди которых было проведено анкетирование. Анкета содержала 9 закрытых вопросов с предоставлением возможности выбрать один или несколько вариантов ответа и один открытый вопрос, где необходимо написать, чего не должно быть в личном профиле врача в его социальных сетях. Вопросы анкеты были направлены на выявление наиболее важных внешних и внутренних составляющих имиджа современного врача.

Исследование показало, что наиболее важными внутренними качествами врача дети считают внимательность (85 %), адекватность и вежливость (70 %), доброту и доброжелательность, а также способность быстро принимать решения (59 %), чувство юмора (58 %). В отличие от более взрослой аудитории, которая считает приоритетными доброту и доброжелательность (73 %), эрудированность и интеллектуальные способности (45 %), трудолюбие (44 %), эмпатию (40 %) и сочувствие, а также честность, внимательность и ответственность, любовь к людям и профессии [2]

Удивительно, но честность и эмпатия, которые заняли лидирующие позиции у взрослого населения, не вошли в перечень наиболее приоритетных качеств для детей. Интересен и тот факт, что доброта, лидирующая составляющая у взрослых, расположилась лишь на третьей строчке. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что большее расположение у детей завоевывают вежливые, добрые врачи с хорошим чувством юмора.

А вот приоритетные внешние составляющие имиджа выглядят следующим образом: приятная манера общения (92 %), здоровый внешний вид (74 %), опрятность (63 %), порядок на рабочем месте (62 %), наличие спецформы (62 %).

На вопрос «Обращаете ли вы внимание на то, во что одет врач?» 78 % респондентов ответили «да». Одним из спорных моментов является спецодежда врача с детскими рисунками: 55 % респондентов ответили, что им нравится такая одежда, 45 % против такой униформы. Важен нюанс, который следует учитывать: ребенку может не нравиться конкретный персонаж, изображение которого украшает униформу доктора, и следовательно, вызвать негативную реакцию к доктору. 93 % респондентов обращают внимание на состояние кабинета и рабочего стола, в отличие от взрослых пациентов: пристальное внимание этому уделяют лишь 43 %. Возможно, это связано с тем, что ребенок не так серьезно относится к своей болезни и фокус его внимания направлен на внешние составляющие похода к врачу.

Особое внимание в имидже врача заслуживают его социальные медиа. Более половины респондентов (56 %) не обращают внимание на личный профиль врача в социальных сетях, считая, что это не отражает уровень профессионализма. Треть (33 %) опрошенных полагают, что заслуживают внимания профили тех врачей, которые предоставляют услуги на коммерческой основе. Каждый десятый (12 %) респондент перед обращением ко врачу смотрит его личную страницу в социальных медиа. При этом опрошенные разделились на две приблизительно равные группы: одни уверены, что страница личная и там может содержаться вся информация, какую врач считает нужным разместить, другие

полагают, что на странице не должно содержаться интима, плохих отзывов на других специалистов и данных о пациентах.

Как видим, имидж врача, являющийся одним из главных атрибутов его профессиональной деятельности, оказывает огромное влияние на выстраивание доверительных отношений с детьми при оказании медицинской помощи, что способствует увеличению её эффективности.

Литература

1. Перельгина Е. Б. Психология имиджа : учеб. пособие. М. : Аспект Пресс, 2002. 224 с.
2. Бороздина Г. В. Психология делового общения : учебник. 2-е изд. М. : Инфра-М, 2007. 295 с.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А. А. Холикова¹, Т. В. Стрыгина¹, Ш. Ф. Джураева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время часто высказывается мнение о том, что институт семьи скоро перестанет существовать. Это связано с высокой частотой разводов, вступлением в брак в более позднем возрасте, увеличением числа людей, которые никогда не состояли в браке, ростом частоты незарегистрированных браков. Все это сводит на нет главную функцию семьи – продолжение рода. Реализация репродуктивных установок как планов в отношении создания семьи, рождения детей и репродуктивного поведения начинается в молодом возрасте, в том числе во время обучения в вузе [1]. Мы продолжили наше исследование [2] и проанализировали влияние гендерного фактора на брачно-семейные установки студенческой молодежи.

Цель – изучить гендерные различия в брачно-семейных и репродуктивных установках старшекурсников медицинского вуза.

Был проведен опрос студентов 5 курса ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России по специально составленной анкете, позволявшей изучить мнения студентов о семейных ценностях и деторождении. Для анализа данных использовались классические методы описательной статистики. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. В группу вошли 284 студента, из них 71 юноша (25,0 %) и 213 девушек (75,0 %). Юноши были достоверно старше девушек, их средний возраст равнялся 22,62 года, у девушек – 22,02 года ($p < 0,001$). По семейному статусу юноши и девушки не различались: большинство не состояли в браке

(юноши – 91,5 %, девушки – 85,0 %), в первом зарегистрированном браке состояли 5,6 % юношей и 8,5 % девушек, а также 0,5 % девушек были разведены. У 2,8 % юношей и 6,1 % девушек существующий в настоящем брак не был зарегистрирован.

Отвечая на вопрос «Что для Вас в жизни самое главное?», на первое место и юноши (33,8 %), и девушки (44,1 %) поставили семью, на второе – здоровье. Любовь у девушек оказалась на третьем месте (следом располагалось образование), а у юношей – на четвертом (после образования). На пятом месте и у юношей, и у девушек находились ценности, связанные с деторождением. Система приоритетов у лиц обоих полов не имела статистически значимых различий ($p > 0,05$). Девушки продемонстрировали установку на традиционный легитимный брак – они чаще юношей высказывали негативное отношение к незарегистрированному браку (38,0 против 8,5 %) и реже – нейтральное (46,9 против 57,7 %), положительное (8,0 против 23,9 %) ($p < 0,001$). Были выявлены различия в установках на оптимальный возраст вступления в официальный брак: 69,0 % девушек и 39,4 % юношей желали бы вступить в брак в возрасте 21–25 лет, 52,1 % юношей и 29,6 % девушек – в возрасте 26–30 лет. На более поздний срок вступление брак планируют 8,5 % юношей и всего лишь 0,9 % девушек ($p < 0,001$). Главным условием для вступления в брак юноши считали наличие материальной базы в виде работы и постоянного дохода (59,2 против 38,0 %, $p = 0,002$), а для девушек было еще и очень важно желание создать семью (31,5 против 14,1 %, $p = 0,001$). Психологические установки юношей и девушек в плане числа детей в семье были примерно одинаковы, а вот отношение к рождению детей в незарегистрированном браке различалось: негативное отношение чаще встречалось у девушек (66,6 против 49,3 %), а положительное – у юношей (21,1 против 13,2 %) ($p = 0,04$). Затруднившихся высказать свою оценку также было несколько больше среди юношей (29,6 против 20,2 %, $p > 0,05$). В числе причин, препятствующих рождению детей в настоящий период времени, девушки достоверно чаще называли получение образования (75,1 против 56,3 на 100 опрошенных соответствующего пола, $p = 0,005$) и отсутствие зарегистрированного брака (58,7 против 45,1 на 100 опрошенных соответствующего пола, $p = 0,046$). В пользу формирования в будущей семье патриархальных отношений, где муж является главой семьи, высказывалось больше юношей, чем девушек (43,7 против 29,1 % соответственно, $p = 0,03$). Однако большинство респондентов обоего пола желают быть равноправными членами семьи и сообща принимать решения (69,0 девушек и 56,3 % юношей, $p > 0,05$), вместе нести ответственность за материальное благополучие семьи (69,0 девушек и 54,9 % юношей, $p = 0,04$), вместе воспитывать де-

тей (76,5 девушек и 76,1 % юношей), что говорит о стирании границ гендерных ролей в современной семье.

Итак, установлено, что студенты медицинского вуза ориентированы на такие общечеловеческие ценности, как семья, здоровье, любовь, образование, дети. При этом в их брачно-семейных и репродуктивных установках существует множество гендерных различий. Девушки готовы вступать в брак до 25 лет, жить и рожать детей в официальном браке, любовь считают главным мотивом в создании семьи, больше настроены на паритетность и терпимость в семейных отношениях. Юноши более лояльно относятся к незарегистрированному браку, считают целесообразным создавать семью после 25 лет, наиболее значимым условием для образования семьи называют материальное благосостояние.

Литература

1. Назарова И. Б., Зеленская М. П. Репродуктивные установки студенческой молодежи: ценностный аспект (обзор эмпирических исследований) // Вестн. РУДН. Серия: Социология. 2017. Т. 17, № 4. С. 555–567.
2. Холикова А. А., Джураева Ш. Ф. Отношение студентов медицинского вуза к браку и семье как фактор формирования репродуктивного здоровья // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. V Всерос. науч. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. Иваново, 2019. С. 251–253.

БАЗОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ УРГЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ

Г. Э. Кочинян¹, Б. А. Поляков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Необходимость повышения доступности и эффективности медицинской помощи хирургического профиля обусловлена высоким уровнем осложнений хирургической патологии (28–32 % случаев) [1]. Исследования последних лет [2–5] показывают, что базовая медицинская информированность (БМИ), т. е. на момент обращения пациента за медицинской помощью, играет решающую роль в обеспечении достаточного уровня медицинской активности и комплаентности больных, тогда как ее низкий уровень приводит к несвоевременному обращению за медицинской помощью, неадекватной оценке действий врача и своей роли в лечении заболевания. Вместе с тем недостаточно работ по изучению влияния БМИ на уровень ургентной активности и вероятность возникновения осложнений хирургической патологии.

Цель – изучить состояние БМИ пациентов хирургического профиля с разными уровнями ургентной активности.

База исследования: ОБУЗ «Комсомольская центральная районная больница» Ивановской области, ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново. Время проведения исследования – 2018–2020 гг. Методы исследования: социологический, аналитический, математико-статистический. Единица наблюдения: пациент с острой хирургической патологией желудочно-кишечного тракта в возрасте 18–100 лет. Исследование выборочное – 400 пациентов с острой хирургической патологией желудочно-кишечного тракта с низкой (обращением за помощью на вторые сутки и более) и высокой ургентной активностью (обращением в течение первых часов от возникновения заболевания). Средний возраст пациентов составил $48,1 \pm 9,2$ года. Программа сбора материала включала выкопировку данных о частоте хирургической патологии и ее осложнениях из учетных форм (025-10/у, 066/у, 025/у и 003/у). Программа также включала проведение проспективного социологического опроса по анкете «Медицинская информированность пациентов с хирургической патологией». Выделены две группы (1-я – с низкой и 2-я – с высокой ургентной активностью) и проведен сравнительный анализ по уровню БМИ. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 10.0». Достоверность различий показателей в исследуемых группах определялась по t-критерию Стьюдента и считалась достоверной при $p < 0,05$.

Анализ данных медицинской документации позволил установить, что 45,0 % пациентов (в том числе 46,0 % женщин и 44,0 % мужчин) обратились своевременно за медицинской помощью в связи с острой хирургической патологией желудочно-кишечного тракта, тогда как у 55,0 % пациентов (в том числе у 54,0 % женщин и 56,0 % мужчин) обращения имели отсроченный характер, что привело к ухудшению состояния и развитию осложнений. Возрастной анализ своевременности обращений за медицинской помощью не выявил достоверных различий ($p > 0,05$). Анализ данных социологического опроса показал, что 55,0 % пациентов (48,0 % женщин и 59,0 % мужчин) имели низкий уровень БМИ о порядке действий при возникновении болей в брюшной полости и важности своевременного обращения, в том числе в 1-й группе – 70,0 %, а во 2-й – 40,0 % ($p < 0,05$). Не знали «куда обращаться за медицинской помощью при возникновении болей в брюшной полости» 34,0 % пациентов (31,0 % женщин и 37,0 % мужчин), в том числе в 1-й группе – 42,0 %, во 2-й – 29,0 % ($p < 0,05$). Не знакомы со своими правами при обращении за медицинской помощью при острой хирургической патологии 48,0 % больных (45,0 % женщин и 51,0 % мужчин), в том числе в 1-й группе – 52,0 %, во 2-й – 43,0 % ($p < 0,05$).

Таким образом, каждый второй пациент с острой хирургической патологией имеет низкий уровень ургентной активности. Одним из факторов, её определяющим, является их БМИ, влияющая на правильность выбора больным тактики поведения в ургентной ситуации.

Литература

1. Иванов А. Г., Сайед К. Доступность и качество оказания медицинской помощи // Верхневолжский медицинский журн. 2017. Т. 16, № 2. С. 29–33.
2. Исследование информированности пациентов и правилах подготовки к медицинским исследованиям / Ю. В. Коркина, А. В. Крючкова, Н. М. Семенина, Ю. В. Кондусова // Молодежный инновационный вестн. 2017. Т. 6, № 2. С. 379–381.
3. Мальхин Ф. Т., Батулин В. А. Оценка уровня информированности пациентов старшей возрастной группы с хронической обструктивной болезнью легких об этом заболевании и методах его лечения // Клин. геронтология. 2017. Т. 23, № 9. С. 40–41.
4. Информированность пациентов неврологических отделений по вопросам инсульта, его факторах риска и профилактике / Л. Б. Новикова, А. П. Акопян, А. З. Зайдуллина, Г. Н. Мустафина // Вестн. Башкирского государственного медицинского университета. 2018. № 3. С. 447–452.
5. Эккерт Н. В., Бондарева В. А. Оценка информированности пациентов многопрофильного стационара о проблеме внутрибольничной инфекции // В мире научных открытий. 2015. № 12. С. 579–591.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НА УРОВНЕ ЗАПЯСТЬЯ И КИСТИ

Е. А. Абросимов¹, Д. Л. Мушников¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Совершенствование травматологической помощи населению – одна из актуальных проблем здравоохранения [1, 2]. Исследования [3, 4] показывают высокую распространенность среди населения переломов на уровне запястья и кисти, что определяет значимость изучения их причин, в том числе медико-социально-психологических характеристик пациента при оказании травматологической помощи. Это приобретает особую значимость в связи с внедрением в здравоохранение «бережливых технологий», принципов пациент-центрированной медицины, которые требуют персонифицированного подхода при организации и оказании медицинской помощи [5].

Цель – изучить медико-социально-психологический профиль молодых пациентов с переломами на уровне запястья и кисти.

База исследования – травматологический кабинет ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» Ивановской области. Время проведения исследования – 2019 г. Предмет – медико-социально-психологические характеристики пациентов молодого возраста с переломом на уровне запястья и кисти. Единица наблюдения: пациент молодого возраста с переломом, проживающий в городе. Исследование выборочное – 100 пострадавших молодого возраста (18–44 года) с переломом на уровне запястья и кисти (S69 по МКБ 10). Методы исследования: социологический, социально-психологический, математико-статистический. Проведен опрос пациентов методом интервьюирования по анкете «Карта исследования медико-социально-психологических характеристик пациентов молодого возраста с травмами запястья и кисти», включающей 20 вопросов закрытого типа. Полученные данные заносились в электронные таблицы, проводился расчет относительных показателей и их отличий по критерию t с использованием прикладных компьютерных программ. Различия показателей в исследуемых группах считались достоверными при $p < 0,05$.

Анализ причин травм показал, что основную долю занимают бытовые травмы (70,0 %, в том числе у 71,0 % женщин и у 68,0 % мужчин) ($p > 0,05$), на втором месте – уличные травмы (у 25,0 %, у 26,5 % женщин и у 26,0 % мужчин) ($p > 0,05$), на третьем – производственные (3,0 %, у 0,5 % женщин и у 2,5 % мужчин) ($p < 0,05$), на четвертом месте – транспортные травмы (1,0 %, у 0,5 % женщин и у 1,5 % мужчин) ($p < 0,05$), на пятом – спортивные травмы (1,0 %, у 0,5 % женщин и у 2,0 % мужчин) ($p < 0,05$). Доля мужчин среди пациентов составила 52,0 %, женщин – 48,0 %. Средний возраст пострадавших с переломом на уровне запястья и кисти составил $38,5 \pm 5,5$ года. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18–29 лет – 21,0 %; 30–39 лет – 34,0 %; 40–44 года – 45,0 %. По уровню образования: высшее образование имели 7,0 % пациентов (в том числе 9,0 % женщин и 6,0 % мужчин) ($p < 0,05$), среднее специальное – 92,0 % (90,0 % женщин и 93,0 % мужчин) ($p > 0,05$), среднее – 1,0 % (1,0 % женщин и 1,0 % мужчин) ($p > 0,05$). Анализ профессионального статуса пациентов показал, что основную долю составили рабочие – 67,0 % (64,0 % женщин, 69,0 % мужчин), предприниматели – 23,0 % (25,0 % женщин, 25,0 % мужчин), служащие – 9,0 % (10,0 % женщин, 5,0 % мужчин) ($p < 0,05$), неработающие – 1,0 % (1,0 % женщин, 1,0 % мужчин). Анализ психологического статуса показал, что отнесли себя к уравновешенным, спокойным личностям 65,0 % пациентов (69,0 % женщин, 53,0 % мужчин), к неуравновешенным, вспыльчивым и конфликтным – 35,0 % (31,0 % женщин, 47,0 % мужчин) ($p < 0,05$). Злоупотребление алкоголем отмечено у 25,0 % пострадавших (у 35,0 % мужчин и у 15,0 % женщин).

Таким образом, основной причиной переломов на уровне запястья и кисти являются бытовые обстоятельства. Медико-социально-психологический профиль молодых пациентов с переломом выглядит следующим образом: средний возраст $38,5 \pm 5,5$ года, преимущественно мужчины, со средним специальным образованием, имеющие профессиональный статус «рабочий», с повышенным конфликтным потенциалом и склонностью к злоупотреблению алкоголем.

Литература

1. Перфильев М. А., Каменский Д. А. Возможности применения лечебной физической культуры как средства восстановления работоспособности при переломе кисти руки // *Colloquium J.* 2019. № 13-5(37). С. 65–68.
2. Абдуллин Р. Р. Травматизм при рациональных действиях в борьбе // *Студенческий вестн.* 2019. № 37-1(87). С. 16–17.
3. Шишкин Е. В. Основные тенденции заболеваемости от внешних причин и травматизма на территории Челябинской области // *Уральский медицинский журн.* 2019. № 15(183). С. 149–153.
4. Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Даутов Р. Р. Организация работы травматологического пункта городской клинической больницы: структура обращений пациентов по поводу травм // *Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019. Т. 27, № 1. С. 54–58.
5. Жогина М. А., Иванов В. С. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения пострадавших с повреждениями нервов и сухожилий на уровне предплечья и кисти // *Известия Российской Военно-медицинской академии.* 2019. Т. 1, № 1. С. 166–169.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А. А. Холикова¹, Д. Л. Мушников¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Здоровье учащейся молодежи всегда было в приоритете Российского государства как в советский период, так и в новое время. По данным исследований [1–3], здоровье современных студентов вызывает опасения в связи с высокой распространенностью факторов риска заболеваний, информационной нагрузкой, нарушением принципов здорового образа жизни. Некоторые исследователи отмечают неблагоприятную динамику здоровья студентов в процессе учебы [4]. Вместе с тем недостаточно исследований по анализу заболеваемости по обращаемости первокурсников медицинских вузов, их профилактической активности.

Цель – изучить заболеваемость по обращаемости и профилактическую активность первокурсников медицинского вуза.

База исследования: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. Программа исследования предусматривала два направления сбора информации: 1. Выкопировку количественных данных из журнала регистрации обращений за медицинской помощью к врачу медицинского пункта академии за период с сентября по декабрь 2019 г. (совместно с врачом медпункта); 2. Социологический (анонимный) опрос по анкете «Самооценка здоровья, качества жизни и профилактической активности студентами-первокурсниками», включающей пять вопросов, с оценкой по трехбалльной шкале (1 – низкий, 2 – средний, 3 – высокий уровень). В ходе опроса студентов просили оценить состояние своего здоровья, качества жизни (по психологическому, физическому и социальному компонентам) в динамике по месяцам учебного семестра (сентябрь – декабрь). Единица наблюдения: студент 1-го курса медакадемии. Объем выборочной совокупности формировался когортным методом из числа студентов 1-го курса, поступивших в академию в 2019 году, и составил 485 человек (90,0 % от генеральной совокупности 539 человек). Проводился расчет средних и относительных величин. Анализ различий выполнялся с применением t-критерия. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Установлено, что уровень заболеваемости по обращаемости студентов-первокурсников медицинской академии составил 220,8 ‰. В структуре заболеваемости преобладали острые респираторно-вирусные инфекции (29,0 %), на втором месте стояли заболевания и состояния, связанные с сердечно-сосудистой системой (25,0 %), на третьем – заболевания желудочно-кишечного тракта (15,0 %), на четвертом – заболевания нервной системы (12,0 %), на другие причины приходится 19 % обращений. Выявлено, что за медицинской помощью в 3 раза чаще обращаются девушки, чем юноши. Доля обращений студентов-первокурсников лечебного факультета в 2 раза выше, чем педиатрического и стоматологического. Данные опроса показали, что при достаточно высоких базовых (сентябрь 2019 года) самооценках здоровья по всем компонентам (психологическому – 3,0 балла, физическому – 2,9 балла, социальному – 2,9 балла) ($p > 0,05$) отмечалось снижение их к октябрю (2,3, 2,5 и 2,6 балла соответственно), затем некоторое повышение в ноябре (2,5, 2,6 и 2,7 балла) и резкое снижение в декабре (2,1, 2,3 и 2,5 балла) ($p > 0,05$). Уровень своей профилактической активности оценили как высокий 45,0 % студентов, как средний – 39,0 %, как низкий – 16,0 %. Отметили, что сделали прививки от гриппа, 70,0 % опрошенных, однако 30,0 % отказались, в том числе 20,0 % – из-за мнения «об их ненужности» и «вредных последствиях».

Как видим, уровень заболеваемости по обращаемости студентов-первокурсников медицинской академии составляет 220,8 ‰. В структу-

ре заболеваемости преобладают острые респираторно-вирусные инфекции, вместе с тем высока доля обращений по заболеваниям, связанным с повышенным стрессовым напряжением. Предлагается проводить экспресс-мониторинг самооценки состояния здоровья, качества жизни и профилактической активности студентов 1-го курса, проводить активное информирование их о пользе и задачах вакцинации от гриппа, формировать психологическую атмосферу, способствующую преодолению стрессовых состояний и успешной адаптации.

Литература

1. Кубекова А. С., Шагина И. Р., Смахтина Т. А. Анализ самооценки здоровья студентов медицинского университета // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2019. № 10. С. 83–86.
2. Медико-социальная оценка факторов, влияющих на здоровье студентов медицинского факультета ОШГУ / Т. М. Мамаев [и др.] // Вестн. Омского государственного университета. 2019. № 1. С. 168–175.
3. Филоненко В. И., Магранов А. С., Киенко Т. С. Образ жизни и отношение к здоровью российских студентов // Социологические исследования. 2019. № 8. С. 164–166.
4. Шагина И. Р., Кубекова А. С., Смахтина Т. А. Оценка динамики состояния здоровья студентов медицинского университета в период обучения // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2019. № 10. С. 121–126.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР МОЛОДЕЖИ

М. Х. Гамидова¹, А. В. Смирнова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России.

В мире насчитывается примерно 1,5 млрд людей в возрасте 18–30 лет, что составляет 20 % населения [1]. Российская молодежь сегодня составляет около 37 млн человек (18–30 лет), или 25,8 % всего населения и 34 % трудоспособного возраста [2]. В современном обществе наблюдается ослабление статуса семьи как социального института, изменение качества семейных отношений. Многие демографические проблемы в стране определяются гендерными взаимоотношениями и репродуктивными установками молодежи, их отношением к сексу, браку, семье и деторождению, особенностями контрацептивного поведения, системной охраны репродуктивного здоровья и уровнем медицинской помощи по этим вопросам. В свою очередь на их формирование оказывают влияние социально-политические и экономические условия со-

временного общества, а также взаимоотношения между молодежью, властью, обществом и политикой [3, 4].

Цель – изучить репродуктивное поведение и контрацептивный выбор молодежи.

Проведено социологическое исследование, в котором приняло участие 100 молодых людей Ивановской области. Статистическая обработка результатов проводилась в стандартном приложении Microsoft Office Excel.

Было опрошено 100 студентов, из которых 54 % девушек и 46 % юношей в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст – $19,0 \pm 1,1$ и $20,0 \pm 2,2$ года соответственно). Особенностью лиц обоих полов является раннее начало половой жизни. Выявлено, что к 18 годам около 60 % юношей и девушек уже имели опыт сексуальной жизни. Несмотря на раннее начало половой жизни, 70 % молодых людей предпочитают иметь одного полового партнера, 12 % – двоих, 15 % допускают наличие трех-четырех, оставшаяся часть (3 %) – более четырех партнеров. Исследование показало, что современная молодежь откладывает вступление в брак (по данным анкетирования, в среднем приемлемый возраст для брака составил $22,0 \pm 3,0$ года) и предпочитает такие новые формы партнерства, как гражданский (68 %) и официально зарегистрированный брак (32 %). Выявлено, что 63 % опрошенных постоянно пользуются презервативами, 15 % девушек используют комбинированные оральные контрацептивы и 20 % полагаются на естественные методы (календарный, прерванный половой акт), 2 % прибегают к экстренной гормональной контрацепции.

При анкетировании 21 % респондентов указали на возможность прерывания беременности, 3 % допускают существование двух-трех аборт в своей жизни, а 78 % указывают, что никогда не прервали бы незапланировано наступившую беременность. По мнению опрошенных, основными причинами искусственного аборта могут быть: проблемы финансового характера – 28 %, нежелание иметь детей в настоящее время – 19 %, только по медицинским показаниям – 46 %. Некоторые респонденты (8 %) вообще не хотят иметь детей. Установлено, что 55 % опрошенных намереваются рационально спланировать беременность, 30 % не планируют, полагаясь «на волю Божию», 15 % вообще не задумываются о прегравидарной подготовке. Выявлена неудовлетворенность молодежи объемом и качеством получаемой информации о контрацепции и создании семьи (61 %), 26 % считают, что им такая информация не нужна, 13 % затрудняются ответить. Оказалось, что наибольший интерес у молодых людей вызывают темы об образе жизни, способствующем репродуктивному здоровью (58 %), а также о способах кон-

трацепции (25 %). Менее интересны для них вопросы, связанные с венерическими заболеваниями (9 %) и личной интимной гигиеной (8 %).

Таким образом, ранний возраст сексуального дебюта в сочетании с приемлемым возрастом вступления в брак приводит к предпочтению добрачных отношений. Более половины опрошенных предпочитают барьерные методы контрацепции и имеют дефицит информации по другим методам планирования семьи и контрацепции.

Литература

1. World Your Report 2007: Young People's Transition to Adulthood – Progress and Challenges. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2008. 348 p.
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» на 2013–2020 годы (в новой редакции) (утв. Распоряжением Правительства РФ от 15 мая 2013 г. № 792-р).
3. Дикке Г. Б., Ерофеева Л. В. Особенности репродуктивного поведения молодежи // Акушерство и гинекология. 2013. № 12. С. 96–101.
4. Смирнова А. В., Малышкина А. И. Репродуктивное воспитание в Ивановской медицинской академии // Воспитательный процесс в медицинском вузе: теория и практика : сб. науч. тр. / под ред. С. В. Диндяева. Иваново, 2018. С. 158–160.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А. В. Веретенникова¹, Ю. В. Чистякова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время учеными отмечается значительный рост частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого возраста. Только за предшествующий пятилетний период их распространенность у данной возрастной категории увеличилась в 2–2,5 раза [1, 2]. При этом подчеркивается, что развитие ССЗ тесно связано с образом жизни людей и обусловленными им факторами риска (ФР) [3].

Цель – выявить распространенность ФР формирования ССЗ у выпускников медицинского вуза, провести сравнительный анализ ФР в зависимости от пола и оценить готовность молодых людей активно воздействовать на данные ФР.

Нами составлен оригинальный опросник, включавший вопросы о наследственной отягощенности по ССЗ, о нарушениях состояния здоровья (с указанием индекса массы тела (ИМТ, кг/м²), окружности талии (ОТ, см), артериального давления (АД), уровня холестерина и глюкозы в

крови (ммоль/л)) и поведенческих ФР, связанных с образом жизни респондентов (особенности питания, физическая активность (ФА), вредные привычки, готовность к изменению ложных поведенческих стереотипов). В ходе исследования проанкетировано 60 студентов шестого курса педиатрического и лечебного факультетов ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. Средний возраст студентов составил $22,8 \pm 1,4$ года. В зависимости от пола были сформированы две группы опрошенных: в 1-ю включены 34 девушки (56,7 %), во 2-ю – 26 юношей (43,3 %). Группы были сравнимы по возрасту. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного пакета прикладных программ «Statistica-10.0». Результаты были представлены в виде абсолютных и относительных (%) значений. Для оценки значимости распределения качественного признака между группами применяли критерий χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

В ходе анкетирования установлено, что у большинства девушек – 26 (76,5 %) и только у каждого четвертого юноши – 7 (26,9 %) АД было в пределах нормальных значений ($<120/80$ мм рт. ст.) ($p < 0,01$), тогда как у 6 (17,6 %) и 11 (42,3 %) ($p < 0,05$) было выявлено высокое нормальное АД (в пределах 130/85–139/89 мм рт. ст.), а у 3 (8,8 %) и 8 (30,8 %) соответственно ($p < 0,01$) – артериальная гипертензия 1-й и 2-й степени (АД в пределах 140/90–159/99 и 160/100–179/109 мм рт. ст.). При этом АД измеряли нерегулярно или совсем не измеряли 4 (11,8 %) и 3 (11,5 %) студентам исследуемых групп, в том числе 3 (8,8 %) девушкам и 3 (11,5 %) юношам, отметившим в анкете частое повышение АД до 130/85–139/89 мм рт. ст. Все студенты исследуемых групп владеют информацией о том, что повышенное АД является ведущим ФР развития ССЗ.

В соответствии с указанным в анкете ИМТ нормальная масса тела выявлена у 20 (58,8 %) девушек и у 10 (38,5 %) юношей ($p < 0,05$), у 6 (17,6 %) и у 8 (30,7 %) ($p < 0,05$) отмечалась избыточная масса тела (предожирение), у 3 (8,8 %) и у 7 (26,9 %) ($p < 0,01$) – ожирение 1-й, а у 2 (5,9 %) и у 2 (7,7 %) соответственно – ожирение 2-й степени. Среди студентов, имеющих избыточную массу тела и ожирение, у 5 девушек (14,7 %) и у 5 юношей (19,2 %) имел место абдоминальный тип распределения жировой массы, учитывая значения ОТ (у девушек ОТ более 80 см, у юношей – ОТ более 94 см). Среди студентов с избыточной массой тела и ожирением 26 (76,4 %) девушек и 17 (65,4 %) юношей высказали готовность в ближайшее время снизить вес, так как, по их мнению, избыточный вес является не только эстетической проблемой, он также вносит существенный вклад в кардиометаболический риск и риск развития ССЗ. Принципы здорового питания соблюдают лишь 19 (55,9 %) девушек и 16 (61,5 %) юношей, тогда как остальная часть студентов отметили в ежедневном рационе: из-

быток жиров и углеводов, поваренной соли, ограниченное потребление овощей и фруктов, несбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ. При этом 19 (55,9%) и 11 (42,3%) соответственно готовы поменять свой рацион и употреблять меньше поваренной соли, согласно принципам здорового питания.

На низкую ФА (менее 150 минут в неделю ФА умеренной или менее 75 минут – высокой интенсивности) указали в анкете около половины студентов: 18 (52,9 %) девушек и 14 (53,8%) юношей. 24 (70,6 %) девушек и 23 (88,5 %) юношей хотели бы увеличить ФА в соответствии с современными научно обоснованными рекомендациями по ФА [3]. Анализ вредных привычек показал, что 2 (5,8 %) девушек и 4 (15,4 %) юношей ($p < 0,01$) курят табачные изделия в настоящее время. Бросили курить в течение предшествующих трех месяцев 2 (7,6 %) юношей, более 1 года назад – 7 (20,6 %) девушек и 4 (15,4 %) юношей. Среди курящих высказали свою готовность бросить курить 100 % девушек (две девушки из двух) и 67,0 % юношей (три юноши из четырех).

Таким образом, анкетирование выявило высокую частоту ФР развития ССЗ у выпускников медицинского вуза. Среди ФР наибольшую распространенность имели: повышенное АД, избыточная масса тела, нерациональное питание, гиподинамия, курение. При этом у юношей, по сравнению с девушками, чаще выявлялись: повышенное АД, избыточная масса тела и ожирение с преимущественным отложением жировой массы по абдоминальному типу, а также табакокурение, что указывает на более высокий риск развития у них ССЗ. В то же время юноши реже, чем девушки, высказывали готовность к изменению ложных поведенческих стереотипов. Из результатов анкетирования следует, что в медицинской академии необходимо внедрение системы мероприятий по коррекции факторов риска развития ССЗ и повышению мотивации к здоровому образу жизни у выпускников, при этом особое внимание необходимо уделить юношам. Лишь высоко мотивированные к здоровому образу жизни студенты медицинского вуза смогут, уже работая врачами, эффективно проводить профилактическую работу с пациентами по предотвращению и снижению частоты ССЗ.

Литература

1. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов-медиков / К. Н. Дубинин, И. А. Хлопина, А. Н. Плакуев, Н. С. Суханова // Международный научно-исследовательский журн. 2018. № 8(39). С. 94–100.
2. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ студентов / под ред. Р. Т. Раевского. Одесса : Наука и техника, 2008. 556 с.
3. Российские национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика 2017» // Российский кардиологический журн. 2018. № 23(6). С. 7–122.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

И. А. Демидова¹, Е. В. Бурделова², Д. М. Иващенко²

¹ ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тульской области»

² ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»

Грамотная оценка эффективности профилактических, лечебных, санаторно-курортных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий возможна только при учёте показателей здоровья прикрепленного к лечебно-профилактическому учреждению контингента. Данные показатели имеют высокий уровень значимости и для последующего планирования системы мер медицинского характера по сохранению и укреплению здоровья населения.

Цель – оценка показателей здоровья населения как критерия эффективности медико-профилактических мероприятий.

Исследование было проведено на базе ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тульской области». К основным показателям здоровья населения были отнесены: доля лиц, стоящих на I и II группе диспансерного учёта, от общего количества пациентов; заболеваемость; первичный уход на инвалидность; число дней временной утраты трудоспособности (ВУТ) [1]. Важно отметить, что на данные показатели оказывают влияние организационные факторы и диагностические подходы [2– 4].

В результате исследования установлено, что к I и II группам диспансерного учёта («здоровые» и «практически здоровые») отнесено 87,9 % прикрепленного контингента в 2016 г., 88,3 % – в 2017 г. и 88,6 % – в 2019 г.. Заболеваемость в 2016 г. составила 910,4 ‰, в 2017 г. – 880,4 ‰, в 2018 г. – 872,6 ‰. Показатель «Первичный уход на инвалидность» в 2016 г. был равен 1,24 ‰, в 2017 г. – 1,09 ‰, в 2018 г. – 0,91 ‰. Число дней временной утраты трудоспособности на 100 человек в 2016, 2017 и 2018 годах равнялось 688,8, 634 и 695 соответственно.

Для прохождения службы в системе УВД РФ сотрудникам необходимо поддерживать и укреплять собственное здоровье не только потому, что оно является личной ценностью, но и потому, что к ним предъявляются высокие требования со стороны ведомства. Согласно полученным данным, почти 90 % сотрудников системы УВД РФ можно считать здоровыми или практически здоровыми. Высокий показатель обеспечивается эффективностью проводимых предварительных медицинских осмотров, обеспечением оптимальными условиями для прохожде-

ния службы и качественным медицинским сопровождением. Вследствие предъявляемых требований и специфики служебной деятельности система МВД РФ имеет собственную медицинскую службу и организует медицинское сопровождение, которое складывается из профилактических, лечебных, санаторно-курортных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

При сравнении статистических данных Министерства здравоохранения РФ в 2016 и 2017 годах (1303,8 и 1307,3‰ соответственно) [2], можно отметить, что этот показатель у сотрудников системы МВД в аналогичный период существенно ниже общероссийского (910,4 и 880,4 ‰ соответственно). Эта разница является вполне естественной и закономерной. Мы рассматриваем её как результат отбора будущих сотрудников на предварительных медицинских осмотрах и пристального внимания ведомственных лечебно-профилактических учреждений к состоянию здоровья прикрепленного контингента, который включен в группу риска по профессиональным вредным факторам.

За три года можно отследить некоторую динамику отдельных показателей. Заболеваемость растёт, а число лиц, которые включены в III группу диспансерного учёта, снижается. Сопоставляя эти значения, можно прийти к взаимоисключающим выводам. Либо рост заболеваемости вызван увеличением в её структуре распространенности острых заболеваний, которые не влияют на состав III группы, а снижение её численности демонстрирует улучшение состояния здоровья контингента. Либо снижение числа лиц, состоящих в этой группе, происходит за счёт снижения качества диспансерного учёта.

«Здоровые» и «практически здоровые» лица входят в I и II вторую группу диспансерного учёта. Они являются целевой аудиторией для проведения оздоровительных и профилактических мероприятий. И только при развитии острых и подострых заболеваний, получении травм необходимы лечебные и реабилитационные меры, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности, что определяет существенную разницу в планировании и организации медицинского сопровождения по сравнению с III группой, для которой лечение или реабилитация требуются на постоянной основе. Аналогично за указанный период отмечается снижение числа лиц, первично вышедших на инвалидность. В то же время число дней временной утраты трудоспособности возросло. Соответственно, если учитывать всю совокупность показателей, можно предположить, что наблюдается рост случаев острых и подострых заболеваний без выраженной хронизации.

Как видим, напрашивается вывод о недостаточной эффективности проводимых медицинской службой МВД РФ профилактических при вы-

соком качестве диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Жидкова О. И. Медицинская статистика : учеб. пособие Саратов : Научная книга, 2019. 160 с.
2. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2016 год : стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2016.
3. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2017 год: стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2017.
4. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2018 год : стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2018.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МИНИСТЕРСТВЕ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И. А. Демидова¹, Е. В. Бурделова², Д. М. Ивашиненко²

¹ ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тульской области»

² ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»

Высокая значимость показателей здоровья сотрудников силовых структур предъявляет особые требования к качеству разработки и организации лечебно-профилактических мероприятий медицинской службы МВД РФ. Это связано с тем, что служба в правоохранительных органах всегда была сопряжена с высоким уровнем психоэмоционального стресса, ненормированных нагрузкой и рабочим днём, а также воздействием других разнообразных факторов внешней среды. Профессиональная деятельность осуществляется в условиях соблюдения строгой иерархии, дисциплины, особом организационном построении и широком межличностном общении. Этим она близка к военной службе и несёт в себе высокую социальную и профессиональную ответственность. Стоит отметить, что сотрудники в плановом или экстренном порядке могут оказаться в условиях высокого прямого риска жизни и здоровью, не только соматическо-

му, но и психическому. В связи с этим перед медицинской службой МВД РФ поставлены задачи сохранения и укрепления здоровья прикрепленного контингента не только в плановом порядке, но и при чрезвычайных ситуациях. Максимальная ответственность, исходя из вышесказанного, ложится на стационары, оказывающие плановую и экстренную, лечебную и реабилитационную помощь.

Цель – оценка состояния и эффективности стационарной медицинской помощи в системе МВД РФ.

Исследование было проведено на базе ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тульской области». К основным показателям состояния и эффективности стационарной медицинской помощи в системе МВД РФ были отнесены обеспеченность стационарными койками (на 10 000 человек), число дней работы койки в году, оборот стационарной койки, средняя продолжительность пребывания на койке в стационаре (в днях), летальность в стационаре [1]. Хотелось бы отметить, что при интерпретации данных показателей необходимо учитывать специфику работы медицинской службы МВД РФ [3–5].

Обеспеченность стационарными койками ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тульской области» (на 10 000 человек) в 2016, 2017, 2018 годах составило 21,63; 20,96 и 20,78 соответственно. Число дней работы койки в 2016 г. в среднем было равно 303,81, в 2017 г. – 314,41, в 2017 г. – 325,92. Оборот стационарной койки отражает то, сколько пациентов получили стационарную помощь из расчёта на одну койку. В медико-санитарной части МВД РФ по Тульской области в 2016 г. он был равен 26,47, в 2017 г. – 24,48, в 2018 г. – 25,13. Средняя продолжительность пребывания на койке (в днях) в 2016 г. составила 12,32, в 2017 г. – 12,51, в 2018 г. – 12,31. Летальность в стационаре в 2016 г. – 0,22 %, 2017 г. – 0,05 %, в 2018 г. – 0,04 %.

Стационарная помощь является одним из видов ведомственной медицинской помощи сотрудникам МВД. В её рамках проводится диагностика, лечение, профилактика, реабилитация, санитарное просвещение, подготовка высших и средних медицинских кадров. Отличием стационаров от других структурных подразделений медицинской службы является то, что их пациенты нуждаются в непрерывном круглосуточном медицинском наблюдении, уходе и лечении.

В 2016 и 2017 годах обеспеченность стационарными койками основных профилей по РФ составила 73,2 и 71,8 на 10 000 человек [2]. Этот показатель почти в 1,5 раза превышает таковой в медицинской службе системы МВД РФ за счёт меньшей потребности в гинекологических, педиатрических и гериатрических отделениях, родильных домах, а также отсутствия фтизиатрических, наркологических, психиатрических, стационаров и т. п. [3–5]. За три года отмечено снижение количества стационарных коек. Это может

быть следствием внедрения и развития стационарзамещающих технологий в медицине по всей РФ. Медицинская служба МВД РФ, не являясь полностью автономной от отечественного здравоохранения, по данному показателю отражает схожесть процессов модернизации.

Число дней работы койки в году в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Тульской области» незначительно выше, чем аналогичный показатель по МВД РФ (в 2016 г. – 303,81; в 2017 г. – 306,2, в 2018 г. – 309,29) [3–5]. При этом отмечается увеличение данного показателя, что полностью согласуется со снижением обеспеченности. К аналогичным выводам можно прийти при сравнении показателей оборота стационарной койки в МСЧ МВД РФ по Тульской области, ЦФО и РФ. По данным Минздрава РФ, в 2016 и 2017 гг. он равнялся 28,5 и 28,7, что выше, чем в системе МВД [2]. Существенных различий на уровнях области, округа и страны не выявлено, как и по показателю средней продолжительности пребывания на койке [3–5].

Таким образом, снижение обеспеченности стационарными койками компенсируется повышением числа дней работы койки в году и её оборотом. Вынужденное повышение эффективности повышает требования материально-техническому обеспечению и кадровому составу. Одним из важнейших показателей является летальность. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ в 2016 г. она составила 1,77 ‰, в 2017 г. – 1,8 ‰. Более низкие аналогичные показатели в МВД РФ могут быть связаны с более высоким уровнем здоровья сотрудников, меньшим количеством гериатрических коек и т. д. [3–5]. Специфика системы МВД РФ оказывает существенное влияние на работу стационаров ведомства, в то же время медицинская служба не является автономной и процессы в ней отражают направление развития здравоохранения РФ в целом.

Литература

5. Жидкова О. И. Медицинская статистика : учеб. пособие Саратов : Научная книга, 2019. 160 с.
6. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2016 год : стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2016.
7. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2017 год: стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2017.
8. Основные показатели состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел и деятельности медико-санитарных организаций системы МВД РФ за 2018 год : стат. сб. М. : МВД РФ Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению Управление медицинского обеспечения, 2018.

**СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
САМАРКАНДСКОГО ОБЛАСТНОГО ФИЛИАЛА
РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Ш. Мардонов¹, Ш. Э. Исламов¹, Б. Э. Шербеков², Д. Т. Хайдаров²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт

² Самаркандский областной филиал
Республиканского научного практического центра
судебно-медицинской экспертизы

Во многих странах мира на первом месте среди причин смертности населения стоят сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, болезни органов дыхания, несчастные случаи (травмы, убийства, суицид) и др. [7]. В судебно-медицинской практике различают следующие виды причин наступления смерти: эндогенные (внутренние воздействия), экзогенные (внешние воздействия) и др. [1, 5].

По данным ВОЗ, относительно низкая общая смертность наблюдается в странах Ближнего Востока, где высок удельный вес молодого населения, развита система здравоохранения, высок уровень ВВП на душу населения, а также низкое потребление алкоголя. Противоположная ситуация отмечается в странах Африки с низким уровнем жизни [2, 4].

Так, статистика причин смерти даёт точное представление о той части заболеваемости, которая обуславливает безвозвратные потери. Изучение структуры причин смерти помогает наметить первоочередные меры для борьбы за снижение смертности и удлинение жизни. Статистика смертности не может непосредственно отразить динамику заболеваемости населения, так как увеличение или уменьшение смертности может быть результатом изменений не только в уровнях заболеваемости, но и летальности. При этом причины смерти не отражают большого числа «несмертельных» болезней, ухудшающих самочувствие, вызывающих временную и даже постоянную нетрудоспособность (болезни верхних дыхательных путей, органов зрения, кожи, нервно-психические расстройства). В особенности это касается лиц молодого возраста с низкими показателями смертности и летальности.

В настоящее время исследование смертности населения с изучением структуры и выявлением причин обуславливает выбор эффективных профилактических мероприятий [3, 6, 8].

Цель – установление вида и характера смертности населения по материалам судебно-медицинской экспертизы.

Проведен ретроспективный анализ заключений судебно-медицинской экспертизы трупов за в 2019 год в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы и его районных подразделениях.

В 2019 г. в Самаркандском филиале было исследовано 973 трупов, из них в областном филиале – 452 (46,5 %), Каттакурганском районе – 64 (6,6 %), Иштиханском – 57 (5,9 %), Булунгурском и Пахтачийском – по 53 (5,4 %), Нарпайском – 49 (5,0 %), в Пастдаргомском – 44 (4,5 %), Пай-арыкском и Ургутском – по 41 (4,2 %).

Значительно преобладала смертность вследствие механических повреждений – 475 (48,8 %), механической асфиксии – 248 (25,5 %), заболеваний сердечно-сосудистой системы – 100 (10,3 %).

В структуре смертности от механических повреждений превалировала транспортная травма – 353 (74,3 %), в частности автомобильная – 335 (94,9 %), а также от повреждений, нанесенных тупыми – 86 (18,1 %) и острыми предметами, – 36 (7,6 %). Летальный исход вследствие черепно-мозговой травмы наступил в 115 случаях (24,2 %), из них в результате автомобильной травмы (60 %) и воздействия тупых твердых предметов (25 %).

Среди отравлений – 45 случая (4,6 %) – преобладали отравления угарным газом – 22 (48,9 %), алкоголем – 10 (22,2 %), лекарствами – 4 (8,9 %), кислотами – 3 (6,7 %) и другими веществами – 6 (13,3 %). Наблюдались случаи смерти от воздействия высокой – 28 (2,9 %) и низкой температуры – 8 (0,8 %), электротравмы – 13 (1,3 %).

Из лечебно-профилактических учреждений доставлен 231 труп (23,7 %). В возрастном аспекте было исследовано 61 (6,3 %) трупов несовершеннолетних, из них до 14 лет – 54 (88,5 %), до года – 7 (11,5 %).

Полученные данные свидетельствуют о том, что смертность в Самаркандской области относительно ниже среднереспубликанского показателя, что позволяет утверждать о более благополучной демографической ситуации. В области число смертей от алкогольных отравлений в несколько раз ниже общемировых показателей. Можно предположить, что общая алкогольная компонента смертности (учитывая несчастные случаи, убийства, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, влияние алкоголя на развитие соматических заболеваний) также ниже общемировой. Самаркандская область занимает устойчивую более благополучную позицию и по показателю смертности от внешних причин, вследствие дорожно-транспортных происшествий, убийств. Данные исследования позволяют предположить, что алкоголизация в структуре причин смертности населения Самаркандской области занимает менее значимое место, чем в республике в целом.

Таким образом, в структуре смертности населения Самаркандской области, по данным судебно-медицинской службы, преобладают механическая травма, а также механическая асфиксия и сердечно-сосудистые заболевания, среди механических повреждений – транспортная травма, особенно автомобильная. Все вышесказанное свидетельствует о необходимости проведения профилактических мероприятий в этих направлениях.

Литература

1. Болезни сердца и сосудов : рук-во Европейского общества кардиологов: пер. с англ. / под ред. А. Д. Кэмма, Т. Ф. Люшера, П. В. Серруиса. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Внезапная сердечная смерть у больных ИБС: распространенность, выявляемость и проблемы статистического учета / С. А. Бойцов [и др.] // Российский кардиологический журн. 2011. № 2. С. 59–64.
3. Осипов А. Г., Силкина С. Б., Правдина Е. А. Факторы риска и относительный коронарный риск у лиц молодого возраста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. № 1. С. 41–42.
4. Судебно-медицинская характеристика причин внезапной смерти у лиц молодого возраста / Ю. И. Пиголкин, М. А. Шилова, Е. М. Кильдюшов, Ю. И. Гальчиков // Судебно-медицинская экспертиза. 2016. № 5. С. 4–9.
5. Смоленский А. В., Любина Б. Г. Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность // Теория и практика физической культуры. 2002. № 10. С. 39–42.
6. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С. А. Шальнова [и др.] // Российский кардиологический журн. 2012. № 5(97). С. 6–11.
7. Юдинцева И. В. Причины смерти в Удмуртии за период с 1989 по 2006 гг., региональные особенности // Пробл. экспертизы в медицине. 2008. № 1. С. 34–37.
8. Юдинцева И. В. Судебно-медицинские и социально-гигиенические аспекты причин смерти трудоспособного населения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24 с.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Б. Кобиров¹, У. Ф. Норкулов¹, З. Т. Каххарова², Ш. Э. Исламов¹

¹ Самаркандский государственный медицинский институт

² Ташкентская медицинская академия

Современный мир характеризуется увеличением экзогенных факторов, влияющих на здоровье человека, отмечена повышенная травматизация населения, при этом в структуре механических повреждений выделяется черепно-мозговая травма (ЧМТ) [2], которую наиболее часто

получают в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в основном лица трудоспособного возраста [5,9]. При этом наибольшие трудности как для клиницистов, так и судебно-медицинских экспертов наряду с оценкой тяжести представляет установление давности нанесения ЧМТ [10]. Сложности обуславливаются также и наличием сопутствующих заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др.) [7, 8]. В частности, диагностические ошибки при оказании медицинской помощи являются причиной неправильной судебно-медицинской квалификации вреда, причиненного здоровью человека [3]. Поэтому данные обстоятельства объясняют необходимость совершенствования диагностики ЧМТ [6].

Установление давности нанесения ЧМТ имеет важное значение при расследования преступлений против здоровья и жизни человека, и поэтому правоохранительными органами на разрешении судебно-медицинской экспертизы постоянно ставят этот вопрос [1, 4].

Цель – установление давности ЧМТ по морфологическим изменениям, обусловленным характером кровоизлияний.

Нами проведен ретроспективный анализ проведенных в Самаркандском областном и Ташкентском городском филиалах Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в 2019 году 40 заключений судебно-медицинских экспертиз трупов лиц, погибших в результате ЧМТ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ЧМТ в гендерном аспекте чаще выявлялась у мужчин – 34 (85 %), чем у женщин – 6 (15 %). В возрастном аспекте – чаще у лиц работоспособного возраста (75 %). ЧМТ чаще носила комбинированный характер (67 %), чем сочетанный (24 %) и изолированный (9 %).

Морфологическая характеристика выявленных изменений при ЧМТ проявлялась в основном в виде эпи-, субдуральных и субарахноидальных кровоизлияний.

Эпидуральные гематомы в течение суток протекали в виде жидкой крови со свертками; на 2–3-и сутки – в виде влажного, блестящего свертка крови, который на 4–5-е сутки приобретал темно-красный цвет с буроватым оттенком, становился плотным на ощупь, к концу первой недели – выраженный бурый цвет, плотный на ощупь, к концу второй недели – темно-коричневый цвет, при надавливании крошился; к концу второй-третьей недели вокруг свертка образовывалось более выраженное формирование соединительнотканной капсулы, в дальнейшем рубцовые утолщения твердой мозговой оболочки с произрастаниями в кости черепа.

Субдуральные кровоизлияния в течение суток имели вид жидкой крови с неоформленными мелкими свертками; к концу 2–3-х суток ге-

матомы приобретала вид сформированного темно-красного свертка; к концу первой недели сверток крови становился коричневого цвета; к концу второй – относительно прочно срастался с твердой мозговой оболочкой; через две-три недели начиналось формирование вокруг гематомы капсулы с постепенным её утолщением; к концу месяца толщина наружного листка капсулы может равняться толщине твердой мозговой оболочки, через несколько месяцев приобрести коричневато-серый цвет. Со временем гематомы организуются и медленно рассасываются, но даже через несколько лет после травмы могут сохраняться в виде наслоений на твердой мозговой оболочке.

Субарахноидальные кровоизлияния обычно в виде жидкой крови постепенно заполняют борозды, частично смешиваясь с ликвором, доходят и до цистерн основания головного мозга; в течение недели происходит резорбция крови. При попадании крови в субарахноидальное пространство может развиться асептический менингит. Диффузные субарахноидальные кровоизлияния распространяются по всей поверхности обеих полушарий. В участках коры, подлежащих субарахноидальному кровоизлиянию, можно обнаружить мелкоочаговые кровоизлияния, стаз крови в микрососудах. При массивных или повторных субарахноидальных кровоизлияниях нарушается абсорбция спинномозговой жидкости и может развиться гидроцефалия.

Итак, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что морфологически ЧМТ проявляются в виде эпи-, субдуральных и субарахноидальных кровоизлияний. По характеру их изменений, в частности состояния кровоизлияния, наличия свертка, цвету, организации или рассасыванию, плотности и ряду других признаков, можно определить установленную давность нанесения травмы.

Литература

1. Барыгина А. А. Особенности оценки отдельных видов доказательств в уголовном судопроизводстве: монография. М.: Юрлитинформ, 2013.
2. Морфологическая характеристика черепно-мозговой травмы / И. И. Бахриев [и др.] // Инфекция, иммунитет и фармакология. 2020. № 1. С. 17–21.
3. Гиясов З. А., Исламов Ш. Э. Установление мест допущения дефектов медицинской помощи // Судебная медицина. 2019. № 1. С. 29–32.
4. Колесников А. О. Судебно-медицинская оценка переломов костей свода черепа при ударных воздействиях в зависимости от их анатомических особенностей и характера травмирующего предмета : автореф. ... канд. мед. наук. М., 2002. 24с.
5. Новокшенов А. В., Ластаев Т. В. Черепно-мозговые повреждения у детей при политравме // Новые медицинские технологии. 2015. № 1. С. 23–28.
6. Пермякова Н. В., Долгова О. Б., Кокорин Д. Л. Оптимизация взаимодействия следователей и судебно-медицинских экспертов при расследовании уголовных дел в случаях смерти пострадавших от черепно-мозговой травмы // Вестн. Уральского юридического института МВД России. 2018. № 3. С. 33–41.

7. Черепно-мозговая травма. Механогенез, морфология и судебно-медицинская оценка / Ю. И. Пиголкин, И. А. Дубровин, С. В. Леонов, Д. В. Горностаев. М., 2018. 248 с.
8. Современные аспекты судебно-медицинской диагностики черепно-мозговой травмы / Е. Ю. Пиголкина, Ж. В. Дорошева, Ю. В. Сидорович, А. А. Бычков // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. № 55(1). С. 38–40.
9. Сарсенов Т. К. Судебно-медицинская оценка черепно-мозговой травмы в судебной медицине // Наука и здравоохранение. 2013. № 4. С. 66–68.
10. Травма головного мозга. Вопросы патогенеза и интенсивной терапии контузионных очагов / В. А. Шевчук [и др.] // Бюл. Украинской ассоциации нейрохирургов. Киев, 2001. С. 13–17.

ВЛИЯНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ДВИЖЕНИЯ «РУКА ПОМОЩИ» НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И. А. Машухина¹, Н. П. Лапочкина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Ежегодно в мире выявляется 10 млн больных, которым поставлен диагноз рака. Приблизительно 7,5 млн человек умирают от рака, из которых две трети приходится на развивающиеся страны. Если эту болезнь не лечить, то в следующем десятилетии умрет еще 84 млн человек. Рак является одной из основных причин смерти в мире. Так, в 2018 г. в России заболели 18 млн человек и умерли от этого заболевания 9,6 млн (ВОЗ, 2018). Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в Ивановской области на 22 % превышает среднероссийский показатель. Более того, за последние 10 лет в регионе отмечен его рост на 25 % [1]. Онкологические заболевания, бесспорно, ухудшают качество жизни больных [2–6]. Определенно, психоэмоциональный фон пациентов ИвООД, а в особенности отделения паллиативной помощи, складывается из негативных эмоций, что связано с наличием онкологического заболевания. Повышенный уровень тревоги ухудшает приверженность к лечению, качество жизни, мотивацию к борьбе за жизнь, оптимистичный настрой на положительный исход, в результате удлиняется период восстановления и реабилитации. Болевой синдром, который почти всегда сопровождает онкологическое заболевание, также способствует снижению качества жизни и повышению тревожности [1–7].

Цель – оценить эффективность работы волонтерского движения «Рука помощи» студентов 1–6-го курсов медицинской академии по улучшению психоэмоционального состояния онкологических больных в процессе лечения в условиях стационара.

На базе ИвООД в соответствии со стандартом обследовано 56 пациентов, находящихся на лечении в условиях стационара. В первую группу вошли 28 больных хирургических отделений (ХО), находящихся на этапе пред- или послеоперационного лечения. Во вторую – 28 пациентов радиологического отделения (РО), получавших лучевую терапию. По виду проводимого досуга в каждой группе пациентов разделили на подгруппы: в 1-й 14 пациентов каждой группы занимались лечебной гимнастикой, во 2-й также 14 человек по выбору занимались интеллектуальными играми (шашки, шахматы, нарды, мозаика, лото, викторина). Всем больным было дважды проведено анкетирование для оценки уровня тревожности с помощью теста Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханинана и визуально-аналоговая шкалы боли (ВАШ) до и после занятий. Статистическая обработка полученных результатов выполнена в программе Statistica 7.0. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Пациенты обеих групп находились в состоянии умеренной ситуационной тревожности (СТ) (ХО – $45,37 \pm 0,75$ балла и РО – $43,6 \pm 0,7$ балла). При этом пациенты ХО испытывали достоверно более выраженные болевые ощущения ($5,96 \pm 0,77$ балла) в сравнении с пациентами РО ($3,5 \pm 0,76$ балла; $p < 0,0001$). После занятий лечебной физкультурой уровень боли по ВАШ (6,13 \pm 0,56 балла) и СТ (45,46 \pm 1,63 балла) у больных ХО практически не изменился ($p > 0,05$ для обоих показателей), тогда как после интеллектуальных игр достоверно уменьшились болевые ощущения по ВАШ (4,46 \pm 0,64 балла; $p < 0,01$) и СТ (37,14 \pm 1,97 балла; $p < 0,05$). Поэтому для лиц, находящихся на лечении в ХО, наиболее эффективной в снижении боли и улучшении психоэмоционального состояния оказались интеллектуальные, смысловые игры. После занятий лечебной физкультурой у больных РО уровень боли по ВАШ (2,36 \pm 0,6 балла) достоверно снизился ($p < 0,01$), а СТ (37,93 \pm 1,47 балла) не изменилась ($p > 0,05$), тогда как после участия в интеллектуальных играх достоверно уменьшились болевые ощущения по ВАШ (1,29 \pm 0,76 балла) а уровень СТ (31,64 \pm 0,59 балла) достоверно не изменился ($p < 0,00001$ для обоих показателей). Поэтому для пациентов, находящихся на лечении в РО, для снижения болевых ощущений может быть использована лечебная физкультура, а для улучшения психоэмоционального состояния предпочтительнее применение интеллектуальных, смысловых игр.

Установлено, что работа волонтеров с онкологическим больными является эффективной! Она способствует значительному улучшению психоэмоционального состояния пациентов, причем наиболее эффективными оказались интеллектуальные, смысловые игры по выбору.

Литература

1. Штевнина Ю И., Швырев С. Л., Петрова М. В. Автоматизированная оценка качества жизни больных со злокачественными и доброкачественными за-

- болеваниями молочной железы // Вестн. Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. 2011. № 11. С. 1–11.
2. Исследование качества жизни больных раком молочной железы I–II стадии в процессе органосохраняющего оперативного лечения / В. И. Соловьёв, Е. Н. Сёмкина, А. С. Анохин, Д. В. Нарезкин // Вестн. Смоленской государственной медицинской академии. 2011. Т. 2. С. 92–99.
 3. Расулов С. Р., Хамидов А. К. Качество жизни больных с местнораспространенными и генерализованными формами рака молочной железы в процессе химиотерапии и после непрямого электрохимического окисления крови // Вестн. Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. № 4. С. 16–19.
 4. Козлов В. А. Об актуальных вопросах онкологии в Ивановской области от первого лица [Электронный ресурс]. Режим доступа: // <https://ivonko.ru/82>
 5. Дьяченко В. Г., Сосунгиевна А. О., Коваленко В. Л. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) // Дальневосточный медицинский журн. 2013. Т. 4. С. 134–138.
 6. Наумова В. Я., Краснопорова О. В. Психоэмоциональное состояние женщин с миомой матки // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2019. Т. 24, № 1. С. 59.
 7. Геворкян А. Р. Факторы риска, современные особенности заболеваемости и смертности от рака предстательной железы в г. Москве // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2017. Т. 22, № 1. С. 40–46.

САНАТОРИЙ «ОБОЛСУНОВО»: АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КЛИЕНТОВ

Д. Н. Лялякина¹, И. В. Журавлева¹

¹ ФБГОУ ВО «Ивановский государственный энергетический университет имени В.И. Ленина»

Сегодня конкуренция среди санаториев, деятельность которых направлена на медико-оздоровительные мероприятия, весьма высока. Прочность отношений между санаторием и клиентами обусловлена высокой удовлетворенностью общего числа потребителей. У потребителя есть ряд ожиданий, запросов и требований, исходя из которых, он принимает решение о том, станет ли он клиентом санатория или выберет другой. Удовлетворенность покупателя влияет на его поведение, для компании это важно, ведь это определяет размер будущего дохода.

Цель – изучение удовлетворенности клиентов характеристиками санатория «Оболсуново» и его деятельности.

В 2019 году мы провели маркетинговое исследование в форме социологического опроса с целью изучения имиджа санатория «Оболсуново». Объем выборки составил 50 человек.

Для отбора респондентов использовалась скрининговая техника: опрашивались те, у кого есть опыт посещения санатория. Наиболее по-

пулярные характеристики, используемые для описания числовых переменных – так называемые меры центральной тенденции, в частности, среднее арифметическое.

Мы исследовали удовлетворенность клиентов санатория по методике, разработанной специалистами Фонда «Института экономики и социальной политики». Методика включает в себя расчет общего коэффициента удовлетворенности через совокупные средние значения удовлетворенности каждым критерием в отдельности.

В ходе анализа результатов исследования все факторы распределяются на четыре зоны: I зона характеризуется высокой степенью значимости и низкой степенью удовлетворенности. Это наиболее критическая зона для организации. Для II зоны характерна высокая степень значимости и удовлетворенности. Это благоприятная ситуация для организации. К III зоне относятся критерии с низкой степенью значимости и удовлетворенности, но для клиентов они не важны и на общую удовлетворенность они не влияют. IV зона включает в себя факторы с низкой степенью значимости и высокой степенью удовлетворенности, то есть потребители удовлетворены данными критериями, но они не имеют для них особого значения, поэтому на общую удовлетворенность они никак не влияют.

В I, наиболее критичную зону, попали такие факторы, как «Месторасположение санатория» и «Удобство бронирования и оплаты путёвки». Месторасположение санатория изменить нельзя, только если создать около него инфраструктуру, чтобы посетители ощущали близость к «цивилизации». С характеристикой «Удобство бронирования и оплаты путёвки» можно поработать: например, создать мобильное приложение для сайта или реструктурировать и переработать сам сайт, чтобы упростить задачу бронирования.

Характеристика «Предыдущий личный опыт» лежит в пограничной области между зонами I и III. Это свидетельствует о том, что потенциальные клиенты сомневаются в важности данной характеристики, но для компании она, без сомнения, является значимой, так как от неё зависит, вернется ли клиент ещё раз.

В III зоне расположились показатели «Реклама», «Наличие акций». Удовлетворенность этими критериями средняя, впрочем, и важность их для клиентов невысока. Стоит отметить, что данные требования не могут быть проигнорированы, поэтому стоит обеспечить их выполнение на должном уровне. Во II зону, наиболее благоприятную, попали такие факторы, как «Приемлемая цена», «Уровень обслуживания», «Внимание персонала», «Территория санатория» и «Качество медицинских услуг». Они являются основными факторами, которые влияют на уровень удо-

влетворенности, здесь хорошо отслеживается взаимосвязь между удовлетворенностью клиентов и сервисом санатория.

Таким образом, на основе результатов измерения степени удовлетворенности можно говорить о том, что администрации стоит уделить особое внимание налаживанию инфраструктуры около санатория, а также автоматизации сайта. «Приемлемая цена», «Уровень обслуживания», «Внимание персонала», «Территория санатория» и «Качество медицинских услуг» – вот основные характеристики, которые полностью удовлетворяют клиентов, их стоит поддерживать на должном уровне. Клиенты хорошо оценивают перспективы развития санатория и сервис в целом. Имидж организации формируется не только за счет направленных на это акций и мероприятий. Качество оказываемых услуг, отношение персонала к клиенту и собственной деятельности имеет не менее важное значение для имиджа, чем реклама.

Литература

1. Сидоренко С. В., Тарасова Н. А. Мониторинг как инструмент оценки качества услуг. Технология расчета коэффициента удовлетворенности потребителей с целью корректировки аспектов деятельности учреждений культуры [Электронный ресурс]. Режим доступа: Обращение к документу 17.12.2019.

Секция «РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА

А. А. Изотина¹, Э. К. Даниель¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сосудистые заболевания головного мозга продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой современного общества, что обусловлено их высокой процентной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности [1, 2]. Главная роль в снижении заболеваемости, смертности и инвалидности принадлежит профилактическим мероприятиям, направленным на устранение социальных, бытовых и медицинских факторов риска. В профилактике инсульта многое зависит от самого человека, от того, насколько внимательно он относится к собственному здоровью, какие усилия прилагает для того, чтобы минимизировать влияние факторов риска заболевания [3, 4].

Цель – изучить факторы биологического и социального порядка, определяющие приверженность больных первичной и вторичной профилактике инсульта.

На базе ОБУЗ «ГКБ № 3» г. Иваново в отделении острых нарушений мозгового кровообращения было обследовано 60 пациентов, из них 30 женщин и 30 мужчин (средний возраст мужчин – 70 [63; 73], женщин – 65 [60; 69] лет), перенесших ишемический инсульт. Анкетирование пациентов проводилось с помощью модифицированного опросника Мориски – Грина (MMAS – 4) для оценки приверженности, мотивации и осведомленности пациента о заболевании. В ходе исследования анализировались показатели для определения ведущих факторов риска, влияющих на приверженность к профилактике первичного и повторного инсульта: возраст, пол, наследственность, образование, семейное положение, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий, ожирение), уровень физической активности, вредные привычки (курение, алкоголь). Также проводилась оценка того, как пациент выполняет рекомендации врача: регулярный приём назначенных лекарственных средств, контроль АД, уровня глюкозы в крови,

пульса, регулярные посещения врача. Полученные материалы обработаны с помощью пакета прикладных программ для Windows.2010. Статистическая обработка результатов проводилась методами описательной и сравнительной статистики. Для оценки количественных показателей вычисляли медиану, верхние и нижние квартили и процентное соотношение величин (%).

Анализ показал, что высокую приверженность имели 23 (76,67 %) женщины и 15 (50 %) мужчин; 6 (20 %) женщин и 8 (26,67 %) мужчин были недостаточно привержены, 1 (3,33 %) женщина и 7 (23,33 %) мужчин совершенно не придерживались врачебных назначений, имели плохую осведомленность о собственных заболеваниях. Но среди мужчин и женщин, которые имели высокую приверженность по шкале, только 9 (30 %) женщин и 5 (16,67 %) мужчин соблюдали все врачебные назначения, в том числе регулярно наблюдались в поликлинике и имели высокую мотивацию. Это свидетельствует о включение в шкалу MMAS – 4 дополнительных параметров для более точного выявления приверженности пациентов. Установлено, что 6 (20 %) женщин и 11 (36,67 %) мужчин имели в анамнезе повторный инсульт. По результатам применения опросника MMAS – 4 пациенты были разделены на три группы: 0 баллов – совершенно не привержены, 1–2 балла – недостаточно привержены, 3–4 балла – высокая приверженность. В анамнезе сопутствующих заболеваний имели гипертоническую болезнь 90 %, что является ведущим фактором риска у женщин, из них только 40 % систематически контролировали свое АД; сахарный диабет – 26,7 %, фибрилляцию предсердий (ФП) – 23,3 %, ожирение – 23,3 %, курили 16,7 %. Исследования показали, что у 6,67 % мужчин с сопутствующими заболеваниями имелось ожирение, 76,67 % – курили, что являлось ведущими факторами риска, гипертоническая болезнь диагностирована у 66,67 %, из них 45 % регулярно контролируют свой уровень АД, сахарный диабет установлен у 20 %, ФП – у 16,67 %. Совокупность факторов риска увеличивает вероятность повторных инсультов и осложнений, что требует более активного их выявления. Так, шесть и более факторов риска имели 17 (56,6 %) мужчин и 14 (46,67 %) женщин.

Таким образом, по результатам нашего обследования установлено, что пациенты имели низкий уровень мотивации, самостоятельно прекращали прием лекарственных препаратов или же забывали вовремя осуществить их прием, не контролировали уровень АД и не соблюдали назначенную диету, имели в анамнезе повторный инсульт и низкую приверженность к первичной и вторичной профилактике инсульта. Влияние на низкую приверженность и мотивацию оказали факторы, связанные с заболеванием, с отношением врач – пациент, в том числе доверие к рекомендациям врача, осведомленность о своем заболевании,

пользе терапии и желании повлиять на прогноз заболевания. Без этого сосудистые заболевания и дальше будут приводить к стойкой утрате трудоспособности и повторным сердечно-сосудистым катастрофам. Своевременное выявление и коррекция факторов низкой приверженности позволит повысить эффективность лекарственной терапии, уменьшить частоту повторных сосудистых эпизодов и ускорить процесс восстановления пациента после инсульта.

Литература

1. Эпидемиология инсульта в России / Е. И. Гусев [и др.] // Consilium Medicum. 2005. Vol. 1. P. 5–7.
2. Симоненко В. Б., Широков Е. А. Превентивная кардионеврология. СПб. : Фолиант, 2008.
3. Косивцова О. В. Ведение пациентов в восстановительном периоде инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 4.
4. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения / Е. А. Наумова [и др.] // Инновации в науке. 2012. № 15.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПОСЛЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

*Е. А. Кузнецова¹, В. В. Линьков¹, Е. С. Гаранина¹, Е. А. Салова²,
М. Ю. Точенов², Л. В. Лебедева²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иваново»

Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертельных случаев и инвалидности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6 %, а в течение первого года умирают около 50 % больных, т. е. каждый второй [1]. Повсеместное внедрение в клиническую практику системной тромболитической терапии (СТЛТ) при ишемическом инсульте (ИИ) создаёт оптимальные возможности для снижения числа неблагоприятных исходов данной патологии [2, 4, 5]. СТЛТ – единственный метод специфического лечения ИИ с установленной высокой степенью достоверности, дающий полную физическую независимость в повседневной жизни у одного из десяти пролеченных пациентов [2].

Цель – провести факторный анализ исхода ИИ после СТЛТ.

На базе неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иваново» проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включав-

шее оценку функционального статуса, данных клинических шкал и лабораторных показателей 72 пациентов с ИИ за 2018 год, которым выполнялась СТЛТ. Использовался рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (rt-PA – Actilyse®) в дозе 0,9 мг/кг, 10 % дозы вводилось струйно, остальная доза – через инфузомат в течение 60 минут. Критериями включения в исследование являлись: возраст старше 18 лет, клиническая картина ИИ, время от начала возникновения симптомов ИИ до проведения СТЛТ менее 270 минут, подтвержденный диагноз ИИ по результатам мультиспиральной компьютерной томографии [1]. Исходы заболевания оценивали через 28 дней после дебюта ИИ по модифицированной шкале Рэнкина (mRS). Благоприятным исходом ИИ считали достижение оценки 3 и менее баллов, неблагоприятным – смерть, а также 4 балла и более по mRS. Выраженность неврологических нарушений оценивалась с помощью шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием MS Excel и StatSoft STATISTICA 12.5.192.7. Для количественной оценки данных вычисляли медиану и интерквартильный размах с указанием максимальных и минимальных значений. Сравнение групп пациентов проводилось с помощью непараметрических критериев: критерия Манна – Уитни для сравнения двух независимых признаков, Краскела – Уоллиса – для сравнения трех и более независимых признаков, корреляция Спирмена. Для сравнения номинальных двухуровневых шкал в независимых группах – критерий χ^2 . Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

СТЛТ проведена 37 (51,4 %) мужчинам и 35 (48,6 %) женщинам с ИИ; средний возраст составил 67 [60; 73] лет. Время от начала ИИ до поступления в стационар в среднем составило 120 [90; 150] мин., время от поступления до начала СТЛТ – 30 [20; 40] мин. Преобладало поражение артерий бассейна левой средней мозговой артерии (ЛСМА) – в 32 (44,4 %), в правой СМА – в 22 (30,6 %), в правой внутренней сонной (ПВСА) – в 7 (9,7 %), артерий вертебрально-базиллярной системы – в 7 (9,7 %) случаях. Выписаны из отделения 57 (79 %) человек с благоприятным исходом ИИ (≤ 3 баллов по mRS через 28 дней после ИИ), который был взаимосвязан с менее выраженным неврологическим дефицитом – 9 [7; 13] баллов по шкале NIHSS при поступлении, более ранним началом СТЛТ и уровнем гликемии 5,5 [5,2; 6,3] ммоль/л, несмотря на повышенные показатели артериального давления при поступлении. Неблагоприятный исход ИИ наблюдался в 15 (21 %), из них летальный – в 5 (33,3 %) случаях. Увеличение времени «от двери приемного покоя до иглы» значимо влияло на тяжесть неврологической симптоматики до 18 [12; 20] баллов по NIHSS. Уровень гликемии до 6,4 [5,4; 7,5] ммоль/л, фибрилляция предсердий и гипертоническая болезнь ассоциировались с развити-

ем геморрагической трансформации ИИ в 6 (8,33 %) случаях и тяжёлым клиническим исходом у каждого второго, что не противоречит результатам ранее проведённых исследований [2, 3, 5]. У пациентов с неблагоприятным исходом чаще отмечалось наличие сочетанной афазии, гемиплегии, гомонимной гемианопсии ($p < 0,05$). Летальные исходы наблюдались у больных с гемиплегией, гомонимной гемианопсией и афазией, с оценкой состояния по шкале NIHSS >15 баллов при поступлении.

Итак, с помощью факторного анализа функционального статуса пациентов и лабораторных показателей при ИИ после проведённой системной тромболитической терапии выявлены предикторы неблагоприятного исхода данной патологии. К ним можно отнести превышение суммарного балла более 18 по шкале NIHSS, наличие специфической неврологической симптоматики, поздние сроки начала СТЛТ, а также гипергликемию в сочетании с высоким АД при поступлении.

Литература

1. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемических инсультах / под ред. Е. И. Гусев [и др.]. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 5–34.
2. Клинико-инструментальная характеристика геморрагических трансформаций ишемического инсульта после проведения тромболитической терапии / М. Ю. Точенов, В. В. Линьков, Л. Б. Завалий, И. Е. Мишина // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2012. Т. 17, № 3. С. 63–64.
3. Линьков В. В., Завалий Л. Б., Гаранина Е. С. Инсульт при сахарном диабете II типа: монография. Иваново, 2015. 216 с.
4. Анализ первых результатов проведения тромболитической терапии пациентам с ишемическим инсультом в первичном отделении острых нарушений мозгового кровообращения / В. В. Линьков [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. 2010. № 6. С. 148.
5. Опыт системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте в первичном отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения / М. Ю. Точенов, И. А. Чельшева, В. В. Линьков, Л. Б. Завалий // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2010. Т. 15, № 2. С. 25.

Секция «ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. А. Григорян¹, А. М. Дмитриева¹, Е. В. Пчелинцева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

На сегодняшний день проблема исследования психологической предрасположенности личности к онкологическим заболеваниям остается актуальной и социально значимой во всем мире. Доказано, что психологический фактор играет особую роль в развитии и течении онкопатологии, указывая на её психосоматический аспект и определяя личностные особенности женщин, больных раком молочной железы, их внутреннюю картину болезни [1, 2]. Однако в научной литературе крайне мало данных о разработке и применении комплексных реабилитационных программ помощи лицам с впервые выявленным онкологическим заболеванием, включающих в себя психотерапевтический тренинг, повышающий мотивацию пациентов к лечению.

Цель – апробация реабилитационной программы медико-психологической помощи больным с первично диагностированными онкологическими заболеваниями, основанной на принципах когнитивно-поведенческого подхода.

На базе клиники ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России обследовано 27 женщин с первично диагностированным раком молочной железы (РМЖ). Критерием исключения из исследования было наличие следующих клинических признаков: возраст старше 65 и младше 30 лет; недоступность больных для психологического обследования, негативизм; признаки формального отношения к исследованию; психические расстройства органического генеза, сопровождающиеся снижением когнитивных функций; выраженные расстройства личности; шизофрения; биполярное аффективное расстройство; уровень образования ниже среднего. Средний возраст пациенток составил $54,74 \pm 6,86$ года, минимальный – 32 года, максимальный – 65 лет. Для анализа полученных данных применялся частотный, корреляционный анализ (r – Пирсона), метод сравнения независимых выборок (U -критерий Манна – Уитни). Исследовательская работа состо-

яла из четырех этапов: первый – анкетирование 27 пациенток Ивановского онкологического диспансера с диагнозом «Рак молочной железы», наблюдение, клиническая беседа [3]; второй – изучение отношения пациенток к болезни по модифицированной автором методике «Тип отношения к болезни» (ТОБ), изучение эмоционального состояния больных через определение уровня депрессии и тревоги (Госпитальная шкала уровня тревоги и депрессии (HADS)) [4]; третий – реализация программы реабилитации больных, основанной на принципах когнитивно-поведенческого подхода [5]; четвертый – повторное обследование после проведения разработанного реабилитационного курса.

В результате исследования было выявлено, что 47,5 % пациенток с первично диагностированным РМЖ имели выраженную депрессивную симптоматику, 17,9 % – признаки клинической депрессии. При этом 43,8 % имели повышенный, а 31,3% – высокий уровень тревоги. Средние уровень депрессии и тревоги у пациентов с психосоматическими расстройствами составил $7,75 \pm 3,83$ и $9,43 \pm 3,56$ балла соответственно. Получены данные о том, что высокий уровень тревоги сопровождался отрицательными эмоциями, такими как раздражительность, которая наблюдалась у 50,91 %, депрессия – у 57,3 %, апатия – у 46,4 %, боязнь повторного рецидива – у 73 %.

На основании полученных результатов в ходе исследования был разработан и проведен реабилитационный курс в формате групповой психотерапевтической беседы, после которого при объективном обследовании больных установлено статистически значимое снижение депрессивной симптоматики с 47,5 до 27,5 % и клинической депрессии – с 17,9 до 12,8 %. При этом, если при поступлении у 43,8 % пациенток отмечался повышенный уровень тревоги, то после психотерапевтических мероприятий он сохранялся лишь у 33,8 %. Уровень самооценки эмоционального комфорта у больных с РМЖ и психосоматическими расстройствами составил $43,75 \pm 12,3$ балла, что свидетельствует о когнитивной состоятельности рассуждений, контроле мыслей и поведения в процессе реабилитации, об адекватной самооценке.

Итак, полученные данные подтверждают эффективность комплексной дифференцированной психотерапии в рамках реабилитационного курса больных РМЖ.

Литература

1. Аверьянова С. В. Психосоматические аспекты лечения больных раком молочной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2001. 29 с.
2. Галлиулина С. Д. Личностные реакции женщин на заболевание раком молочной железы // Тюменский мед. журн. 2002. № 2. С. 10–15
3. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях / Л. И. Вассерман, Б. В.

Иовлев, Е. Р. Исаева, Е. А. Трифонова. СПб. : Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. 36 с.

4. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М. : Медицина, 1977. 112 с.
5. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения. Кострома : Авантитул, 2004. 344 с.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОНКОПРОФИЛАКТИКЕ

*Е. И. Липовцева¹, Е. В. Григорьева¹, Т. М. Задорожная¹,
А. Д. Глухова¹, А. В. Бузлама¹*

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет»
имени Н. Н. Бурденко Минздрава России

Прогрессирующий рост заболеваемости и смертности населения от многих злокачественных новообразований во многих регионах Российской Федерации, в том числе и Воронежской области, делает актуальной проблему поиска причинных факторов для принятия управленческих решений по улучшению онкоситуации в регионе [1]. Поиск причинно-следственных связей важен для всех хронических заболеваний, так как помогает сделать правильный выбор рационального лечения и профилактики [2–4]. Экологический подход к онкопрофилактике является одним из наиболее действенных направлений повышения оперативности управления злокачественными новообразованиями.

Цель – анализ онкологической ситуации в Воронежской области и определение факторов и территорий риска.

Анализ онкологической ситуации в Воронежской области проводился на основе изучения и обобщения данных отчётных форм ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

Изучение онкологической ситуации показало, что в Воронежской области сохраняется стабильно высокая заболеваемость злокачественными образованиями. Показатель первичной заболеваемости в 2017 году вырос на 5,5 % относительно 2015 года и составил 416,12 на 100 тыс. населения (2015 г. – 394,48, 2016 г. – 390,83). Увеличилась заболеваемость злокачественными новообразованиями, ассоциированными с факторами среды обитания, в частности опухолями трахеи, бронхов, лёгкого на 2,3 %, желудка – на 0,7 %, кожи – на 15,6 %, лейкомиями – на 5,3 %. Продолжилось снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы – на 21,4 %

Сопряжённый статистический анализ взаимосвязи онкологической и экологической ситуации в Воронежской области позволяет выделить некоторые факторы среды, которые могут влиять на распространение

злокачественных новообразований среди населения. В настоящее время к основным онкогенным факторам риска относятся:

а) природные и геоэкологические: биоклиматическая комфортность термических условий в зимние и летние месяцы; естественная способность атмосферы к самоочищению; чистота подземных водоносных горизонтов; высота местности; баланс йода, молибдена, бария, титана в почве;

б) социально-экономические: большие объёмы выбросов окиси углерода и углеводородов в атмосферу предприятиями области; размеры площадей авиахимобработки (десикация подсолнечника) в хозяйствах районов; густота сети ЛЭП и автодорог;

в) медико-санитарные: санитарно-химические показатели качества пищевых (мясо-молочных) продуктов; низкое кадровое обеспечение районной онкослужбы.

Оценка онкоэкологической ситуации по указанным параметрам позволяет провести ранжирование районов области по уровню онкоэкологического благополучия.

Таким образом, наиболее неблагоприятная онкоэкологическая ситуация наблюдается в Семилукском районе, где основными экологическими факторами риска являются: большие объёмы атмосферных выбросов, радиационное загрязнение, избыток бария в почве, максимальная густота дорог и плотность электроподстанций 35 кВ, загрязнённые подземные водоносные горизонты; Нижнедевицкий и Хохольский районы, в которых в качестве основных экологических факторов риска выделяют: радиационное загрязнение (более 47 % площади), интенсивное авиахимопыление, избыток бария в почве, низкая комфортность природных условий. Наименьший уровень онкогенных факторов риска экологического характера выявлен в Верхнемамонском, Кантемировском, Новохопёрском, Павловском и Поворинском районах, которые характеризуются высокой комфортностью природных условий, умеренными химизацией и сельскохозяйственным освоением.

Литература

1. Особенности эпидемиологии злокачественных новообразований / С. П. Шукелайть [и др.] // Хирургия и онкология: эксперимент и клиника : сб. науч. тр. и матер. Науч.-практ. конф. с междунар. участием «Эксперимент в хирургии и онкологии». Курск, 2019. С. 51–53.
2. Здоровьесберегающие технологии в школе / П. С. Русинов, М. А. Шульга, О. А. Панина, С. А. Леднёв // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения : сб. тр. 2-й Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. А. С. Симаходского, В. П. Новиковой, М. Ф. Ипполитовой. СПб., 2018. С. 204–212

3. Изучение факторов риска и оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний среди различных групп населения / П. А. Шелякина, А. В. Волков, Ю. В. Малеев, О. А. Панина // XX Всероссийская студенческая научно-практическая конференция Нижневартовского государственного университета : сб. ст. / отв. ред. А. В. Коричко. Нижневартовск, 2018. С. 47–49.
4. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов / П. А. Шелякина, А. Р. Маргарян, В. С. Сергеева, О. А. Панина // Молодежный инновационный вестн. 2018. Т. 7, № 51. С. 101–102

ТАМОКСИФЕН-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

М. Р. Асалиева¹, А. В. Смирнова¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В. Н. Городкова»
Минздрава России

Рак молочной железы (РМЖ) относится к наиболее распространенным злокачественным опухолям в мире и входит в первую пятерку причин смерти лиц с онкологическими заболеваниями. РМЖ относится к гормонзависимым нозологиям, в комбинированную программу лечения которых включена гормональная терапия. Тамоксифен и ингибиторы ароматазы сегодня широко используются [1]. Тамоксифен относится к селективным модуляторам эстрогеновых рецепторов, и в основе его механизма лежит эстрогеноподобное действие, которое способствует развитию гиперплазии базального слоя эндометрия и, соответственно, увеличению его толщины [2, 3].

Цель – выявить структуру тамоксифен-ассоциированной патологии эндометрия. Сравнить по данным УЗИ изменения в эндометрии, ассоциированные с приемом тамоксифена, и патологию эндометрия у женщин, не осуществляющих приём данного препарата и находящихся в постменопаузе.

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства, гинекологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. Критерием включения в исследование являлись пациенты 1-го гинекологического отделения, поступающие на обследование в связи с различными патологическими вариантами значения М-эхо по УЗИ в постменопаузе, принимающие и не принимающие тамоксифен. В основу работы положен ретроспективный анализ историй болезни 30 женщин, проходивших обследование в гинекологическом отделении ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России с изменёнными данными М-эхо по УЗИ в связи с приемом тамоксифена. Контрольную группу составили пациентки с превышением М-эхо

по УЗИ без приема тамоксифена. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Excel».

Средний возраст женщин первой и второй групп не имел существенных различий и в среднем составил $62,38 \pm 2,92$ года.

В ходе исследования установлено, что 93,9 % женщин, осуществляющих приём тамоксифена, не предъявляли активных жалоб. Среднее значение М-эхо у данного контингента – $13,8 \pm 4,3$ мм.

У 70,1 % пациенток, не принимавших тамоксифена и не предъявлявших активных жалоб, среднее значение М-эхо составил $10,2 \pm 2,2$ мм. У 6,1 % женщин основной группы с жалобами на кровянистые выделения этот показатель составил $15,4 \pm 1,3$ мм. По данным гистологического исследования выявлено, что у 37 % женщин, осуществляющих приём тамоксифена, наблюдаются изменения в эндометрии в виде железисто-фиброзных полипов, что согласуется с данными научной литературы [1].

Частота встречаемости злокачественных трансформаций в эндометрии у женщин основной и контрольной групп составила 4,6 и 4,1 % соответственно.

Среди сопутствующей экстрагенитальной патологии ведущее место в обеих группах занимали: гипертоническая болезнь (у 80 и 62 %), ожирение (у 45 и 37 %) и сахарный диабет 2 типа (у 10 и 18 %).

Следовательно, структура патологии эндометрия не имеет достоверных и значимых различий у женщин со структурными изменениями эндометрия, принимающих и непринимających тамоксифен. Нами установлено, что ведущее место среди патологии эндометрия на фоне приёма тамоксифена занимают железисто-фиброзные полипы эндометрия. Частота рака эндометрия у женщин, находящихся на лечении тамоксифеном, составляет 4,6 %, что сопоставимо с данными контрольной группы. Полученные данные свидетельствуют о том, что возникновение тамоксифен-индуцированных изменений эндометрия без атипии не должно быть поводом для прекращения лечения данным препаратом, поскольку его положительное влияние на течение РМЖ значительно превышает риск развития рака эндометрия [4].

Литература

1. Обоснованные подходы к диагностике и лечению тамоксифен-индуцированных состояний эндометрия у больных раком молочной железы / А. Э. Протасова [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. 2018. № 6. С. 70.
2. Мельникова Н. С., Козлова О. В., Ларионов О. В. Ультразвуковая, гистероскопическая и гистологическая оценка эндометрия у женщин, получающих тамоксифен по поводу рака молочной железы. М., 2013. С. 97–98.

3. Тамоксифен-индуцированная патология эндометрия / А. С. Подгорная [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2018. № 2. С. 105–107.
4. Портной С. М., Шендрикова Т. А. Адъювантная гормонотерапия рака молочной железы длительностью 10 лет: за и против // Опухоли женской репродуктивной системы. 2013. № 3-4. С. 50–53.
5. Стражев С. В. Необходимость специфической реабилитации больных раком молочной железы, получающих антиэстрогенную терапию // Вестн. восстановительной медицины. 2010. № 4. С. 69.

ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

И. М. Мищенко¹, Э. Э. Вартамян¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Колоректальный рак (КРР) является третьим по распространенности онкологическим заболеванием среди мужчин и вторым среди женщин. В 2018 году в мире установлено 1 096 601 новых случаев рака ободочной кишки (РОК) и 704 376 случаев рака прямой кишки (РПК) [1]. В России распространенность злокачественных новообразований (ЗНО) толстой кишки на 100 тыс. населения выросла за последние 10 лет с 97,5 до 149,6 случаев для ободочной и с 77,7 до 111,6 – для прямой кишки и ануса. По результатам 2015 года, число больных в возрасте моложе 50 лет с впервые выявленным РОК составил 6,8 % случаев, а с РПК – 8,0 % [3]. Факторы риска заболеваемости КРР: наличие в анамнезе полипов ободочной и прямой кишки, рак толстой кишки у родственников I степени родства моложе 60 лет, воспалительные заболевания кишечника [4]. Малигнизация полипов происходит в сроки от 5 до 10 лет [5]. Аденоматозные полипы толстой кишки в течение нескольких лет могут превращаться в рак путем последовательной трансформации, обусловленной генетическими абберациями, при этом процесс малигнизации остается незамеченным из-за отсутствия специфической клинической картины заболевания [6]. Выделяют три гистологических типа колоректальных аденом: тубулярный, тубуло-ворсинчатый, ворсинчатый. Индекс малигнизации последних – от 41 до 90 % [7]. Существует особый гистологический тип – зубчатая аденома. Частой причиной развития КРР являются латерально распространяющиеся опухоли (LST) [9]. Среди больных, которым во время колоноскопии были удалены аденомы, лишь у 0,3–0,9 % КРР развивался в ближайшие 3–5 лет после исследования [8]. Таким образом, раннее выявление новообразований толстой кишки, своевременная диагностика и лечение воспалительных заболе-

ваний являются залогом успеха в борьбе с КРР. На сегодняшний день в России не существует единой общепринятой скрининговой программы КРР. Наиболее информативными методами, позволяющими визуализировать слизистую оболочку толстой кишки, определить размеры, локализацию, макроскопический тип новообразований, получить материал для гистологического анализа, являются колоно- и сигмоскопия. Однако их проведение рекомендовано лишь в рамках 2-го этапа диспансеризации по направлению хирурга или колопроктолога. Все новообразования характеризуются даже минимальным кровотечением. Так, 74 % аденом большого размера (≥ 10 мм) не сопровождаются кровотечением [2]. Таким образом, получив отрицательный результат анализа на скрытую кровь, пациент далее не обследуется, упуская время для лечения предраковых состояний. Решить проблему раннего выявления предраковых состояний толстой кишки и снижения заболеваемости КРР могло быть включение эндоскопических методов исследования в программу первичной диспансеризации населения.

Цель – проанализировать частоту возникновения полипов толстой кишки в различных возрастных группах в зависимости от их локализации для выявления группы риска малигнизации новообразований и определить оптимальные сроки проведения колоноскопии с целью профилактики развития КРР.

Исследование было выполнено на базе КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону. Проведен анализ амбулаторных истории болезни и результатов колоноскопий (КС), выполненных 292 пациентам в возрасте от 19 до 87 лет. Больные разделены на семь возрастных групп с интервалом в 10 лет. В каждой группе проанализированы жалобы, характер выявленной патологии, локализация и морфология обнаруженных неоплазий. Статистическая обработка выполнена в программном обеспечении MS Excel. Взаимосвязь между возрастом пациентов и результатами исследований оценивалась при помощи критерия Пирсона χ^2 (при $df = 6$, $p < 0,001$).

Обследовано 114 мужчин (39 %) и 178 женщин (61 %). Жалобы пациентов I группы (до 30 лет) в основном обусловлены колитом. У 35,8 % обследованных II группы были обнаружены полипы, 70 % которых составляли тубулярные и зубчатые аденомы. Запоздалое выявление этих новообразований может привести к их озлокачествлению. С увеличением возраста отмечен рост частоты возникновения неоплазий. В III группе 45 % пациентов имели полипы. В 68,9 % случаев это были тубулярные и зубчатые аденомы. Учитывая преимущественную локализацию образований в сигмовидной кишке, всем пациентам до 50 лет оправдано выполнение ректосигмоскопии в рамках диспансеризации. Пик выявляемости неоплазий приходится на возраст от 50 до 70 лет (IV, V группы).

В этих группах число пациентов, имеющих новообразования, доходило до 65,2 %, потенциально опасные составляли 53–59 %. От 2 до 4,5 % пациентов имели злокачественные новообразования (ЗНО). Рост распространенности ЗНО отмечен после 70 лет (9,5 %). Учитывая длительность процесса озлокачествления, всем пациентам старше 50 лет целесообразно рекомендовать выполнение КС. Рецидивы полипов в сроки от одного года до 7 лет зарегистрированы у 20 пациентов, что составило 41,6 % от числа обследованных повторно. Эти лица входят в группу повышенного риска по развитию ЗНО и должны регулярно выполнять КС. Таким образом, среди мероприятий, направленных на профилактику развития КРР, КС занимает ведущее место.

Как видим, колоноскопия является ведущим методом обследования в деле профилактики ЗНО толстой кишки. Повышение онкологической настороженности в отношении пациентов 30–40 лет позволит своевременно назначить эндоскопическое обследование, выявить и удалить новообразование, не допустив его озлокачествления. Всем лицам от 30 до 50 лет в рамках диспансеризации необходимо проводить ректосигмоскопию, сделав это исследование к таким же обязательным, как флюоро-, электрокардио- и маммография. Всем пациентам старше 50 лет необходимо рекомендовать выполнение ВКС. Больные с рецидивирующими неоплазиями кишечника должны выполнять ВКС на регулярной основе в плановом порядке.

Литература

1. CA CANCER J. CLIN. 2018. № 0. P. 1–31
2. Harms, benefist and costs of fecal immunochemical testing versus guaiac fecal occult blood testing for colorectal cancer screening / S. L. Goede [et al.] / PLoS One. 2017 Vol. 12(3).
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. М., 2015. 250 с.
4. Петрова В. П., Орлова Р. В., Кащенко В. А. Рак ободочной кишки: практ. рекомендации. 2-е изд. СПб., 2014.
5. Парфенов А. И. На пути к снижению распространенности колоректального рака в Москве: от пилотного исследования к скринингу // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. 2014. № 3. С. 3–5.
6. Flat-elevated and depressed, subtypes of early colorectal cancers, should be distinguished by their pathological features / M. Sakashita [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. 2014. Vol. 15. P. 275–281.
7. Якутин В. С., Савченко Ю. П., Зозуля М. В. Значение колоноскопии в профилактике и ранней диагностике колоректального рака // Вестн. Смоленской государственной медицинской академии. 2003. № 2. С. 82–85.
8. Who needs colonoscopy to identify colorectal cancer? Bowel symptoms do not add substantially to age and other medical history / B.-A. Adelstein [et al.] // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2014. Vol. 32, № 2. P. 270–281.

9. Lambert R., Tanaka S. Laterally spreading tumors in the colon and rectum // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2014. № 24(10). P. 1123–1134.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПАХ

В. Р. Читая¹, О. Ю. Киселева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

С каждым годом медицинские технологии продолжают развиваться. Применение эндовидеохирургических вмешательств находит себя практически во всех областях оперативной медицины. Лапароскопический доступ сегодня всё чаще используется онкологами, в том числе и в онкогинекологии [1, 2]. Многие годы спорным и дискуссионным оставался вопрос о его целесообразности и безопасности. По сей день остаётся актуальным, как влияет выбор доступа на течение раннего послеоперационного периода и заболевания [2].

Цель – сравнить течение раннего послеоперационного периода, объективные показатели и субъективные ощущения у женщин с раком тела матки (РТМ) при различных оперативных доступах.

На базе ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» было обследовано 49 женщин с РТМ в возрасте от 31 до 80 лет (средний возраст – $60 \pm 0,2$ года). Всем пациенткам было проведено хирургическое лечение. Оперированные были разделены на две группы по принципу оперативного доступа: 1-я группа – лапароскопический, 2-я – лапаротомический доступ. Всем женщинам проведено общеклиническое обследование, анализировались антропометрические, социальные показатели, наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии, состояние репродуктивной и менструальной функции, лабораторные показатели, оценены длительность оперативного вмешательства, кровопотеря, послеоперационное обезболивание. Самостоятельно был разработан опросник-анкета, который предлагался пациенткам для оценки субъективных ощущений в ранний послеоперационный период.

Было выявлено, что большее число женщин имели возраст 56–60 лет. И в той, и в другой группе преобладали жительницы городов. Средний рост и вес пациенток обеих групп отличался незначительно (160 и 158 см, 88 и 85 кг), причем преобладали женщины с избыточной массой тела. Жалобами, послужившими причиной обращения к гинекологу, и в той, и в другой группе чаще были мажущие кровянистые выделения в

постменопаузе. Всем женщинам диагноз РТМ был установлен по результатам гистологического обследования соскоба из полости матки. Практически все пациентки обеих групп находились в постменопаузе; увеличения частоты встречаемости патологии в зависимости от длительности менопаузы выявлено не было. Не найдено также зависимости между количеством беременностей, реализацией репродуктивной функции, числом аборт и частотой встречаемости заболевания. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицают 34 % женщин. Самой частой гинекологической патологией в обеих группах стала миома матки (16,07 %). Из экстрагенитальной патологии ведущие места занимали: гипертоническая болезнь (82,14 % – в 1-й группе и 52 % – во 2-й), гипертрофия левого желудочка (у 57 % женщин 1-й группы), ожирение (у 38 % – во 2-й и у 35,71 % – в 1-й). Стоит заметить, что цифры АД у пациенток после операции зависели от наличия экстрагенитальной патологии; влияния на него вида оперативного доступа выявлено не было. Операции в анамнезе у преобладающего числа женщин отсутствовали. Температура тела в обеих группах после операции была нормальной.

При настоящем оперативном вмешательстве в случае лапароскопического доступа (1-я группа) длительность операции была в 1,5 раза меньше, нежели при лапаротомии (2-я группа). Кровопотеря во 2-й группе оказалась в 3 раза больше, чем в 1-й. В первые сутки после операции в обеих группах общее состояние всех женщин было средней тяжести. К третьим суткам у 90 % пациенток 1-й группы общее состояние стало удовлетворительным, тогда как во 2-й этот показатель достиг лишь 70 %. Обезболивающих препаратов, как наркотических, так и ненаркотических, в 1-й группе потребовалось значительно меньше. Регенерация тканей дольше протекала у лиц 2-й группы, что в некоторых случаях могло препятствовать своевременному началу лучевой терапии.

Уже в первые сутки после операции 50 % женщин 1-й группы оценили боль как незначительную, а 35 % отметили, что болевые ощущения их не беспокоят, присутствует лишь лёгкий дискомфорт. Число пациенток, которые не испытывали боли, прогрессивно увеличивалось и на четвертые сутки их было 90 %. Во 2-й группе в первый день болевые ощущения 40 % женщин оценили как сильные или значительные, и к четвёртым суткам лишь у половины больных отсутствовали болевые ощущения; при этом была отмечена тенденция к увеличению жалоб на вторые и третьи сутки после операции, что, вероятно, связано с постепенным переходом на другие виды анальгетиков. Слабость и головокружение в первые двое суток по интенсивности были одинаковы в обеих группах, с третьих суток в 1-й группе они быстро уменьшались. Установлено, что активизация пациенток также происходила раньше при лапароскопическом доступе.

Таким образом, удалось установить, что лапароскопический доступ способствует более благоприятному течению послеоперационного периода у больных РТМ и при отсутствии противопоказаний может быть шире рекомендован к внедрению в практику гинеколога-онколога.

Литература

1. Нечушкина В. М., Морхов К. Ю., Кузнецов В. В. Эволюция лечения рака тела матки // Злокачественные опухоли. 2016. № 4, спецвып. 1. С. 92–98.
2. Лапароскопическая хирургия в лечении рака эндометрия / И. В. Берлев [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. 2017. Т. 13, № 3. С. 73–81.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ НА МОДЕЛИ АСЦИТНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У КРЫС

И. В. Вerveкин¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Минздрава России

Карциноматоз брюшины (КБ) – имплантационное метастазирование злокачественных новообразований (ЗНО) желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального происхождения. КБ развивается не менее чем у 20–30 % больных со ЗНО органов брюшной полости. Из них доля рака поджелудочной железы составляет 40 %, рака желудка – 30 %, колоректального рака – до 10 %. Достаточно большой удельный вес занимают ЗНО женских половых органов, а именно яичников. Имеются данные, что на момент постановки диагноза ЗНО яичников КБ уже развился у 60–75 % пациенток. Лечение КБ является достаточно сложной проблемой. Системная химиотерапия в этом случае является малоэффективной. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а пятилетняя выживаемость составляет 10 %. В последнее время стандартом лечения стало проведение циторедуктивных операций совместно с методикой внутрибрюшинной химиогипертермической перфузии (НІРЕС). Для достижения оптимального результата необходимо учитывать гистологическую картину, степень перитонеального метастатического индекса (PCI), проведение неоадъювантной химиотерапии перед хирургическим лечением. Современные исследования эффективности данной методики демонстрируют медиану выживаемости от 14,6 до 20 месяцев, а пятилетнюю выживаемость на уровне 24 %.

Цель – разработка, оценка эффективности и безопасности новых методов внутрибрюшного химиоперфузионного лечения КБ на примере асцитной опухоли яичника (ОЯ) у крыс.

Исследование проведено на базе Научно-исследовательского института ПСПБГМУ на 60 крысах-самках линии Вистар. Для эксперимента отбирались животные в возрасте 2,5–3 месяца с массой тела 300–370 г. Использован штамм ОЯ, полученный из НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Штамм ОЯ постоянно перевивали внутрибрюшинно нескольким крысам. После предварительного пассажа на 7-й день после внутрибрюшинной перевивки ОЯ от одной крысы забирали асцит и перевивали здоровым крысам внутрибрюшинно. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались на три группы: 1-я (n = 24) – НИРЕС с цисплатином по открытой методике 16 мг/кг; 2-я (n = 26) – НИРЕС с цисплатином по закрытой методике 20 мг/кг; 3-я (n = 10) – контрольная группа. Технология закрытой методики: у крысы под общей анестезией формируется два разреза брюшной стенки: в первый (5–6 мм) помещается катетер для притока перфузата и термометр, во второй (6–8 мм) – катетер для оттока перфузата. Технология закрытой техники: производилась срединная лапаротомия 2–2,5 см, устанавливался и герметично подшивался к краям раны специальный эспандер, по сторонам от него устанавливались дренажи. Химиоперфузия проводилась в течение часа при температуре 40°C. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, масса тела крыс в течение 14 дней после операции. Конечной точкой исследования была выживаемость. Крысы, прожившие 60 дней и более без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Впервые осуществлено прямое сравнение результатов закрытой и открытой методик. Показано, что частота послеоперационных осложнений и токсичность лечения достоверно не различалась для обеих методик. Медиана выживаемости крыс после открытой методики превышала медиану выживаемости после закрытой (53 и 25 дней соответственно), несмотря на более низкую дозу цисплатина. Кроме того в 1-й группе 3 крысы остались живы после 60-го дня.

По данным проведенного исследования было доказано, что открытая методика НИРЕС в лечении КБ имеет большую эффективность по сравнению с закрытой. Также была продемонстрирована одинаковая токсичность методик. Таким образом, открытый метод можно рекомендовать для лечения КБ у человека как более эффективный. Экспериментальная технология НИРЕС КБ может применяться для доклинических исследований различных противоопухолевых препаратов. Внедрение полученных в ходе эксперимента результатов в клиническую практику

может расширить возможности лечения КБ и повысить продолжительность и качество жизни пациентов.

Литература

1. Беляев А. М., Багненко С. Ф., Рухляда Н. В. Внутрибрюшинная химиотерапия злокачественных опухолей брюшной полости. СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2007. 254 с.
2. Погосянц Е. Е., Пригожина Е. Л., Еголина Н. А. Перевиваемая опухоль яичника крысы // Вопр. онкологии. 1962. № 11. С. 29–36.
3. Peritoneal carcinomatosis treated with cytoreductive surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) for advanced ovarian carcinoma: a French multicenter retrospective cohort study of 566 patients // N. Bakrin [et al.] // Eur. J. Surg. Oncol. 2013. Vol. 39. P. 1435–1443.
4. De Bree E., Tsiftsis D. D. Experimental and pharmacokinetic studies in intraperitoneal chemotherapy: From laboratory bench to bedside // Recent Results Cancer Res. 2007. Vol. 169. P. 53–73.
5. De Bree E., Tsiftsis D. D. Principles of perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis // Recent Results Cancer Res. 2007. Vol. 169. P. 39–51.
6. Gremonprez F., Willaert W., Ceelen W. Intraperitoneal chemotherapy (IPC) for peritoneal carcinomatosis: review of animal models // J. Surg. Oncol. 2014. Vol. 109. P. 110–116.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Н. С. Лыкова¹, Н. П. Лапочкина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Рак шейки матки (РШМ) на сегодняшний день является одним из самых распространенных онкозаболеваний женской репродуктивной системы и остается актуальной проблемой онкологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется порядка 530 тыс. новых случаев заболевания РШМ и около 270 тыс. пациенток умирают от этого заболевания. По данным Всемирной статистической службы GLOBOCAN, РШМ занимает 4-е место в структуре злокачественных новообразований, уступая раку молочной железы, колоректальному раку и раку легких, и, по прогнозам данной службы, к 2050 г. заболеваемость РШМ увеличится на 50 %, достигнув более 1 млн новых случаев в год. В России заболеваемость РШМ в течение последних 20 лет остается на уровне 5,3 %, занимая 2-е место среди онкогинекологической патологии [1–4].

Цель – оценить эффективность лечения больных РШМ II и III стадий.

Выполнен ретроспективный анализ 218 историй болезни больных РШМ II и III стадий, прошедших обследование и лечение на базе ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» за период 2013–2014 гг. Средний возраст заболевших РШМ составил $52,38 \pm 0,39$ года. В 1-ю группу вошли 129 пациенток со II стадией, во 2-ю (группа сравнения) – 89 лиц с III стадией РШМ. Статистическая обработка проводилась при помощи программного пакета Statistica 10.0 («StatSoft Ink», США). Различия между величинами считали достоверными при значении ($p < 0,05$).

Среди больных РШМ преобладали жительницы города (II ст. – 67,44 % против III ст. – 76,4 %) над сельским населением (32,56 против 23,6 %) ($p < 0,05$ для обеих групп). Достоверно чаще активно диагностировали РШМ II стадии, нежели III – 34,11 против 10,1 % ($p < 0,01$). Уровень диагностики РШМ в г. Иваново в 2014 г. был ниже (ранняя – 64,9 %; поздняя – 29,9 %), чем в целом по РФ (ранняя – 66,7 %; поздняя – 30,9 %). Но к 2018 г. значительно вырос как в Иваново (73,2 %), так и в РФ (71,2 %). Соответственно произошло значительное снижение уровня запущенной диагностики РШМ в Иваново (26,4 %) и РФ (28,4 %). РШМ достоверно чаще диагностировали при проведении профилактического осмотра – 20,16 % (РШМ II стадии) против 5,6 % (РШМ III стадии) ($p < 0,001$), чем в смотровом кабинете – 13,95 % при II стадии против 4,5 % при III стадии. Активное выявление РШМ за период с 2013 по 2018 гг. значительно выросло как в РФ (30,1 и 45,7 %), так и в Ивановской области (23,1 и 47,6 %). Выявление РШМ путем самостоятельного обращения в медицинские учреждения составило 65,89 % ($p < 0,001$) при II стадии и 89,9 % ($p < 0,001$) при III стадии заболевания. Больным обеих групп проведено сочетанное лучевое лечение. Достоверно выше пятилетняя выживаемость наблюдалась в 1-й группе (83,95 %), чем в группе сравнения – 46,15 % ($p < 0,001$). Пятилетняя выживаемость больных была достоверно выше у больных со II (76,19 %) в сравнении с III (4,76 %) стадией РШМ ($p < 0,001$). В Ивановской области пятилетняя выживаемость составила в 2013 г. – 59,6 % и 58,5 % – в РФ, а в 2018 г. выросла до 62,4 % в Иваново и до 60,9 % в РФ. Летальность на первом году после диагностики РШМ была достоверно выше в группе с III стадией заболевания (19,5 против 54,55 %; $p < 0,001$). Средний возраст умерших вследствие РШМ больных составил $52,32 \pm 0,37$ года. Летальность на первом году в 2013 г. в РФ составила 7,4 %, в Иваново – 6,7 %, а в 2018 г. – 5,8 и 4,5 % соответственно.

Выводы. 1. Установлено, что среди больных РШМ II и III стадий преобладают жительницы города, что свидетельствует о низком охвате трудоспособного населения профилактическими осмотрами. 2. Для более активного выявления РШМ в Иваново (в 2013 г. – 23,1 %, в 2018 г. – 47,6 %) необходимо уделить внимание развитию следующих направлений: информирование населения о здоровом образе жизни, необходимо-

сти регулярного прохождения профилактического осмотра и оформления паспорта здоровья (радио, телевидение, смс); налаживание деятельности смотровых кабинетов, ФАП; правильный забор материала (цервикальный скрининг). 3. Пятилетняя выживаемость больных РШМ зависит от ранней диагностики заболевания и своевременного лечения (II стадия – 76,19 %; III – 4,76 %; $p < 0,001$).

Литература

1. Особенности костных изменений у больных репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения / Л. В. Покуль, И. Д. Евтушенко, Л. А. Коломиец, Н. А. Чугунова // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2011. Т. 16, № 2 С. 25-26
2. Сравнительная оценка модификаций различных методов лучевой терапии у больных раком шейки матки / В. П. Гордиенко, В. В. Миргородская, Н. Б. Камышова, О. А. Мажарова // Бюл. физиологии и патологии дыхания. 2018. № 68.
3. Оценка эффективности неoadъювантной дозоинтенсивной платиносодержащей химиотерапии в комбинированном лечении местнораспространенного рака шейки матки / О. А. Смирнова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. 2019. Т. 14, № 4. С. 56–64.
4. Результаты комбинированного лечения рака шейки матки IIA–IIIB стадий / Д. К. Р. Сантьяго [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. 2019. Т. 14, №. 4. С. 50–55.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМЫ У ПАЦИЕНТОК ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

М. С. Малкова¹, К. А. Блинова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Злокачественные новообразования (ЗНО) сегодня являются одной из наиболее значимых проблем здравоохранения во всем мире. Причиной каждого седьмого смертельного случая становится рак, от этого заболевания умирают больше людей, чем от СПИДа, туберкулеза и малярии и других смертельно опасных заболеваний [1, 3]. В структуре заболеваемости населения России ЗНО кожи занимают ведущее место, а показатели инцидентности имеют тенденцию к росту. [3] Меланома имеет агрессивное течение, средняя пятилетняя выживаемость составляет 18 % на поздних стадиях развития опухоли и медиана продолжительности жизни – 7,8 месяца. [2, 4, 5] Считается, что развитие этой опухоли является главной причиной смерти больных с онкопатологией кожи. Среднегодовой темп прироста заболеваемости населения меланомой в мире составляет около 5 %, этот показатель считается од-

ним из самых высоких среди ЗНО всех локализаций [2, 6]. Таким образом, выявление факторов риска, ранняя диагностика и своевременная терапия позволит улучшить эпидемиологическую ситуацию по онкологическим заболеваниям кожи [7].

Цель – изучить распространенность рака кожи среди населения Ивановской области.

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 75 пациентов с меланомой, обратившихся на лечение в ОБУЗ ИвООД в период с 2013 по 2015 годы. Средний возраст обследованных – $70 \pm 13,57$ года. Всем пациентам были проведены обязательные обследования: физикальный осмотр, тщательное исследование кожных покровов и видимых слизистых, а также периферических лимфатических узлов; рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции; УЗИ периферических лимфоузлов, органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, а также гистологическое исследование, согласно которому и был установлен окончательный диагноз. Выполнен анализ статистических данных по показателям заболеваемости, смертности, запущенности (3 + 4 стадии), пятилетней выживаемости больных меланомой и другими раками кожи (кроме меланомы) по Ивановской области, ЦФО, РФ на 100 тыс. населения с 2013 по 2017 годы.

Больные меланомой были в возрасте от 31 до 99 лет. Число жителей города Иваново и области достоверно не различалось (48 и 52 % соответственно, $p > 0,05$). Наиболее часто встречающаяся форма меланомы – злокачественная меланома туловища (ЗМТ) (44 %), на втором месте – нижней конечности, включая область тазобедренного сустава (ЗМНК) (22,6 %). Пятилетняя выживаемость в исследуемой группе составила 65 %. Среди всех лиц с меланомами больше выживших пациентов со ЗМТ (45 %) и ЗМНК (39 %). При этом и умерло больше больных с ЗМТ (35 %), несколько менее – с ЗМНК (27 %). Пациенты с ЗМТ чаще больных с другими формами меланомы умирали от сопутствующих заболеваний (6). Лица с меланомой кожи чаще страдали заболеваниями печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков (63,3 %), сердечно-сосудистой системы (50 %), поджелудочной железы (23,3 %), имели метаболические нарушения (ожирение и сахарный диабет 2 типа) (23,3 %), патологию дыхательной системы (16,6 %), другие онкологические заболевания (гемангиома, аденома надпочечников, фиброаденоз молочной железы) – 13,3 %; патологию желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода и кожи – по 6,6 %, мочевыделительной системы – 3,3 %.

При анализе статистических данных по Ивановской области, ЦФО, РФ было выявлено, что заболеваемость меланомой находится примерно на одинаковом уровне – 7,002; 7,33 и 6,37 % на 100 тыс. населения соответственно, так же как и смертность – 2,771; 2,907 и 2,422 %. Запущенн-

ные формы заболевания (3 + 4 ст.) чаще регистрируются в ЦФО – 24,32 %, в Ивановской области – 18,96 %. Пятилетняя выживаемость на 100 тыс. населения в Ивановской области выше (63,82 %), чем в ЦФО (56,8 %) РФ (56,49 %). Заболеваемость другими видами рака кожи (кроме меланомы) на 100 тыс. населения в Ивановской области выше (62,813 %), чем в ЦФО (47,003 %) и РФ (46,873 %). При том, что смертность в Ивановской области ниже (0,867 %), чем в ЦФО (1,184 %) и РФ (1,119 %). Пятилетняя выживаемость выше в РФ (30,47 %), чем в ЦФО (26,95 %) и Ивановской области (25,03 %). В Ивановской области заболеваемость меланомой составляет 7,002 %, а заболеваемость другими видами рака кожи – 62,813 %. При этом смертность вследствие меланомы выше – 2,771 %, чем от других видов рака кожи – 0,867 %. Распространенность запущенных форм меланомы составляет 18,96 %, что ниже, чем других видов рака кожи – 25,03%. При этом пятилетняя выживаемость пациентов с меланомой в Ивановской области выше (63,82 %), чем с другими видами рака кожи (25,03 %).

Таким образом, установлено, что наиболее часто встречающаяся форма меланомы в Ивановской области – ЗМТ и ЗМНК. Больные меланомой кожи в Ивановской области чаще страдали заболеваниями печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков, сердечно-сосудистой системы. Следует повышать просветительскую работу с населением о причинах возникновения рака кожи, и меланомы в частности, о вреде соляриев и длительного пребывания на солнце, о необходимости раннего обращения к врачу.

Литература

1. Вавринчук А. С., Марочко А. Ю. Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6.
2. Ганцев Ш. Х., Юсупов А. С. Плоскоклеточный рак кожи // Практическая онкология. 2012. Т. 13, № 2. С. 80–91.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена; филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. 236 с.
4. Мешков А. В., Иванова М. К., Ситдикова И. Д. Характеристика групп риска развития онкологических заболеваний по материалам анкетного скрининга // Практ. медицина. 2016. Т. 2, № 4. С. 72–74.
5. Некоторые молекулярно-биологические аспекты патогенеза меланомы кожи / Е. М. Франциянц, В. В. Позднякова, М. И. Курышова, Г. В. Ильченко // Современные пробл. науки и образования. 2015. № 12.
6. Меланома/ под ред. У. Шавран; пер. с англ.; под ред. Л. В. Демидова. М. : Гранат, 2015. 240 с.
7. Ткаченко Ю. А., Оганесян М. В., Смирнова И. О. Оценка факторов риска меланомы кожи у пациентов, обращающихся к дерматологу// Российский журн. кожных и венерических болезней. 2017. Т. 2, № 20. С. 123–124.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

А. Р. Салахутдинова¹, К. А. Блинова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), ожирение и рак молочной железы (РМЖ) для национальных систем здравоохранения многих стран мира являются социально значимыми заболеваниями, что определяется их широкой распространенностью, высокой инвалидизацией и смертностью пациентов [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 250 млн лиц с СД, около половины из них находятся в трудоспособном возрасте. Эксперты ВОЗ прогнозируют к 2025 г. увеличение числа больных СД в 1,5 раза (до 380 млн человек), ГБ – до 450 млн, ожирением на – до 300 млн [2]. В России зарегистрировано более 3 млн пациентов с СД, к 2025 году прогнозируется рост до 12 млн.

Особую значимость имеют сопутствующие заболевания у лиц с РМЖ. В свою очередь РМЖ поражает женщин трудоспособного возраста и является ведущей причиной утраты трудоспособности и смертности [3]. Ежегодно в мире регистрируется более 1,2 млн новых случаев РМЖ, и погибают от него около 410,7 тыс. женщин, в России этот показатель достигает 50 тыс., и ежегодно это число увеличивается [2]. По мнению ряда авторов, СД 2 типа часто сочетается со злокачественными новообразованиями [4], чаще с РМЖ [3, 4]. Многие вопросы в этой области остаются нерешенным и делают актуальными дальнейшие исследования.

Цель – изучить влияющие сопутствующих заболеваний (ГБ, СД и ожирения) на течение РМЖ.

Для изучения распространенности РМЖ и сопутствующих заболеваний (ГБ, СД и ожирения) в Ивановской области использованы данные канцеррегистра, проведен ретроспективный анализ учетных форм № 025 75 больных РМЖ в возрасте от 40 до 83 лет ОБУЗ ИвООД. Из них в основную группу 1 вошли 30 больных РМЖ и СД 2 типа, в основную группу 2 – 30 пациенток с РМЖ и ГБ, в группу сравнения – 30 больных РМЖ. Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым методам статистики после проверки рядов на нормальность распределения в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2007», «Statistica 6.0». Рассчитывали относительный риск (ОР) с 95% ДИ в программе «OpenEpi».

Средний возраст обследованных составил $64,25 \pm 3,24$ года. Преимущественно пациентки были горожанками (группа 1 – 83 %; группа 2

– 68 %, группа сравнения – 77 %; $p > 0,05$); чаще – пенсионерами (87; 78 и 67 % соответственно; $p > 0,05$; ОР 1,3 95% ДИ 1,1–1,5). РМЖ достоверно чаще диагностировали на ранней стадии (I–II) у больных СД и ГБ (группа 1 – 73 %, группа 2 – 70 %, группа сравнения – 53 %; $p < 0,05$), тогда как в группе сравнения достоверно чаще РМЖ диагностировали на поздней стадии (III–IV) (27; 35 и 47 %; $p < 0,05$). У больных обеих основных групп достоверно чаще диагностировали ожирение (89; 78 и 34 % соответственно; $p < 0,05$; ОР 2,6 95% ДИ 1,98–3,47). Гиперинсулинемия ассоциировалась с увеличением секреции андрогенов яичниками и снижением уровня протеина, связывающего половые гормоны, что приводило к более высокой концентрации биологически активных эстрогенов, которые известны как факторы риска развития злокачественных опухолей женских половых органов.

Как видим, при сочетании СД 2 типа и ожирения риск возникновения РМЖ увеличивается в 14 раз, при сочетании СД и заболеваний сердечно-сосудистой системы – в 2,6 раза.

Литература

1. Сахарный диабет и рак молочной железы / Н. В. Крючкова, Т. П. Бардымова, В. В. Дворниченко, Е. В. Панферова // Сибирский медицинский журн. (Иркутск). 2012. № 7. С. 5–7.
2. Берштейн Л. М., Мерабишвили В. М. Сахарный диабет и ожирение: проекция на онкологическую заболеваемость // Вестн. РАМН. 2009. № 9. С. 13–20.
3. Копнин Б. П. Мишени действия онкогенов и опухолевых супрессоров: ключ к пониманию базовых механизмов канцерогенеза // Биохимия. 2000. Т. 65, № 1. С. 5–33.
4. Рак молочной железы у больных сахарным диабетом / А. И. Арион [и др.] // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2002. Т. 13, № 4. С. 37–43.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖИТЕЛЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С. С. Чернояров¹, Н. П. Лапочкина¹

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Рост нейроонкологической заболеваемости, летальности и инвалидизации больных обуславливают высокую значимость социально-экономического аспекта указанной проблемы. При этом первичные опухоли головного мозга (ГМ) являются редкой патологией: в Западной Европе, США, Австралии и России заболеваемость составляет 4–19 случаев на 100 тыс. населения. В общей проблеме злокачественных опухолей метастазы в ГМ занимают особое место. Частота их весьма высока, и

удельный вес этих опухолей среди других новообразований ГМ наиболее высок и продолжает расти. Увеличение частоты встречаемости церебральных метастазов может быть результатом целого ряда факторов, в том числе улучшения методов нейровизуализации, увеличения выживаемости онкологических больных [1–4].

Цель – оценить выживаемость жителей Ивановской области с первичной опухолью и метастатическим поражением ГМ.

Выполнен ретроспективный анализ 107 историй болезни пациентов с первичной опухолью и метастатическим поражением ГМ, обратившихся на обследование и лечение в ОБУЗ ИвООД. В первую (основную) группу вошли 78 больных с первичной опухолью ГМ (ПОГМ) (МКБ10 – C71), которая чаще располагалась в теменной доле (C71.3 – 19,23%) и у каждого пятого пациента распространялась за пределы одной анатомической области (C71.8 – 23,07 %). Во вторую группу включены 29 больных с метастатическим поражением ГМ при первичной локализации опухоли в легких (C.34 – 62,06 %). Все были обследованы по стандарту и проведено лечение. Математическая обработка осуществлялась в пакете прикладных программ «Statistica 6.0.», «Microsoft Office 2007».

Заболеваемость злокачественными новообразованиями ГМ и других отделов ЦНС на 100 тыс. населения с 2005 по 2018 гг. выросла как в России (в 2005 г. – 3,97, в 2018 г. – 6,08), так и в Ивановской области в частности (в 2005 г. – 3,61, в 2018 г. – 6,44). Причем распространенность ПОГМ в Ивановской области в 2018 году превысила показатели по России. Больные с ПОГМ ($50,11 \pm 2,0$ года) были достоверно моложе пациентов ($63,27 \pm 2,04$ лет) с метастатическим поражением ГМ (МПГМ) ($p < 0,00001$). ПОГМ (42,31 %) и МПГМ (20,69 %) достоверно реже диагностировали у жителей города в сравнении с населением области (ПОГМ – 57,69 % против 79,31 %) ($p < 0,05$ для всех показателей). ПОГМ (52,6 %) и МПГМ (82,76 %) достоверно чаще диагностировали у мужчин ($p < 0,05$). Медиана выживаемости достоверно выше была у больных с ПОГМ (27,97 месяцев) в сравнении с МПГМ (7,93 месяцев; $p < 0,05$). Пятилетняя выживаемость больных с ПОГМ (32,05 %) достоверно выше, чем лиц с МПГМ (3,45 %; $p < 0,001$). Смертность больных с ПОГМ в Ивановской области с 2005 г. (4,33 против 4,15 на 100 тыс. населения в РФ) по 2018 г. (4,46 против 5,53) выросла так же, как и в России. Летальность больных в обеих группах остается высокой, но в группе с МПГМ (75,86 %) достоверно выше, чем с ПОГМ (55,13 %; $p < 0,05$).

Выводы. 1. Установлено, что частота возникновения злокачественных опухолей ГМ возрастает у людей после 60 лет. 2. Рост частоты опухолей ГМ в последние 13 лет связан с широким внедрением современных методов ранней диагностики опухолевого процесса, таких как компьютерная, магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная, однофо-

тонная эмиссионная компьютерная томография. 3. Значительное увеличение числа больных с МПГМ обусловлено как общим ростом заболеваемости раковыми опухолями различных органов (рак легкого), так и увеличением продолжительности жизни этой категории онкологических больных в результате клинического применения передовых медицинских технологий и более совершенных методов лечения, что увеличивает резерв времени для возможного дальнейшего прогрессирования заболевания и метастазирования процесса из основного очага в другие органы. 4. Частота выявления опухолей ГМ определяется уровнем общей культуры и медицинского просвещения населения, степенью обеспеченности профилактическими медицинскими осмотрами, доступностью диагностического обследования; нельзя исключить и психогенный фактор онкологической настороженности населения, активизирующий степень обращаемости в медицинские учреждения.

Литература

1. Выживаемость больных первичными злокачественными новообразованиями центральной нервной системы в Архангельской области в 2000–2011 гг.: популяционное когортное исследование [Электронный ресурс] / А. А. Дяченко [и др.] // Вестн. РНЦР МЗ РФ. 2013. № 13. Режим доступа: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v13/papers/dyachenkoa_v13.htm
2. Первичные злокачественные новообразования центральной нервной системы в Архангельской области: структура и динамика эпидемиологических показателей в 2000–2011 гг./ А. А. Дяченко [и др.] // Вестн. РНЦР МЗ РФ. 2013. № 13. Режим доступа: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v13/papers/dyachenkoa_v13.htm.
3. Можейко Р. А. Клиническая эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Ставропольском крае : автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 28 с.
4. Новиков А. Е., Грабкин О. С., Смирнов С. А. 55 лет нейрохирургической службе Ивановской области // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2009. Т. 14, № 4. С. 55–56.

ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. И. Филиппова¹, Д. Е. Фролова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Рак молочной железы (РМЖ) остается самым распространенным злокачественным новообразованием у женского населения [1]. Тенденция к «омоложению» РМЖ стала заметна в последние 20 лет, когда фак-

тору молодого возраста и связанным с ним особенностям заболевания онкологи стали уделять пристальное внимание [2]. В структуре онкологической заболеваемости женского населения России РМЖ занимает 2-е место в возрастной группе 15–39 лет (после рака шейки матки) [3]. Спорным до настоящего времени остаётся вопрос о клинике и диагностике РМЖ у женщин данной категории. Многими авторами выделяется факт наличия особенностей в клиническом течении РМЖ у женщин молодого возраста, начиная от количества родов и абортотворности до расположения опухолевого узла в молочной железе. Изучение гистологических и молекулярно-биологических особенностей опухоли, их влияние на непосредственные и отдаленные результаты лечения является актуальным [4]. Базальный и HER-2-позитивный подтип РМЖ характеризуется плохим прогнозом и наименьшей выживаемостью; люминальный В подтип опухоли занимает промежуточное место. Известно, что молекулярные подтипы являются независимым прогностическим признаком и с высокой точностью предсказывают эффективность терапии [5].

Цель – оценить особенности РМЖ у женщин репродуктивного возраста.

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 50 пациенток с РМЖ I–IIIc стадии T1N0M0-T(любая) N2-3M0, обратившихся на лечение в ОБУЗ ИвООД в период с 2016 по 2019 годы. Средний возраст обследованных составил $39,2 \pm 1,34$ года. В исследуемую группу вошли 25 больных РМЖ, которым была проведена радикальная мастэктомия по Маддену, послеоперационная лучевая терапия в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Грей, адъювантная полихимиотерапия по схеме AC 6 курсов. В группу сравнения включены 25 пациенток, которым проводились радикальная резекция молочной железы, послеоперационное лучевое лечение и адъювантная полихимиотерапия с последующей гормонотерапией. Все больные были обследованы: тщательно собран анамнез, выполнена тонкоигольная биопсия опухоли молочной железы и регионарных лимфатических узлов с цитологическим исследованием. Проведена core-биопсия опухоли молочной железы с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием ткани, ультразвуковое исследование молочных желез и регионарных лимфатических узлов, ультразвуковое исследование внутренних органов, рентгенография органов грудной клетки, гинекологический осмотр.

Возраст больных РМЖ – от 29 до 43 лет. Проведен анализ данных молекулярных подтипов РМЖ и клинических данных пациенток с РМЖ. Оценен индекс пролиферативной активности (Ki67) и уровень экспрессии HER-2/neu (score 3+). Экспрессия Ki-67 у больных исследуемой груп-

пы был достоверно выше, чем у группы контроля ($p < 0,05$). Пациентки предъявляли жалобы на: образование в молочной железе (100 %), общую слабость, повышенную утомляемость (60 %). Больные страдали экстрагенитальными заболеваниями: нарушением обмена веществ (11 %), болезнями органов пищеварения (73 %) и мочеполовой системы (96 %). Всем было проведено комплексное лечение. В исследуемой группе у 4 % заболевания прогрессировало, в группе контроля отмечалась ремиссия заболевания на фоне приема тамоксифена 20 мг/сут.

Итак, установлено, что у 12 (48 %) пациенток с Ki-67 более 50 % преобладали IIВ и IIIс стадии опухолевого процесса, что диагностически отражает высокую степень инвазивного потенциала опухоли и вероятность неблагоприятного прогноза. Согласно полученному исследованию, избыточная экспрессия HER-2/neu (score 3+) обнаружена у 44 % пациенток, страдающих РМЖ. В связи с этим выявление HER-2/neu может служить независимым маркером неблагоприятного прогноза и повышенного риска прогрессирования заболевания. Результаты проведенных исследований показали, что пациентки с фенотипами «Her2 – положительным и триплер негативным» имели агрессивное течение заболевания с прогрессированием. Чрезвычайно важным являлось определение пролиферативной активности как фактора злокачественной трансформации клетки, так и признака агрессивного поведения уже развившихся опухолей. Таким образом, при анализе полученных данных выявлено, что 50 % пациенток имели гормононегативные опухоли, что может быть ассоциировано с неблагоприятным прогнозом течения заболевания. Таким образом, возраст является независимым прогностическим фактором, ухудшающим прогноз.

Литература

1. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 / J. Ferlay [et al.] // Int. J. Cancer. 2010. Vol. 127(12). P. 2893–2917
2. Клинико-морфологические характеристики и прогноз BRCA-ассоциированного рака молочной железы у женщин репродуктивного возраста / Д. Е. Автомонов [и др.]. Опухоли женской репродуктивной системы 2012. № 1.
3. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2011 г. Вестник РОНЦ. 2011. Т. 22, № 3(85), прил 1.
4. Тканевые маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы / Е. С. Герштейн [и др.] // Практическая онкология / под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. СПб. : Центр ТОММ, 2004. С. 41–50.
5. Имянитов Е. Н., Хансон К. П. Молекулярная онкология: клинические аспекты. СПб., 2007. 211 с.

НЕЙРОБЛАСТОМА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Т. М. Полозова¹, В. Н. Фокин¹, Г. А. Ратманова², О. Ю. Фадеева²

¹ ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Нейробластома – опухоль эмбрионального типа, возникающая из клеток-предшественников симптоматической нервной системы [1]. Частота встречаемости опухоли – 15–20 случаев на 100 000 населения.

Развитие в последнее десятилетие детской онкологической службы предоставило возможность ранней диагностики злокачественных новообразований у детей и позволяет улучшить результат лечения многих опухолевых заболеваний. В связи с этим возникает необходимость углубленного изучения онкологической патологии врачами всех специальностей.

Цель – на основании клинических наблюдений выделить признаки дебюта заболевания у детей раннего возраста для формирования онкологической настроженности у врачей всех звеньев педиатрической службы.

Проведен анализ историй болезни детей, находящихся в детском отделении гематологии, онкологии и химиотерапии, у которых диагностирована нейробластома. Под нашим наблюдением в течение трех лет находились 16 детей в возрасте от 2 месяцев до 4 лет с различной локализацией нейробластомы.

У одного ребенка опухоль выявлена во время внутриутробного развития на 32-й неделе беременности, у одного ребенка – на второй неделе жизни [2]. Чаще всего опухоль диагностируется у детей первого года жизни. Соотношение мальчиков и девочек – 1 : 1.

Диагноз базировался на данных анамнеза, клинической картины заболевания и результатов дополнительных методов обследования, позволяющих подтвердить предполагаемый диагноз. Кроме общепринятых методов использованы МСКТ органов грудной, брюшной полости, забрюшинного пространства, таза, МРТ, сцинтиграмма с МВВ, генетическое обследование (метод FISH – амплификация N-MYC гена и исследование хромосомного материала), определение катехоламинов и экскреция их метаболитов с мочой.

Клиническая картина заболевания определялась локализацией опухоли. Наиболее часто нейробластома локализовалась в надпочечниках – 56,2 %, в забрюшинном пространстве – 31,2 %, а заднем средостении – 12,6 %. При нейробластоме надпочечников и забрюшинного про-

странства отмечалась симптоматика поражения органов брюшной полости: увеличение и вздутие живота, изменение аппетита, расстройство стула. В случаях нейробластомы заднего средостения наблюдались кашель, одышка, гипертермия, что расценивалось как пневмония. И только углубленное обследование позволило диагностировать опухоль. Независимо от локализации на первый план выступали общие явления: интоксикация, субфебрилитет или гипертермия, слабость, анемизация. Затруднение в диагнозе встречалось при наличии у ребенка какого-то соматического заболевания, которое маскировало проявление опухоли.

В нашем случае нейробластома диагностирована при дебюте сахарного диабета первого типа (у ребенка 1 года 3 мес.), а также врожденной аномалии почек (у одного ребенка), гепатит, двухсторонняя врожденная пневмония (также у одного ребенка). У 14 наших больных нейробластома отличалась крайне агрессивным ростом и бурным метастазированием. В 75 % случаев диагноз нейробластомы поставлен в поздней стадии заболевания с множественными метастазами в кости, печень, селезенку, легкие, лимфоузлы, костный мозг (у одного ребенка), кожу и мягкие ткани [3].

У троих детей метастазы в кожу и мягкие ткани были в виде плотных синюшных инфильтратов с локализацией в поясничной области, подошвах стоп, коже и мягких тканях костей черепа. Множественные метастазы в кости имелись у четверых детей. Основной метод лечения нейробластомы – оперативное удаление опухоли в сочетании с химиотерапией. У 10 детей наблюдался положительный эффект, у 4 – летальный исход. Неблагоприятным прогностическим признаком является наличие амплификации N-MIC гена и изменение хромосомного материала: делеция 1 и 11 хромосом и накопление генетического материала в хромосоме 17 в клетках опухоли. Одной из отличительных особенностей нейробластомы – ее способность к спонтанной регрессии (у двоих детей).

Как видим, многоликость клинической картины нейробластомы предполагает необходимость проведения мероприятий для исключения этой патологии во всех неясных диагностических случаях заболеваний у детей раннего возраста.

Литература

1. Факторы риска по данным визуализации у пациентов с нейробластомой. Обзор литературы / Е. С. Терновая [и др.] // Российский журн. детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6, № 3. С. 31–42.
2. Пыков М. И., Кошечкина Н. А., Тарачков А. В. Врожденные нейробластомы надпочечников // Педиатрия. Консилиум Медикум. *Pediatrics (Consilium Medicum)*. 2019. № 1. С. 14–20.
3. Легочные метастазы при нейробластоме у детей / Т. В. Шаманская [и др.] // *Вопр. гематологии / онкологии и иммунологии в педиатрии*. 2018. № 17(2). С. 92–102.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ГРУПП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. С. Трунникова¹, Н. П. Лапочкина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Частота рака молочной железы (РМЖ) в России ежегодно увеличивается и занимает первое место среди заболеваний органов репродуктивной системы. По данным ВОЗ, смертность вследствие рака (13–15 %) занимает второе место после болезней системы кровообращения (52–56 %). Ежегодный стандартизованный показатель прироста заболеваемости за последние 10 лет составил 1,8 %. Кумулятивный риск развития РМЖ – 5,4 % при продолжительности жизни 74 года. В последние годы увеличивается число пациенток, у которых заболевание диагностировано в I–II стадиях [3]. По Ивановской области каждый год регистрируется 600 новых случаев РМЖ, смертность составляет 35 на 100 тыс. женского населения. Тактика и успешность дальнейшего лечения зависят от рецепторной чувствительности опухоли. Наиболее распространенным биологическим типом РМЖ является рецептор-позитивный (75 %), последний в свою очередь подразделяется на два подтипа: люминальный А и люминальный В, каждый из которых имеет свои особенности течения. Эти данные представляют собой важный прогностический критерий прогрессирования заболевания [1, 2].

Цель – оценить особенности течения РМЖ у женщин Ивановской области в зависимости от подтипов согласно иммуногистохимической классификации.

По результатам канцер-регистра ОБУЗ ИвООД выполнен ретроспективный анализ историй болезни 750 пациенток с РМЖ II–IV стадий за период 2013–2017 гг. Обследованы 40 больных рецепторпозитивным РМЖ II–IV стадий, пролеченных в условиях ОБУЗ ИвООД. Из них в исследуемую группу (1) вошли 20 больных LumA и в группу сравнения (2) – 20 пациенток с LumB РМЖ.

Средний возраст больных РМЖ составил $59,45 \pm 2,5$ года, причем пациентки с LumB РМЖ были достоверно старше женщин с LumA РМЖ ($57,8 \pm 1,8$ и $63,4 \pm 3,1$ года соответственно; $p < 0,05$). С 2013 по 2017 годы выявлена тенденция к росту злокачественной формы рецепторпозитивного LumB РМЖ по Ивановской области. В течение трех лет процентное соотношение изменилось на 35 % в пользу LumB РМЖ. Основной причиной мог явиться стресс, употребление в пищу канцерогенов и др. Также выявлено снижение заболеваемости тройным негативным РМЖ на 5 %. 15 % пациенток с Lum A РМЖ имели метастазы в подмышечные, а также

в подключичные и надключичные лимфоузлы. При Lum В РМЖ 35 % больных с метастазами в подмышечные лимфоузлы имели и метастазы в подключичные, и 20 % – в надключичные. Установлено, что метастазы при LumА РМЖ поражают не более 4 лимфоузлов, при LumВ РМЖ – от 2 до 18 лимфоузлов ($p < 0,05$). Данные свидетельствуют о более агрессивном лимфогенном метастазировании LumВ РМЖ. Индекс пролиферативной активности (Ki-67) LumА РМЖ составил $13,7 \pm 6,4$, LumВ – $28,8 \pm 2,6$, что подтверждает более злокачественное течение LumВ РМЖ ($p < 0,05$). В 50 % случаев рецепторпозитивного РМЖ опухоль локализовалась в верхнем наружном квадранте. В 85 % LumА РМЖ локализовался в верхнем квадранте в сравнении с LumВ РМЖ (65 %).

Выводы. 1. За период с 2013 по 2017 гг. произошло изменение структуры заболеваемости РМЖ женского населения Ивановской области: в 2013 году преобладали больные с LumА над LumВ подтипом РМЖ, а с 2014 по 2017 гг. отмечено достоверное увеличение частоты и преобладание LumВ РМЖ над другими подтипами; 2. LumВ подтип РМЖ характеризуется достоверно более высоким показателем пролиферативной активности (Ki-67) в сравнении с LumА подтипом РМЖ, что отражает его высокую онкологическую агрессивность (13,7 против 28,8 %; $p < 0,05$); 3. Наиболее характерной локализацией рецепторпозитивного РМЖ является верхний наружный, для LumА подтипа РМЖ – также верхний внутренний квадрант.

Литература

1. Иммуногистохимические методы : рук-во. Пер. с англ. / под ред. Г. А. Франка, П. Г. Малькова. М., 2011. 224 с.
2. Пожариский К. М., Леенман Е. Н. Значение иммуногистохимических методик для определения характера лечения и прогноза опухолевых заболеваний // Арх. патологии. 2000. № 5. С. 3–11.
3. Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению больных раком молочной железы/ под ред. Л. В. Болотина [и др.]. М. : Ассоциация онкологов России, 2014.

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ю. Н. Дейкун¹, М. П. Фокина¹, А. Э. Акайзина¹, Е. А. Ромашина²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

Состояние здоровья детей – одна из актуальных проблем современности. Биологические особенности детей резко отличают их от взрослых. Об этом в 1898 г. говорил педиатр Н. П. Гундобин: «Гигиена детского возраста, благодаря анатомо-физиологическим особенностям организма, будет иная, чем у взрослых» [2]. Основное отличие организма детей заключается в том, что внешние воздействия сказываются не только на функциональном состоянии ребенка в настоящий момент, но и влияют на его развитие и дальнейшее существование [1]. Важное значение имеет формирование правильных гигиенических навыков, которые в раннем возрасте могут привить только родители.

Цель – изучить особенности образа жизни детей дошкольного возраста по результатам опроса родителей.

Проведено анкетирование 110 родителей детей в возрасте от 2 лет 6 месяцев до 6 лет 6 месяцев, находившихся на стационарном лечении на базе ИвОДКБ: 57,3 % мальчиков и 42,7 % девочек. Дошкольные муниципальные образовательные учреждения (ОУ) посещали 61,8 % детей, частные ОУ – 6,4%, неорганизованных было 31,8 %. В областном центре проживали 51,8 % семей, в районных городах – 37,3 %, в сельской местности – 10,9 %. Анкета содержала вопросы по особенностям образа жизни, личной гигиены и ухода за детьми.

Первый блок анкеты включал в себя вопросы, отражающие наличие и продолжительность дневного сна, длительность ночного сна, время пробуждения и засыпания детей, которые характеризуют один из основных аспектов образа жизни – режим дня. В результате опроса родителей было выявлено, что от 1,5 до 2,5 часов дневной сон длится у 59,1 % детей, что соответствует гигиеническим требованиям, у 15 % продолжительность дневного сна составила менее 1,5 часов, ещё у 16,4 % наблюдался нерегулярный сон в дневные часы. В будние дни не позже 22:00 отходили ко сну 66,4 % детей, что соответствует гигиениче-

ским требованиям, однако 32,6 % не соблюдают режим и ложатся спать позже 22:00. В выходные дни не позже 22:00 засыпает меньше детей, чем в будние дни – 49,1 %, большее число детей ложатся спать в 22:00–23:00 – 38,2 %, а 12,7 % – позже 23:00 и 00:00, что, по-видимому, связано с поздним отходом ко сну родителей и нежеланием соблюдать режим для своих детей.

Второй блок содержал вопросы по двигательной активности детей и кратности посещения общественных мест. До дошкольного ОУ пешком добирались 44 % детей в сопровождении родителей, на автобусе или маршрутном такси – 8,3 %, на личном авто или такси – 23,9 %. В выходные дни всего 30,9 % родителей с детьми старались больше времени бывать на природе нежели дома, используя не только прогулки, но и совместные подвижные игры, что приносит для растущего организма пользу и способствует укреплению детско-родительских отношений. 52,7 % родителей уделяли прогулке с ребенком на свежем воздухе всего 2 часа, оставшееся время проводили дома, 6,4 % – ходили в гости, 5,5 % – посещали торговый центр, 4,5 % – весь день проводили дома.

Следующий блок состоял из вопросов, связанных с питанием детей и его особенностями. 22,2 % детей, согласно опросу родителей, периодически отказываются от завтрака, что не соответствует гигиеническим требованиям к вопросам питания ребенка. Примерно 30 % детей завтракают только дома, считая завтрак в дошкольном ОУ невкусным, 16,7 % завтракают в дошкольном ОУ, более 30 % завтракают дважды (и дома и в дошкольном ОУ), что может привести к избыточной массе тела. Разрешают употреблять сладости малыми порциями ежедневно или через день 47,3 и 38,2 % участников опроса соответственно.

Информации о коммуникации детей посвящен следующий блок вопросов. 5,5 % детей не общаются со сверстниками вовсе, что может отрицательно сказаться на развитии ребенка, так как в дошкольном возрасте контакт со сверстниками необходим для социализации детей. У 20,9 % круг общения ограничен ровесниками из семей родственников и друзей. Широкий круг общения со сверстниками в дошкольном ОУ и из числа соседей имелся у 73,6 % детей. Телевизионные передачи не смотрят вовсе всего 10,9 % детей, менее 1 часа в течение дня за их просмотром проводят 32,8 %, что соответствует гигиеническим требованиям. От 1 до 2 часов смотрят передачи по телевизору 24,5 % детей, что является допустимым, однако период более 2 часов (31,8 %) не соответствует гигиеническим нормативам.

Последний блок содержал вопросы по мероприятиям профилактического характера. О возможности проведении процедур закаливания с детьми не задумываются и не умеют их проводить 40 % участников опроса. Воздушные и солнечные ванны и хождение босиком, практику-

ют со своими детьми по 17,3 % опрошенных, мытье рук холодной водой – 11,8 %, контрастный душ – 10 %, купание в прохладной воде – 3,6 %. 5,4 % родителей отказались от вакцинации своих детей.

Таким образом, некоторые родители не соблюдают правильный режим дня своих детей, не проводят процедуры, направленные на повышение неспецифической резистентности организма. Большинство родителей заинтересованы в воспитании своих детей, сохранении их здоровья и стараются прививать им гигиенические навыки.

Литература

1. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков : учебник для студентов медицинских высших учебных заведений, обучающихся на медико-профилактических, педиатрических и лечебных факультетах по дисциплине «Гигиена детей и подростков» в рамках специальности «Медико-профилактическое дело». 2-е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Гигиена детей и подростков : учеб.-метод. пособие / [сост. : Т. П. Арбузова, В. М. Ухабов]. Пермь : ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е. А. Вагнера, 2017.

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

В. Ю. Добродеева¹, Ю. Ю. Ковалева¹, Л. К. Молькова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Нарастающая популярность профильного обучения среди учащихся старших классов позволяет сократить разрыв между профессиональным и школьным образованием, становясь средством профессионального самоопределения [1, 2]. Однако школьники, получающие профильное образование, нередко расплачиваются за это собственным здоровьем.

Цель – проанализировать состояние здоровья детей в зависимости от направленности профильного обучения

Под наблюдение взяты учащиеся трех 11-х классов МБОУ «Лицей № 33» г. Иваново: «А» класс (физико-математический) – 27, «Б» (инженерно-технологический) – 24, «В» (социально-экономический) – 25 школьников соответственно. Проведены выкопировка данных из медицинской документации учащихся (форма 026/у); анкетирование детей и родителей: анкетные тесты на выявление жалоб и невротических расстройств; психологическая диагностика учащихся (уровень тревожности по Кондашу); анализ их успеваемости, учебного расписания, внеурочной занятости.

У учащихся «А» класса чаще регистрировались заболевания опорно-двигательного аппарата, органа зрения и пищеварительной системы. В двух других классах, помимо вышеназванных, часто встречалась патоло-

гия сердечно-сосудистой системы. Ретроспективный анализ заболеваемости показал, что три года назад у исследуемых детей данная патология регистрировалась с меньшей частотой. Оценка острой заболеваемости была затруднена в связи с отсутствием справок по болезни. В силу интенсивного учебного процесса ученики стремятся не пропускать занятия и, со слов учителей, переносят болезнь «на ногах». Так, за последний год в «А» классе документально зафиксирован один случай острого заболевания, в «Б» – ни одного, а в «В» – 24, причем 2 человека болели более трех раз в год. Наиболее распространенными жалобами у учащихся являются головные боли, утомляемость после занятий, нарушение сна, причем чаще в «А» классе. Примерно с одинаковой частотой во всех классах регистрировались жалобы невротического характера. Анкетирование родителей выявило бóльшую, по сравнению с детьми, частоту как соматических, так и невротических жалоб, также чаще у учеников «А» класса. Школьники, с одной стороны, недооценивают состояние своего здоровья, с другой – не имеют возможности заниматься его восстановлением. Физическое развитие у подавляющего большинства учащихся нормальное. Отклонения чаще встречались у детей «Б» класса, где больше учеников, отнесенных к подготовительной группе по физкультуре. Нервно-психическое развитие у исследуемых школьников соответствует возрасту. Первую группу здоровья в каждом из трёх классов имели по одному человеку, вторая чаще встречалась у учащихся «В» а третья – «Б». класса. Несмотря на, казалось бы, более «трудное» обучение в «А» классе, уровень тревожности у большинства учащихся в нём оказался нормальным, а у 4 даже снижен. В «В» классе пять детей имели повышенный уровень тревожности, семь – чрезмерное спокойствие. В «Б» классе у 7 учеников выявлен повышенный или высокий уровень тревожности, у четверых – чрезмерное спокойствие.

Полученные результаты носят неоднозначный характер и требуют углубленной психологической диагностики. Повышение тревожности, несомненно, связано и с высокими учебными нагрузками, и с волнением перед предстоящими экзаменами, переменами в жизни. Чрезмерное спокойствие нередко носит компенсаторный характер и препятствует полноценному формированию личности, приводя к срыву. С учетом мониторинга успеваемости средний балл в «А» классе составил 4,6, в «Б» и «В» классах – 4,3. Необходимо отметить, что нагрузка для учащихся «А» класса превышена на 2 академических часа. Имеет место неправильное распределение нагрузки в течение недели, особенно в «А» и «В» классах. В целом недельная нагрузка выше в «А» классе – 298 баллов, в «Б» и «В» – 289 и 251 соответственно, в сравнении с нагрузкой в непрофильном 11 классе другой школы – 251. Превышено также число учащихся в одном из классов. На один час меньше положенного в неделю отведено

занятиям физической культурой. Недельная занятость внеурочной деятельностью на человека высока: в «А» классе – 8, в «Б» – 9,4, в «В» – 11,5 часов. Структура внеурочной деятельности представлена занятиями по школьным предметам (все учащиеся). Лишь четверть учеников в «А» и «В» классах занимались спортом.

Как видим, несмотря на всю пользу профильного обучения, оно также имеет и свои минусы в силу высокой, непомерной для некоторых детей нагрузки. У школьников нередко развиваются функциональные отклонения, хронические заболевания, невротические расстройства. Подобная ситуация требует комплексного медико-психолого-педагогического подхода как на этапе отбора, так и получения профильного образования [3]. Отбор в подобные классы должен производиться не только с учетом успеваемости, уровня интеллекта, амбиций ребенка и родителей, но и с опорой на внутренний потенциал ребенка и состояние его здоровья.

Литература

1. Алижанова Х. А., Гаджимурадова Р. Т. Методологические основы, стратегия, цели и основные задачи профильного обучения [Электронный ресурс] /. — Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2016. Т. 22, № 1. С. 14–17. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-o>.
2. Юлина Л. С. Проблемы организации профильного обучения [Электронный ресурс] // Вестник Самарского государственного университета. 2014. № 1(112). С. 192–197. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemu-organizats>.
3. Межведомственное взаимодействие при проведении медицинской экспертизы педагогических программ в образовательных учреждениях / Л. А. Жданова [и др.]. Иваново, 2006. 108 с.

ИППОТЕРАПИЯ – ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ

М. Ю. Морева¹, О. Н. Масленникова¹

¹ФГБОУ ВО «Ивановский государственный химико-технологический университет» Министерства науки и высшего образования России

Несмотря на то что доступ к официальной статистике по распространенности некоторых заболеваний психического спектра, а также физических отклонений в развитии затруднен, известно, что случаи аутизма, детского церебрального паралича (ДЦП), олигофрении встречаются все чаще. Одной из наиболее распространенных проблем современного общества является не только лечение, но также адаптация в социуме подобных больных.

Цель – изучить влияние и состоятельность иппотерапии как метода лечения и оздоровления, а также определение сферы его использования с учетом личного опыта работы с детьми и лошадьми.

Исследование проводилось на базе конного клуба «Кэплиан» г. Иваново. Под наблюдением находились 10 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с ДЦП (в т. ч. и гиперкинетическая форма), олигофренией, аутизмом, спастической гемиплегией, двухсторонней сенсоневральной тугоухостью 3-й степени, резидуальной энцефалопатией, вальгусной деформацией нижних конечностей [1]. Все наблюдаемые занимаются иппотерапией, в частности лечебной верховой ездой, от одного года и более. В ходе исследования использованы опрос и наблюдение. Учитывалось, что воздействующими на организм человека факторами являются психогенный и биомеханический. В связи с этим при лечении неврозов, ДЦП, умственной отсталости, раннего детского аутизма основным является психогенный; нарушений осанки, сколиозов и остеохондрозов позвоночника – биомеханический [2]. Лечение подразумевает непосредственное общение с животными, что благотворно сказывается на психоэмоциональном состоянии человека, а также выполнение различных упражнений, которые направлены на развитие моторики, координации движений, умение концентрироваться на выполнении задач, укрепление мышечного корсета спины, умение ориентироваться в пространстве. В качестве вспомогательных предметов используются гимнастические мячи и палки, прищепки. При взаимодействии с лошадью и управлении ею работа проводится по двум направлениям: управление с помощью повода (поиск контакта с ртом лошади), а также тренировка управления с помощью ног. Несмотря на всю пользу иппотерапии, существуют и противопоказания. К ним относятся: гипертоническая болезнь, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, предстательной железы, а также гинекологические заболевания в стадии обострения. Иппотерапия не рекомендуется также людям, недавно перенесшим инфаркт или инсульт.

Все наблюдаемые не зависимо от имеющейся у них нозологической формы отмечают улучшение своего эмоционального состояния. Установлено, что все дети с диагнозом «аутизм» в клубе хорошо социализированы, спокойно идут на контакт с посторонними людьми. У всех детей с неврологической патологией отмечается улучшение координации движений и концентрации внимания. Положительная динамика в состоянии здоровья детей подтверждается результатами анализа медицинских заключений в большинстве случаев. Результаты работы хорошо демонстрирует тот факт, что в соревнованиях для людей с ограниченными возможностями, проводимыми на базе конно-

спортивного клуба «Белка», спортсмены из клуба «Кэплиан» были в числе призеров.

Установлено, что иппотерапия является действенным методом в лечении заболеваний психоземционального и соматического характера. Доказан положительный эффект иппотерапии в дальнейшей социализации больных и развитии коммуникативных навыков, а также общее терапевтическое и релаксационное воздействие при стрессах и неврозах.

Литература

1. На коне 37 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.nakone37.ru>.
2. Баймуродов Р. С., Амонов М. К. Иппотерапия как метод лечебной физической культуры (обзор литературы) // Биология и интегративная медицина. 2017. № 3. С. 217–241.

**Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ
В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»**

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

В. И. Шевцова¹, Е. А. Тимошина¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России

Проблема хронической дыхательной недостаточности (ХДН) не теряет своей актуальности [1, 2]. В настоящий момент пациент участкового терапевта – это полиморбидный пациент [3]. По данным некоторых авторов, наличие диспноэ лишь в малой степени коррелирует с изменениями газового состава артериальной крови, поэтому отсутствие субъективных симптомов ХДН не отменяет ее патологическое действие на организм человека [2].

Несмотря на различные этиологические аспекты заболеваний, сопровождающихся ХДН, она характеризуется гипоксемией, что приводит к эндотелиальной дисфункции, снижению метаболизма миокарда, головного мозга и других органов, создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности тканей и быстрого старения организма.

Цель – анализ тревожных расстройств у пациентов с вентиляционной ХДН в амбулаторно-поликлиническом звене.

Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБ № 11, поликлиника № 9. В исследовании приняли участие 36 больных. В первую группу включены 18 пациентов (7 мужчин и 11 женщин), средний возраст – $67,3 \pm 7,4$ года с выявленной с помощью пульсоксиметра ДН. Вторую группу составили 18 пациентов без ДН (6 мужчин и 12 женщин), средний возраст – $61 \pm 8,5$ года.

У всех исследуемых учитывались наличие соматической патологии, уровень сатурации, индекс массы тела (ИМТ). Для определения соответствующих психических расстройств пациенты были обследованы по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A. S., Snaithe R. P., 1983).

Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Excel 2007. Проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена (r), определялся критерий χ^2 Пирсона. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

У пациентов с наличием ХДН среднее значение SpO₂ составило 93,2 % ± 0,2 (min – 91 %) против 96,8 % ± 0,3 у лиц без ХДН. Средняя частота пульса у больных первой группы – 65,9 ± 1,5 уд./мин, второй – 66,5 ± 2,3 уд./мин. Корреляции между данными показателями выявлено не было ($r = -0,07$).

Среди пациентов с ДН преобладали лица с гипертонической болезнью и дисциркуляторной энцефалопатией. Все обследуемые имели избыточную массу тела или ожирение. ИМТ у пациентов с ХДН был выше (в среднем $-31,5 \pm 1,4$ кг/м²), чем во второй группе ($28,8 \pm 0,6$ кг/м²), причем уровень SpO₂ имел отрицательную корреляцию с ИМТ в обоих исследуемых группах ($r = -0,6$, $\chi^2 = 4,05$, $p < 0,025$).

На следующем этапе анализировались результаты анкетирования по опроснику HADS. Определено, что частота субклинически и клинически выраженной тревоги у пациентов с ХДН была значимо выше, чем у лиц без ДН ($\chi^2 = 7,48$, $p < 0,01$). Аналогичные результаты получены при сравнении выраженности депрессии в исследуемых группах. Примечательно, что клинически выраженных расстройств не наблюдалось в группе без ДН. При анализе взаимосвязи значений по шкале HADS у пациентов с ХДН была замечена отрицательная зависимость между SpO₂ и уровнем тревоги и депрессии, причем данная зависимость была более выражена в отношении депрессии ($r = -0,3$, $\chi^2 = 4,43$, $p < 0,025$).

Таким образом, была обнаружена умеренная отрицательная корреляционная зависимость между параметрами SpO₂ и ИМТ пациентов и уровнем тревоги и/или депрессии, что может указывать на отрицательное влияние пониженной сатурации артериальной крови на течение и выраженность данных соматических патологий.

В представленном исследовании преобладали пациенты пожилого возраста, у большинства имелась коморбидность, оказывающую отягчающее влияние на течение отдельно взятого соматического заболевания. Важно учитывать, что пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией могут иметь низкую приверженность не только к общесоматическому лечению, но и к рекомендациям, данным врачом по поводу коррекции ХДН и повышению сатурации.

Таким образом, установлено, что наличие у пациента сочетания гипертонической болезни, дисциркуляторной энцефалопатии, ожирения в сочетании с повышенной тревожностью и/или депрессией может указывать на субклиническую ХДН. Отсутствие жалоб, характерных для ХДН, не является признаком, исключающим её наличие у пациента.

Литература

1. Авдеев С. Н. Хроническая дыхательная недостаточность // Практик. пульмонология. 2004. № 1. С. 21–27.

2. Пальман А. Д., Полтавская М. Г., Плаксина Н. А. Эффективное лечение хронической дыхательной недостаточности, связанной с морбидным ожирением // Клиническая медицина. 2016. № 10. С. 784–788.
3. Полиморбидный больной в практике участкового терапевта / А. П. Емцева, Ю. А. Котова, Н. В. Страхова, В. И. Шевцова // Завадские чтения : матер. XIII межрегион. науч.-практ. конф. молодых учёных с междунар. участием по актуальным вопросам внутренней патологии. Воронеж, 2018. С. 66–67.

АСТЕНИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

К. А. Морозова¹, Е. В. Руженская¹, А. В. Урсу¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В современном обществе наблюдается значительная распространённость артериальной гипертензии (АГ), составляя, по данным российских исследований, 40 % среди взрослого населения. На фоне АГ часто развиваются невротические состояния, оказывающие большое влияние на стабильность течения АГ и частоту возникновения ее осложнений [1, 2], но, как правило, не учитываются врачами общей практики при проведении лечения. Кроме того имеются клинические проявления тревожных и невротических расстройств, в связи с чем их необходимо учитывать в комплексной терапии.

Цель – оценка распространённости пограничных психических расстройств (тревожные, депрессивные, астенические) в когорте больных с АГ.

Проведено анкетирование по различным шкалам оценки психического состояния больного: шкала тревоги Шихана, шкала астенического состояния, шкала самооценки депрессии Цунга. После объяснения цели исследования пациенты охотно отвечали на поставленные вопросы. Исследование проводилось индивидуально, в отдельном хорошо освещённом и изолированном от посторонних звуков кабинете на базе ОБУЗ «Лухская ЦРБ». В исследование включены 100 пациентов в возрасте от 42 до 80 лет с гипертонической болезнью (ГБ), которым диагноз был установлен недавно, а также находящиеся на диспансерном учете пять и более лет.

При оценке данных анкетирования по шкале тревоги Шихана было установлено, что у большинства исследуемых уровень тревоги находился в диапазоне от 10 до 30, что соответствует отсутствию клинически выраженной тревоги. По результатам анкетирования по шкале астениче-

ского состояния, у большинства исследуемых уровень ассенизации находился в диапазоне 50–60 баллов, что можно интерпретировать как наличие слабой астении. Анкетирование по шкале депрессии Цунга показало, что у большинства исследуемых уровень депрессии находился в диапазоне 20–30 баллов, что можно интерпретировать как отсутствие депрессивного состояния.

При сравнительном анализе уровня тревоги и пола пациента была выявлена взаимосвязь: у женщин чаще встречается и проявляется тревожная симптоматика. На основании этого можно предположить, что женщины более склонны к возникновению тревожных состояний. Это может быть связано также с тем, что женщины чаще правдоподобно излагают свои жалобы. Была выявлена взаимосвязь уровня астенизации и пола пациента, а также депрессии и пола: женщины более склонны к возникновению астенического и депрессивного состояния. Установлена взаимосвязь между давностью АГ и ростом уровня тревоги, увеличением ассенизации и возникновением депрессии: чем дольше пациент страдает АГ, тем более выражен у него уровень тревоги и ассенизации, а также более вероятно возникновение депрессивных состояний. Выявлена корреляция между уровнем тревоги и увеличением систолического (САД) и диастолического давления (ДАД): с ростом САД и ДАД возрастает и уровень тревоги. С ростом уровня тревоги возрастает также выраженность астенического состояния. Взаимосвязь между уровнем тревоги и возникновением депрессии показала: чем выше выраженность тревожного состояния, тем более вероятно наличие депрессивной симптоматики у больных АГ.

По результатам полученных исследований можно сделать выводы, что у лиц, у которых не достигнут целевой уровень АД, повышается риск нарастания тревоги, возникновения депрессии и астенического состояния. В частности, на САД влияет пол, возраст, длительность заболевания и уровень депрессии. Следовательно, частота психических нарушений при АГ выше у женщин, чем у мужчин, а степень их выраженности возрастала с ростом АД. Исходя из этого, при ведении пациентов с АГ лечащие врачи должны стремиться к достижению целевого уровня АД, уметь оценивать психическое состояние больного и комплексно подходить к лечению.

Литература

1. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции / И. Н. Никольская, И. А. Гусева, Е. В. Блинецов, Т. В. Третьякова // Лечащий врач. 2011. № 3. С. 89–91.
2. Психосоматические особенности личности больных гипертонической болезнью / В. М. Проворотов, О. В. Лышова, Ю. Н. Чернов, А. Г. Масловский // Кардиолог. 2009. № 10. С. 39–42.

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. С. Морозова¹, Д. А. Шуненков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Середина XX века ознаменовалась началом разработки теорий о возможных причинах развития неврозов, а также клинико-психологических исследований личности больного. Отечественная школа учёных, занимающихся концепциями личности и межличностными конфликтами, была представлена А. А. Ершовым, К. К. Платоновым, В. Г. Казаковым, Н. В. Гришиной и др., но наибольшую популярность получила теория неврозогенеза В. М. Мясищева (по Е. А. Колотильщиковой) [1]. Согласно определению В. Н. Мясищева [2], невротическое расстройство – это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания неудач в жизненной борьбе, неудовлетворенности потребностей, недостигнутой цели, невознаградившей потери.

Дискурсивный характер системы отношений пациентов с невротическими расстройствами выражается в объединении специфических проявлений личности и особенностей взаимоотношений с социокультурной средой, что в итоге формирует целостный взгляд на особенности психической адаптации. Нарушения системы закладываются в детстве в семьях с дисфункциональными взаимоотношениями, затем под влиянием социальных факторов укореняются, что приводит к расстройствам психологической адаптации в виде внутрличностных противоречий и межличностных отношений [3].

Цель – изучить распространенность акцентуаций характера среди пациентов с невротическими расстройствами, связь акцентуаций характера с типами темперамента, уровнем невротизации, интроверсии, рядом других характеристик.

В ходе данной работы было обследовано 45 пациенток, страдающих психическими расстройствами невротического уровня, в возрасте от 18 до 75 лет ($m = 52,15$ с $SD = 15,51$), проходивших стационарное лечение в психотерапевтических отделениях ОБУЗ «ОКПБ «Богородское». С больными проводилась предварительная беседа, включавшая в себя сбор ряда клинико-anamnestических данных, также были использованы психометрические методики: опросник Шмишека; личностный опросник Айзенка и опросник оценки уровня психопатизации и невротиза-

ции. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10, StatSoft, Inc. (2011). Различия и корреляции считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

У 100 % пациенток преобладал эмотивный тип акцентуации, часто выявлялись экзальтированный (95,5 %), циклотимный (86,6 %) и педантичный (84,0 %) типы, реже – гипертимный (46,6 %) и возбудимый (53,3 %). Доминировали меланхоличный (53,3 %) и холеричный (28,8 %) типы темперамента. Анализ связей типов акцентуаций с другими психометрическими параметрами показал, что при различных типах темперамента более выражены определенные акцентуации характера: так, для меланхоликов характерен дистимный тип акцентуации, для сангвиников – гипертимический и демонстративный, для холериков – циклотимический и экзальтированный. Обнаружилась положительная связь гипертимного типа и экстраверсии ($r = 0,76$). Интроверсия коррелировала с дистимическим ($r = 0,73$) и педантическим ($r = 0,31$) типами; нейротизм – с экзальтированным ($r = 0,52$), циклотимным ($r = 0,59$) и педантичным ($r = 0,5$) и отрицательно – с гипертимным ($r = -0,29$) и демонстративным ($r = -0,28$) типами. Невротизация положительно связана с дистимным ($r = 0,64$) и педантическим ($r = 0,45$) типами, а отрицательно – с гипертимным ($r = -0,62$) и демонстративным ($r = -0,42$).

Выводы. 1. Для пациентов с невротическими психическими расстройствами характерно наличие выраженных акцентуаций характера, чаще эмотивного типа, для большинства также характерны экзальтированный, циклотимный и педантичный при меньшей выраженности гипертимического типа. 2. Наиболее распространенными типами темперамента в исследуемой группе явились меланхолический и холерический. При этом первым присущ дистимный тип акцентуации, а вторым – циклотимический и экзальтированный. 3. Акцентуации характеризуются положительными связями с интроверсией, нейротизмом, невротизацией, за исключением гипертимического и демонстративного типа, которые отрицательно коррелируют с ними. 4. Полученные данные могут быть использованы при разработке конкретных психотерапевтических программ на основе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в комплексном лечении данной когорты пациентов.

Литература

1. Колотильщикова Е. А. Психологические основы неврозогенеза: основные концепции и модели // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 30-56.
2. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л. : Изд-во. ЛГУ, 1960. 424 с.
3. Сулова Е. С., Николаев Е. Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е. Н. Тарасова¹, Е. В. Безруков¹, А. В. Урсу¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время Интернет стал доступным инструментом повседневного использования не только как источник информации, но и как один из способов выбора и заказа многих товаров и услуг [1]. В связи с этим можно предположить, что многие люди используют его в том числе и для поиска информации о психических заболеваниях, вариантов помощи и условиях ее оказания в удобной для них форме.

Цель – проанализировать запросы на психопатологическую тематику для оценки потребности населения в различных видах психологической помощи.

Было проведено исследование запросов на психопатологическую тематику (112 слов и словосочетаний) за период 2018-2019 гг. с помощью бесплатного сервиса WordstatYandex, предназначенного для оценки пользовательского интереса к различным тематикам [2].

Наиболее популярными запросами оказались: «стресс» (406 000 в месяц), «депрессия» (360 000), «тревога» (200 000), а также «панические атаки» (135 000), «апатия» (62 000), «утомляемость» (21 000), «плохое настроение» (20 000), «как лечить депрессию» (6 100), «как избавиться от тревоги» (5 600), «как справиться со стрессом» (4 200). Среди симптомов психотического уровня – запрос «что делать, если появились галлюцинации» (100 000), «бред» (90 000). Крайне редкими были следующие запросы: «чувство воздействия» (1 400), «чувство преследования» (110). Количество запросов на психиатрическую тематику приближается к количеству запросов, касающихся соматической патологии: «сахарный диабет» (562 000), «пневмония» (620 000), «гипертоническая болезнь» (320 100), «язвенная болезнь» (50 000). Наибольшее число запросов пришлось на тему шизофрении: «шизофрения» (240 000), «параноидная шизофрения» (до 4 600), «шизоаффективное расстройство» (2 200), наименьшее – «детская шизофрения» (2 150), «простая шизофрения» (1 600), «кататоническая шизофрения» (710), «шизотипическое расстройство» (577). Для запросов «стресс» «депрессия» «тревога», «панические атаки» «апатия» «утомляемость», «плохое настроение», «социофобия», «страх смерти», «как справиться со стрессом» характерен пик популярности в марте-апреле (до 140 000 запросов в месяц) и в октябре-ноябре (до 125 000 запросов). Летом количество запросов снижается практически в 4 раза (до 4 000 в месяц). Среди запросов на тему

«Шизофрения» отмечена характерная закономерность: пик запросов приходится на весенне-осенний период (273 000), а спад – на летние месяцы (180 000 запросов в месяц).

Самые популярные запросы на тему лечения психической патологии: «антидепрессанты» (123 000), «психотерапия» (82 000), «транквилизаторы» (3 000), «купить антидепрессанты» (2 100), менее востребованные: «лечение нейролептиками» (560), «лечение транквилизаторами» (204). При исследовании запросов о помощи узких специалистов выявлено, что самая популярная специальность – «психолог» (36 000 запросов в месяц), «нейропсихолог» (20 380), «психиатр» (8 100), «психотерапевт» (8 000), «нарколог» (2 500). Специальности «сексолог», «астролог», «гомеопат», «целитель» пользуются наименьшей популярностью (в среднем до 500). Среди форм оказания помощи самый частый запрос «психолог бесплатно» (31 000), затем – «психолог онлайн» (29 000) и «психолог анонимно» (2 600). При этом количество запросов «психолог онлайн» составляет примерно $29\,000 \pm 3\,000$ в месяц, максимальное количество запросов осенью (32 000), минимальное – летом (26 000).

Установлено, что проблемы тревоги, депрессии, панических атак сохраняют актуальность в жизни современного общества, а значит, требуют более тщательного внимания специалистов для их своевременного выявления и лечения. Кроме того, тема неврозов с подъемом количества запросов весной и осенью и спадом в летние месяцы наиболее востребована пользователями Интернета. Сезонность запросов на тему шизофрении соответствует особенностям её течения. Эти наблюдения подтверждают тот факт, что отдых является одним из основных методов лечения неврозов [3]. Выявлено, что наибольшей популярностью пользуется специалист-психолог. Для решения проблем с психическим состоянием многие пользователи готовы обращаться именно к нему, а не к врачу. У населения имеется выраженный спрос на бесплатное оказание психологической помощи, а также на оказание помощи в «онлайн» режиме.

Таким образом, проведенное исследование доказывает, что население активно использует Интернет для поиска информации, в том числе касающейся психиатрических расстройств. Следовательно, имеется возможность также с помощью интернета оказывать психологические услуги. Возможность получить консультацию специалиста в любое удобное время и в любом удобном месте сделают эти услуги более доступными и популярными, а значит, можно будет диагностировать психические расстройства на более ранних этапах заболевания.

Литература

1. Интернет: возможности, компетенции, безопасность : метод. пособие для работников системы общего образования / Г. А. Солдатова, Е. Н. Зотова, М. С. Лебешева, В. С. Шляпников. М., 2013. С. 72–79.

2. Сервис YandexWordstat [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wordstat.yandex.ru/> (Дата обращения: 21.12.2019).
3. Мосолов С. Н., Алфимов П. В. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 2. С. 24–25.

О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПСИХИАТРОВ И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ И ПЕРСПЕКТИВАХ ЕГО УКРЕПЛЕНИЯ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Д. А. Балычева¹, А. В. Худяков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академии»
Минздрава России

Взаимодействие психиатров и смежных специалистов до настоящего времени вызывает трудноразрешимые коллизии. Более 30 лет назад из психиатрии была выделена специальность «психиатр-нарколог». Само название вносит путаницу для неосведомленных лиц: многие считают, что оно отражает право специалиста работать в области психиатрии и наркологии. Однако право осуществлять деятельность по двум специальностям появляется только в том случае, когда обучение проходит в два этапа: сначала в ординатуре по психиатрии, а потом при профессиональной переподготовке по наркологии [1, 2].

Цель – изучить готовность к взаимодействию в триаде психиатр – психолог – нарколог.

По специально разработанной анкете было опрошено 35 (31 % мужчин и 69 % женщин) психиатров областной психиатрической больницы и 33 (58 % мужчин и 42 % женщин) нарколога областного наркологического диспансера. Возраст врачей обеих специальностей относительно равномерно распределялся по всем возрастным диапазонам. Средний возраст психиатров составил 51 год, наркологов – 46 лет. При этом среди психиатров по сравнению с наркологами было относительно больше врачей со стажем 30 и более лет: 49 против 24 %. Не имели квалификационной категории 37 % психиатров и 51 % наркологов. Имели высшую категорию 34 % психиатров и 21 % наркологов

Амбулаторных больных обслуживают 66 % психиатров, стационарных – 34 %. Среди наркологов таковых оказалось 45 и 55 % соответственно. Большинство опрошенных врачей периодически направляет своих пациентов на консультации и лечение к смежным специалистам. Среди психиатров таковых оказалось 94 %, среди наркологов – 85 %. Психиатры преимущественно направляют пациентов к психологу (51 %), наркологу (37 %) и психотерапевту (34 %), реже – к сексологу

(11 %) или другому психиатру (14 %). Наркологи – к психологу (61 %), психиатру (58 %), психотерапевту (55 %), реже – к другому наркологу (24 %) и сексологу (15 %). На вопрос «Хотели бы Вы чаще направлять пациентов на консультации к смежным специалистам?» 49 % психиатров ответили – к психологу, 43 % – к психотерапевту, 29 % – к наркологу, 11 % – к другому психиатру. Наркологи так же, как и психиатры, предпочли бы чаще направлять пациентов к психотерапевту (67 %), к психологу (55 %), к психиатру (33 %), к сексологу (15 %) и к другому наркологу (3 %). Врачи-психиатры достаточно часто направляют своих пациентов на платные консультации и лечение (40 %) к психологу, к психотерапевту, к другому психиатру, к наркологу и к сексологу. Наркологи также направляют своих пациентов на платные консультации к смежным специалистам (48 %). Однако, в отличие от психиатров, которые могут направить одного больного к нескольким разным специалистам, наркологи пользуются в основном консультациями только одного специалиста, преимущественно психотерапевта, реже – психиатра и психолога, а также сексолога, к другому наркологу не направляет никто.

Мнения врачей о числе больных, нуждающихся в консультации психолога, разделились: у психиатров – от 10 до 100 %, а у наркологов – от 1 до 100 %. При этом средняя нуждаемость пациентов в консультации психолога составила 63 % у психиатров и 37 % – у наркологов.

На вопрос «Достаточно ли у Вас знаний для эффективной работы по своей специальности?» положительно ответили 74 % психиатров и 70 % наркологов. При оценке необходимости повышения квалификации психиатрами оказалась наиболее востребована психотерапия (43 %), психиатрия (29 %), наркология (23 %), сексология (17 %), психология (11 %). У наркологов это распределение было следующим: психотерапия – 54 %, психиатрия – 36 %, наркология – 31 %, психология – 24 %, сексология – 15 %. Отсутствует потребность в усовершенствовании у 23 % психиатров и у 12 % наркологов. Оценивая свою нагрузку, 83 % психиатров указали на то, что она существенно выше нормы, 9 % – незначительно выше нормы, а у остальных соответствовала норме. Наркологи перегрузку по работе отмечают гораздо реже: существенно выше нормы – у 9 %, незначительно выше нормы – у 29 %, ниже нормы – у 9 %. Большинство психиатров не жалеют о выборе специальности – 66 %, иногда жалеют – 14 %, часто жалеют – 11 %, хотели бы сменить специальность – 6 %. Близкие результаты отмечены и у наркологов.

Итак, значительная часть опрошенных врачей испытывает перегрузки на работе, к тому же они вынуждены работать дополнительно по совместительству из-за низкого уровня зарплаты. В большей степени это касается психиатров, в меньшей – наркологов. Респонденты показали достаточно высокую готовность к взаимодействию со смежными

специалистами. При этом более высокий уровень характерен для психиатров. Вместе с тем взаимодействие с психологами могло бы быть более эффективным (причина недостатка, скорее всего, кроется в дефиците кадров и трудностях направления на бесплатные консультации). Каждый четвертый врач достаточно критично оценивает уровень своей квалификации. Показательно, что и психиатры, и наркологи указали на первоочередную потребность в усовершенствовании по смежным специальностям (преимущественно по психотерапии). В данном сообщении представлены предварительные результаты.

Литература

1. Худяков А. В., Смирнова О. Ю. Размышления о подготовке психиатров-наркологов // XV съезд психиатров России : матер. съезда. М. : Медпрактика-М, 2010. С. 406.
2. Худяков А. В., Урсу А. В., Шуненков Д. А. Новые и старые проблемы последипломного обучения по психиатрии и смежным специальностям // Материалы международной научно-практической конференции и пятого научного Российско-Хорватского психиатрического симпозиума. М., 2019. С. 334–336.

ГЕЛОТОФОБИЯ КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В. С. Воронцова^{1,2}, Д. А. Шуненков³, С. Н. Ениколопов²

¹ ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

³ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Повреждения головного мозга (ПГМ) способны приводить к различным последствиям в сфере психики, в том числе и к депрессивным расстройствам [1], что влечет за собой изменения чувств, поведения и мышления.

Чувство юмора также претерпевает значительные изменения, вплоть до нарушений, что в свою очередь оказывает дезадаптирующее влияние. Говоря о нарушении отношения к юмору и смеху, упоминают такой феномен, как гелотофобия (патологический страх насмешки) [2]. Значительный вклад в развитие паранойяльных тенденций (в частности в форме смеха) вносит самостигматизация – реакция самого пациента на заболевание и положение в обществе [3] и тип отношения к болезни. Нарушение восприятия юмора и смеха, наличие самостигматизации и дезадаптирующие типы отношения к болезни оказывают негативное

влияние, а также способны значительно затруднять процесс реабилитации, в связи с чем необходимо детальное исследование данных феноменов у пациентов после ПГМ.

Цель – изучить явление гелотофобии как фактора реабилитационного потенциала у пациентов после ПГМ.

Клиническое исследование проводилось на базе Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии. В исследовании приняли участие 30 пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ в возрасте от 19 до 46 лет (56,7 % женщин, 43,3 % мужчин) ($m = 31,5$, $SD = 8,3$). С пациентами проводилась предварительная беседа, после чего был предложен ряд психодиагностических тестов для выявления самостигматизации (ISMI-9) [4], гелотофобии ($\text{PhoPhiKat} < 30 >$) [5] и типа отношения к болезни (ТОБОЛ) [6]. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10, StatSoft, Inc. (2011). Были использованы методы описательной статистики и непараметрические методы (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, U-критерий Манна – Уитни).

Гелотофобия была выявлена у 36,7 % пациентов (пограничный уровень и легкая степень выраженности), что превышает нормальные показатели (15 %). Кроме того, у них установлена низкая частота встречаемости и уровень самостигматизации: отсутствие либо минимальный уровень – у 70 %, что может говорить или о несформированности отношения к себе как к «другим», или о сохранности критики своих физических дефектов. Определено, что 29,7 % больных свойственен смешанный тип отношения к болезни (эргопатический, тревожный и сенситивный), у 20 % – диффузный, которые относятся к блоку менее дезадаптивных типов по сравнению с другими, что говорит об отсутствии психической дезадаптации у данных пациентов и в свою очередь об относительной сохранности, но всё же дезадаптивные тенденции присутствуют. Эти больные характеризуются снижением критичности своего состояния, преуменьшением «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения и «уходом» в работу и в то же время непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, развития возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Была выявлена обратная связь гелотофобии с эргопатическим типом отношения к болезни ($r = -0,41$; $p = 0,02$). Чем больше у человека страх оказаться смешным, тем ярче проявляются дезадаптивные тенденции в виде снижения стремления погрузиться в работу. Установлена связь самостигматизации с тревожным ($r = 0,39$, $p = 0,03$), сенситивным ($r = 0,46$, $p = 0,009$) и неврастеническим ($r = 0,36$, $p = 0,04$) типами отношения к болезни. Такие пациенты опасаются, что окружающие станут избегать

их, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, что может приводить к самостигматизации и провоцироваться ею.

Таким образом, результаты исследования показали, что пациенты с ПГМ, несмотря на отсутствие ярко выраженного психического расстройства, имеют психические нарушения в виде наличия гелотофобии и самостигматизации, что способно негативно сказываться на процессе реабилитации. Однако наличие адаптивных типов отношения к болезни говорит о сохранности и перспективности реабилитации у данных лиц.

Литература

1. Доброхотова Т. А., Зайцев О. С. Психопатология черепно-мозговой травмы. Черепно-мозговая травма : клин. рук-во 1. М., 1998. С. 269–313.
2. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat / Е. М. Иванова [и др.] // Вопр. психологии. 2016. № 2. С. 162–171.
3. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B. G. Link [et al.] // J. of Health and Social Behaviour. 1997. Vol. 38. P. 177–190.
4. Русскоязычная адаптация опросника интернализованной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 / В. С. Воронцова [и др.] // Неврологический вестн. 2019. Т. LI, вып. 4. С. 29–33.
5. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии / Е. А. Стефаненко [и др.] // Психологический журн. 2016. Т. 32, № 2. С. 94–108.
6. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : метод. рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб., 2001. 32 с.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТОФОРМНЫХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ

А. А. Бондарева¹, Л. С. Шевырина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Проблема вегетативных расстройств – одна из ведущих в современной медицине. Многообразие клинических проявлений, выраженность дезадаптирующего воздействия, частая резистентность к терапии обуславливают необходимость изучения соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (ВНС). Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [1]. Соматоформная дисфункция ВНС (СДВНС) – это состояние, которое характеризуется нарушением нейрогуморальной регуляции деятельности внутренних органов, код по МКБ-10 F 45.3 [2]. Среди клинических проявлений наибольшее значение

имеют вегетативно-дисфункциональные расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, мочеполовой сфер.

Цель – изучить особенности СДВНС у студентов.

В исследование включены 50 студентов (9 юношей и 41 девушка) 5-го курса ИвГМА в возрасте 21–26 лет. В качестве скринингового инструмента для выявления СДВНС использовалась методики: 1) опросник Шмишека, содержащий 98 вопросов, позволяет определить акцентуацию личности, на вопросы теста требовалось выбрать утвердительный или отрицательный ответ; 2) анкета из для выявления симптомов СДВНС в стрессовой (фактор стресса – экзамен) и вне стрессовой (в привычной обстановке, где уровень стресса был минимален) ситуации.

При воздействии стрессового фактора у 96 % студентов выявлена СДВНС, которая носила полиморфный характер: у 72 % – расстройства, связанные с нарушением адаптационно-трофического влияния ВНС на ЦНС, проявляющиеся тревожностью (у 36 студентов), нарушением сна (у 35), снижением работоспособности (у 27), локальной потливостью (у 20), тремором (у 13). Затем расстройств, обусловленные поражением пищеварительной системы (у 48 %): тошнота (у 24 студентов), тяжесть в животе (у 22), стул менее трех раз в неделю (у 11) или более трех раз в день (у 8), изжога (у 3). На следующем уровне расположились расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной систем (у 38 %), наиболее часто выражающиеся тахикардией (у 25 студентов), ощущением пульсации в прекардиальной области (у 19), частым зеванием (у 19), гипертонией (у 6) и гипотонией (у 14), одышкой (у 7). Последнее место заняли симптомы, связанные с поражением мочеполовой системы (у 22 %), к которым относятся учащенное мочеиспускание малыми порциями (у 11 студентов), затруднение мочеиспускания, полиурия (у 5), болезненность при мочеиспускании (у 1), императивные позывы на мочеиспускание (у 3).

Таким образом, у 96 % студентов медицинских вузов в период стресса диагностирована СДВНС, которая преимущественно затрагивает ЦНС и желудочно-кишечный тракт. Вероятно, в связи с высоким умственным и психоэмоциональным напряжением, частыми нарушениями режима труда, отдыха и питания, повторными стрессогенными ситуациями в период зачетов и экзаменов возникает срыв процессов психической адаптации. Подобные расстройства могут привести к значительному снижению качества жизни и к частым неэффективным посещениям врачей различных специальностей.

Литература

1. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии. 2017 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psychiatr.ru> <http://psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=МКБ+10+Исследовательские.pdf> (дата обращения: 15.02.2020).

2. Учебный стресс и соматоформная вегетативная дисфункция у студентов-медиков первого курса / В. В. Руженкова [и др.] // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. 2017. № 26(275), вып. 40. С. 75–86.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАЗЛИЧИЯМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ЛИЦ С РАЗНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

М. В. Руденко¹, И. Р. Сушков¹

¹ ОБУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница
«Богородское»

Социально-психологические качества человека – важнейшие глубинные аспекты личности. Данная тема рассмотрена психологами достаточно широко [1], но существуют области, актуальность которых наиболее остра на сегодняшний день и требует более детального изучения.

Цель – изучить стиль жизни лиц разной сексуальной направленности.

Использованы методика смысловых жизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева [2]; методика исследования самоотношения (МИС) С. Р. Пантелеева [4]; тест Лири: опросник для диагностики межличностных отношений; методика «Маскулинность – фемининность» С. Бема; тест Куна «Кто я?»; решетка сексуальной ориентации Клайна [3].

В эмпирической работе приняло участие 84 респондента в возрасте от 16 до 58 лет из города Иванова и Ивановской области, других городов России, а также из Украины. В результате были сформированы три группы: 1-я – гомосексуалы (31 человек); 2-я – бисексуалы (26); 3-я – гетеросексуалы (27). Испытуемые подбирались случайным выбором. Расчёты производились посредством одномерного дисперсионного анализа с применением формулы Дункана.

Сексуальные влечения и контакты лиц с гомосексуальной ориентацией направлены исключительно на лиц собственного пола (5,13); у бисексуалов разделились примерно поровну между лицами другого и своего пола (3,34); у гетеросексуалов – главным образом на лиц противоположного, но иногда и своего пола (0,52). Различия были статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Бисексуалы склонны к зависимому (4,15), дружелюбному (5,50) и альтруистическому типу отношений (6,15). У гетеросексуалов – эгоистичный (3,61), зависимый (2,23), дружелюбный (3,65), альтруистичный (3,69) типы выражены в меньшей степени ($p \leq 0,05$). У гетеросексуалов в меньшей степени выражены качества маскулинного и феминного типов на статистически значимом уровне ($p \leq 0,05$). Сравнение выраженности отдельных компонентов самоотношения у испытуемых показало, что гомосексуалам присуща самопривя-

занность (4,83): высокий показатель по данной шкале указывает на ригидность «Я-концепции», стремление сохранить в неизменном виде свои качества, видение и оценку себя, этим лицам важно, чтобы их принимали такими, какие они есть. Бисексуалам в меньшей степени свойственна самопривязанность (2,80) ($p \leq 0,05$). Бисексуалы более открыты новому опыту. Статистически значимые различия обнаружены по шкале «Локус контроля жизнь». Гомосексуалы убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь (10,20). Данная позиция может быть обусловлена трудностями адаптации в обществе ввиду особенностей сексуальной ориентации. Гетеросексуалы считают, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю (8,14) ($p \leq 0,05$).

Итак, знание социально-психологических характеристик личности лиц с разной сексуальной ориентацией важно учитывать при проведении индивидуальной психотерапевтической работы.

Литература

1. Клейн Л. С. Другая любовь: природа человека и гомосексуальность. СПб. : Фолио-Пресс, 2000. 864 с.
2. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М., 2000.
3. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики Т. Лири : метод. рук-во. М., 2000.
4. Пантелеев С. Р. Методика исследования самоотношения. М. : Смысл, 2013. 32 с.

ОСОБЕННОСТИ ОЛЬФАКТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Н. Г. Дмитриева¹, Д. А. Шуненков², С. Н. Ениколопов¹

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Наличие обонятельных нарушений может свидетельствовать об изменениях в эмоционально-личностной сфере и когнитивных функциях человека из-за взаимосвязи работы ольфакторных процессов и лимбической системы. Нарушения обоняния могут влиять на социальное функционирование человека и снижать его качество жизни [1]. Исследования обонятельной дисфункции стали наиболее информативными в психиатрической практике у пациентов шизофренического спектра из-за нейроанатомической близости структур, вовлеченных в патофизиологию данного заболевания со структурами, отвечающими за процесс обоняния [2]. Имеются данные, которые подтверждают наличие нарушений в виде снижения обонятельной чувствительности и идентификации запахов у пациентов с шизофренией [3]. При продромальном периоде развития психического забо-

левания ольфакторные показатели могут служить маркером поведенческих изменений и симптомов шизофрении [4]. Наиболее информативными могут быть исследования ольфакторной дисфункции у лиц с первым психотическим эпизодом для разработки дополнительных диагностических методов выявления психических заболеваний.

Цель – выявить нарушения обонятельной функции у пациентов с первым психотическим эпизодом (ППЭ).

В исследование были включены пациенты с ППЭ ($n = 21$) в возрасте от 18 до 25 лет ($m = 20,57$, $SD = 1,99$), проходящие лечение в психиатрическом стационаре ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». В качестве группы сравнения выбраны лица, не страдающие психическими расстройствами и не прошедшие лечение в психиатрических клиниках и стационарах ($n = 18$) в возрасте от 18 до 25 лет ($m = 19,94$, $SD = 2,79$). Критерием исключения в обеих группах являлось: наличие черепно-мозговых травм, онкологических, хронических и острых респираторных заболеваний, зависимости от ПАВ, хронических ринитов. Также в обеих группах учитывалось количество курящих и некурящих испытуемых (в основной – 28,6 % курящих, в контрольной – 16,7 %). Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА», сертифицированный и готовый к лицензированию. Тест состоит из 12 одорантов для распознавания с карточками выбора варианта ответа (апельсин, кожа, корица, мята, банан, лимон, микстура, кофе, гвоздика, ананас, роза, рыба). Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10 («StatSoft, Inc.», 2011). В качестве описательных статистик приводятся среднее (m) и стандартное отклонение (SD). Были использованы критерии χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера, U-критерий Манна – Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

По результатам анализа выявлено снижение способности распознавания запахов у пациентов с ППЭ по сравнению с контролем ($\chi^2 = 9,32$, $p < 0,001$), что подтверждается различием итоговой суммы баллов идентифицированных запахов в основной группе ($m = 8,81$; $SD = 1,36$) против группы сравнения ($m = 10,5$; $SD = 1,54$; $U = 77,5$; $p = 0,001$). Данные соответствуют результатам исследований В. Кэмэта, где у лиц с ППЭ были обнаружены изменения обонятельной функции в виде нарушений идентификации запахов по сравнению с контролем [5]. Также установлено, что у больных с ППЭ более низкие показатели распознавания запахов «гвоздики» ($p(F) = 0,04$) и «кофе» ($p(F) = 0,035$) по сравнению с контролем. Полученные результаты нуждаются в дополнительных исследованиях. Выявлено, что курение ($p > 0,05$) и возраст ($p > 0,05$) не влияют на снижение способности распознавания запахов у пациентов с ППЭ и у лиц контрольной группы.

Данные показатели не учитывались в исследованиях П. Моберга и др., где были выявлены нарушение идентификации запахов у больных шизофренического спектра, что является важным при исследовании ольфакторных процессов [6].

Итак, у пациентов с ППЭ имеется снижение способности к распознаванию запахов по сравнению с лицами, не страдающими психическими расстройствами. Установлено, что у больных с ППЭ снижена способность идентификации запахов «гвоздики» и «кофе». Требуется дополнительное исследование нарушений распознавания определенных одорантов у пациентов шизофренического спектра. Курение и возраст не влияют на способность к идентификации запахов у лиц с ППЭ.

Литература

1. Depression, Olfaction, and Quality of Life: A Mutual Relationship / R. Marion [et al.] // Brain Sci. 2018. Vol. 8(5). P. 80.
2. Olfactory functions and volumetric measures of orbitofrontal and limbic regions in schizophrenia / C. I. Rupp [et al.] // Schizophr Res. 2005. Vol. 74. P. 2–3.
3. Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients / B. I. Turetsky, C. G. Kohler, R. E. Gur, P. J. Moberg // Schizophr Res. 2008. Jul; 102(1-3). P. 220–229
4. Olfaction: A potential cognitive marker of psychiatric disorders / B. Atanasova [et al.] // Neurosci. Biobehav. Rev. 2008. Vol. 32. P. 1315–1325.
5. Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis / V. Kamath, P. Lasutschinkow, K. Ishizuka, A. Sawa // Schizophr Bull. 2018. Apr 6; 44(3). P. 672–680.
6. Moberg P. J., Turetsky B. I. Scent of a disorder: olfactory functioning in schizophrenia // Curr Psychiatry Rep. 2003. Vol. 5(4). P. 311–319.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, УРОВЕНЬ ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ И МОТИВАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ТРУДОТЕРАПИЮ

Т. М. Васильева¹, Т. С. Павлова¹, А. А. Скупейко²

¹ ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер»,
Тверь

² ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»

С каждым годом увеличивается число лиц с различной психопатологией, на фоне которой многие из них теряют свою трудоспособность [1]. Существуют исследования, доказывающие, что в ходе трудотерапии происходит восстановление нарушенных функций организма больного, формируются новые межличностные взаимоотношения; человек вовлекается в коллективную деятельность, что способствует повышению его

адаптации в социуме [2]. Необходимы более подробные исследования влияния трудотерапии на различные стороны личности пациента, обоснование более широкого внедрения трудотерапии в лечение и реабилитацию лиц с психическими расстройствами.

Цель – исследование психоэмоционального состояния, уровня осмысленности жизни и мотивационной структуры личности у пациентов с шизофренией, проходящих трудотерапию.

Выборку для исследования составили 16 пациентов (8 мужчин и 8 женщин) ГБУЗ ОКПНД в возрасте от 23 до 54 лет, страдающих шизофренией (F20). Все испытуемые проходили стационарное лечение и были разделены на две группы. Основную группу составили пациенты, регулярно посещающие занятия по трудотерапии, контрольную – отказывающиеся их посещать. Исследование проводилось с помощью метода математико-статической обработки полученных данных (сравнительный анализ по критерию Манна – Уитни), а также следующих методик: самочувствие, активность, настроение (САН) для исследования психоэмоционального состояния, смысложизненные ориентации (СЖО) Д. А. Леонтьева для исследования уровня осмысленности жизни, диагностика мотивационной структуры личности В. Э. Мильмана для исследования мотивационной структуры личности. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета SPSS Statistics v.26. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Установлено, что показатели психоэмоционального состояния (САН), уровня осмысленности жизни (общий показатель осмысленности жизни, цель в жизни, процесс жизни, результативность жизни, локус контроля-Я, локус контроля-жизнь) и мотивационной структуры личности (комфорт, социальный статус, общение, общая активность, творческая активность, общественная полезность) в основной группе были статистически значимо выше, чем в контрольной ($p \leq 0,05$).

Получены средние показатели в группе пациентов, посещающих занятия по трудотерапии: самочувствие $Mx = 47$, активность $Mx = 45$, настроение $Mx = 51$, осмысленность жизни $Mx = 98$, цель в жизни $Mx = 32,5$, процесс жизни $Mx = 28,5$, результативность жизни $Mx = 24$, локус контроля-Я $Mx = 21$, локус контроля-жизнь $Mx = 24$, поддержание жизнеобеспечения $Mx = 25,5$, комфорт $Mx = 29,5$, социальный статус $Mx = 24,5$, общение $Mx = 28,5$, общая активность $Mx = 27$, творческая активность $Mx = 33$, общественная полезность $Mx = 22$. Параметры контрольной группы пациентов, не посещающих занятия по трудотерапии: самочувствие $Mx = 32$, активность $Mx = 27$, настроение $Mx = 31$, осмысленность жизни $Mx = 57$, цель в жизни $Mx = 15$, процесс жизни $Mx = 12$, результативность жизни $Mx = 14,5$, локус контроля-Я $Mx = 9,5$, локус контроля-жизнь $Mx = 18$, поддержание жизнеобеспечения $Mx = 20,5$, комфорт $Mx = 21$, социальный статус $Mx = 17$,

общение $Mx = 17$, общая активность $Mx = 14,5$, творческая активность $Mx = 17$, общественная полезность $Mx = 14$.

Полученные результаты согласуются с данными научной литературы. Так, С. Г. Геллерштейн и И. Л. Цфасман отметили, что трудотерапия способствует формированию в жизни пациентов новых целей, осознанию самого процесса жизни как интересного, эмоционально насыщенного [3].

Установлено, что трудотерапия способствует улучшению психоэмоционального состояния, формированию мотивации к деятельности и более сознательному отношению к жизни. Большинство пациентов, не посещающих трудотерапию, имеют регрессивный мотивационный профиль. Для таких личностей первостепенным является поддержание физиологических и материальных потребностей. Им не интересно саморазвитие, они проявляют пассивную жизненную позицию. В то же время большая часть пациентов, посещающих занятия по трудотерапии, имеет импульсивный мотивационный профиль. Таким личностям свойственна общительность, инициативность, стремление к творческой деятельности. При этом им необходимо создание комфортных условий для деятельности, иначе им трудно включаться в работу, что мы объясняем наличием психического расстройства. Трудотерапия такие условия создает.

Литература

1. Митрофанова Н. А., Сухова Л. С. Основы медико-социальной реабилитации. М., 2001. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://yakov.works/libr_min/13_m/it/rofanova.htm. Загл. с экрана.
2. Трудотерапия как метод социальной реабилитации в условиях проживания в доме-интернате общего типа [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://abakint.tmbreg.ru/?p=2564>. – Загл. с экрана.
3. Носкова О. Г. Психология труда : учеб. пособие для студентов вузов. М. : Академия, 2007. 384 с.

САМООЦЕНКА И ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ИВАНОВА В ВОЗРАСТЕ ОТ 20 ДО 25 ЛЕТ

С. М. Лобанов¹, Е. А. Серина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В Российской Федерации с каждым годом растет частотаневротических расстройств, которые связаны с алкогольной и наркотической зависимостью, материальным неблагополучием и постоянными стрессами на работе [1]. К 2030 году психические расстройства депрессивного спектра будут являться ведущей причиной стойкой утраты нетрудоспо-

способности в популяции. Это связано с тем, что одним из неблагоприятных факторов является потеря физической составляющей трудовой деятельности и увеличение нагрузки на интеллектуальную и эмоциональную сферы в связи с научно-техническим прогрессом [2]. Лица в возрасте 20–25 лет в современном мире особенно подвержены действию стрессовых факторов, влияющих на развитие психических заболеваний невротического спектра [3].

Цель – изучить самооценку и провести экспресс-диагностику психического здоровья населения города Иванова в возрасте от 20 до 25 лет.

В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст – 22,6 года), из них 15 женщин и 15 мужчин. Были использованы: 1. Метод самооценки. 2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина, Д. М. Менделевича (1978), который включает 68 вопросов. Каждый вопрос относится к одной из шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, obsессивно-фобические, вегетативные нарушения. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе. Проставленные испытуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Показатель больше +1,28 характеризует уровень здоровья, меньше –1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств. Для оценки факторов риска развития невротических расстройств была разработана анкета, включающая 31 вопрос открытого и закрытого типа, в том числе с множественным выбором. Выделены следующие факторы риска: отягощенная наследственность по психическим расстройствам, зависимости от алкоголя, наркотических средств, суицидам, особенности воспитания, наличие черепно-мозговых травм, повышенной физической и эмоциональной нагрузки, образование.

По всем шкалам тест-опросника К. К. Яхина и Д. М. Менделевича у 6 (20 %) исследуемых выявлено отсутствие нарушений; субкомпенсация и декомпенсация по одной или нескольким шкалам – у 24 (80 %); субкомпенсация по шкале тревоги – у 7 (23,33 %), декомпенсация – у 5 (16,67 %); по шкале невротической депрессии субкомпенсация установлена у 6 (20 %), декомпенсация – у 8 (26,67%) пациентов. По шкале астении субкомпенсация диагностирована у 5 (16,67 %), декомпенсация – у 3 (10 %) человек; по шкале истерии субкомпенсация – у 4 (13,33 %), декомпенсация – у 4 (13,33 %); по шкале obsессивно-фобических нарушений субкомпенсация – у 10 (33,33 %), декомпенсация – у 8 (26,67 %); по шкале вегетативных нарушений субкомпенсация – у 2 (6,67 %), декомпенсация – у 9 (23,33 %). Анализ факторов риска показал следующую их распространенность: отягощенность наследственности по психическим расстройствам – у 1 (3,33 %), по зависимости от алкоголя –

у 11 (36,67 %) больных. Суицидальные попытки у ближайших родственников имелись у 6 (20 %) обследованных. Высшее образование имели 27 (90 %). Черепно-мозговые травмы в анамнезе – у 7 (23,33 %). Стресс на работе испытывали 12 (40 %). Одновременно учатся и работают 8 (26,67 %) пациентов. В неполной семье воспитывались 8 (26,67 %).

Итак, в процессе исследования вероятность наличия невротических нарушений установлена у 80 % лиц 20–25 лет. Наиболее часто встречались обсессивно-фобические и вегетативные нарушения, а факторы риска: наличие высшего образования, стресс на работе, зависимость от алкоголя у ближайших родственников. Декомпенсация была свойственна лицам с черепно-мозговыми травмами, сочетавшим учебу и работу и близкие родственники которых имели психические заболевания.

Литература

1. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013–2015 годах / Б. А. Казаковцев [и др.] // Психическое здоровье. 2016. № 7. С. 3–22.
2. Катенко С. В. Особенности динамики показателей психического здоровья у студентов юношеского возраста по данным ретроспективного исследования // Здоровье населения и среда обитания. 2016. № 5. С. 36–38.
3. Карелин Д. О. Тревожность как личностный фактор суицидального риска у студентов вуза // Вестн. новых медицинских технологий. 2018. № 4. С. 58–60.
4. Белоусов П. В. О роли психосоматических заболеваний в формировании нарушения адаптации и суицидального поведения у лиц 18–24 лет г. Москва // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии : матер. Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием, посвящ. памяти профессора М.Я. Цуцульковской. М., 2018. С. 58–60.

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

З. С. Абдуллаева¹, А. В. Смирнова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Проблема лечения пролапса гениталий (ПГ) остается одной из наиболее важных для акушеров-гинекологов, сохраняя актуальность, несмотря на снижение занятости женщин на тяжелом производстве и повышение жизненного уровня населения России [1]. Следует отметить, что в последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости ПГ. Это объясняется в первую очередь увеличением продолжительности жизни женщины, а также высокими требованиями к каче-

ству жизни, возрастанием частоты возникновения рецидивов после хирургического лечения [2]. Известно, что первые симптомы нарушения функции тазовых органов появляются за несколько лет до обращения пациентки за квалифицированной медицинской помощью [3]. Так, по результатам зарубежных исследований, 50 % женщин имеет выраженные клинические симптомы ПГ, но лишь небольшая часть из них (10–20 %) понимают необходимость медицинского вмешательства. Клинические симптомы опущения и выпадения внутренних половых органов, как любое длительно текущее состояние, приносят женщине физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную активность, пагубно сказываются на психологическом состоянии, снижая социальную адаптацию.

Цель – оценить уровень невротизации пациенток с ПГ.

Исследование проводилось путем анкетирования женщин, поступающих на оперативное лечение ПГ в гинекологическую клинику ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России по «Шкале для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН)», разработанной в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [4]. Испытуемый в соответствии с инструкцией фиксирует на регистрационном бланке свои ответы на каждое из 45 утверждений. Учитывается оценка, которую получает испытуемый по шкале неискренности (Л), которой соответствует каждый пятый вопрос. При превышении суммы баллов по этой шкале результаты тестирования считаются недостоверными. Каждому ответу соответствует диагностический коэффициент, с помощью специального «ключа» в соответствии полом пациента высчитывается уровень невротизации. Всего проанкетировано 40 пациенток с ПГ. В качестве контрольной группы опрошено 30 практически здоровых женщин.

Исследуемые женщины были сопоставимы по возрасту, условиям проживания и социальному статусу. У 6 (15 %) пациенток с ПГ ответы оказались недостоверными, так как был превышен уровень лжи по шкале неискренности, в контрольной группе данный показатель составил 10 %. Только у каждой пятой больной основной группы нами выявлен преимущественно низкий уровень невротизации (20 % или 8 женщин), в группе контроля данный показатель составил 73 %, что достоверно ниже ($p < 0,05$). При низком УН отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, как известно, формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении и связанную с этими качествами высокую стрессоустойчивость [4, 5].

Большая же часть пациенток с ПГ (65 % или 26 женщин) имели высокий уровень невротизации, что достоверно выше, чем в контрольной

группе 17 % ($p < 0,05$). Как известно, при высоком уровне невротизации наблюдается выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, беспокойство, раздражительность). Такие личности склонны к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, на переживаниях своих личностных недостатков. Эти качества в свою очередь формируют в конечном итоге социальную дезадаптированность [4]. Вероятно, у 5 женщин из 30 (17 %) преобладает высокий уровень невротизации, что может говорить о негативном влиянии окружающей городской среды и общества на качество жизни и соответствует общемировым данным [5].

Экстраполируя невротические изменения личности пациенток с ПГ на течение основного заболевания, можно заключить, что больные испытывают не только физический дискомфорт из-за нарушения функции тазовых органов, но и социальную дезадаптацию во всех сферах жизни. Этот факт накладывает отпечаток как на взаимодействие пациентки с медицинским персоналом, так и определяет пессимистический настрой на предстоящую операцию и в целом на успех лечения.

Таким образом, больше половины обследованных с ПГ, поступая на оперативное лечение, имеет высокий уровень невротизации. Своевременное выявление данного факта на амбулаторном этапе позволяет провести необходимые коррекционные психологические мероприятия и создать позитивный настрой на предстоящее оперативное лечение и реабилитацию.

Литература

1. Гаспарян С. А., Афанасова Е. П., Стариченко Л. В. Применение сетчатых эндопротезов в лечении пролапса гениталий // Медицинский вестн. Северного Кавказа. 2011. № 1.
2. Аполихина И. А., Дикке Г. Б., Кочев Д. М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей // Акушерство и гинекология. 2014. № 9. С. 104–110.
3. Абдуллаева З. С., Смирнова А. В. Качество жизни пациентов с пролапсом гениталий // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : сб. науч. тр. Иваново, 2019. С. 219–220.
4. Шкала для экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) / под ред. проф. Л. И. Вассермана. СПб., 1999.
5. Кочеров С. В., Дмитриева К. П. Использование определения уровня невротизации и психопатизации как скрининговой экспресс-методики диагностики пограничных психических расстройств // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 4. С. 51–53.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ И НАЛИЧИЯ У НИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

П. А. Казнина¹, С. В. Смирнова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В последнее время в структуре общей заболеваемости школьников отмечается рост частоты психосоматических заболеваний. Одним из факторов, играющих роль в возникновении таких состояний, являются особенности личности [1]. Изучение взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей личности и психосоматических состояний поможет специалистам организовать медико-педагогическую и психологическую помощь подросткам, улучшить их социальную адаптацию и повысить не только самооценку, которая является важнейшим личностный показателем, имеющим многофакторный характер, социально обусловленным и неодинаково выраженным у разных людей, но и качество жизни [2].

Цель – установить взаимосвязь между особенностями личности и состоянием здоровья учащихся 7 и 11 классов средней школы № 3 города Фурманова.

В исследовании приняли участие 40 учащихся 7-х и 11-х классов средней школы № 3 города Фурманова. Средний возраст учащихся 7-го класса – 12,9 года; девочек – 55 %, мальчиков – 45 %; 30 % имели соматические расстройства или наблюдались по поводу хронических заболеваний. Средний возраст учащихся 11-го класса – 16,9 года; девушек – 65 %, юношей – 35 %; 35 % имели соматические расстройства или наблюдались по поводу хронических заболеваний. Для определения особенностей личности использовались авторская анкета-опросник, проективная методика исследования личности «Несуществующее животное», тест на определение самооценки у подростков по методике Р. В. Овчаровой и патохарактерологический диагностический опросник А. Е. Личко.

По данным анкетирования было выявлено, что в 7-м классе 77 % подростков воспитываются в полной семье, остальные 23 % имеют одного родителя и проживают с матерями и другими родственниками; в 11-м классе – 74 и 26 % соответственно. При исследовании особенностей воспитания 89 % мальчиков отметили, что их родители придерживаются демократичного стиля воспитания, а 11 % – авторитарного; 100 % семиклассниц и все старшеклассники ответили, что их родители придерживаются демократичного стиля воспитания. В свободное время 80 % подростков смотрят сериалы и проводят время в соцсетях, из них

только 25 % мальчиков и 19 % девочек занимаются спортом; 20 % ребят в свободное время читают и посещают организации дополнительного образования. 85 % старшеклассников свободное время посвящают просмотру сериалов и общению в соцсетях, из них только 28 % юношей и 11 % девушек занимаются спортом; 15 % – в свободное время гуляют и ходят в кино. 75 % семиклассников и 85 % одиннадцатиклассников считают обстановку в семье благоприятной, 25 % подростков и 20 % старшеклассников – удовлетворительную. В семьях 40 % подростков и 30 % старшеклассников время от времени возникают конфликты.

По результатам применения методики «Несуществующее животное» в 7-м классе было выявлено, что депрессивные тенденции (микрография) больше выражены у юношей (29 %) 16–17 лет, в то время как эмоциональная неустойчивость, склонность к аффективным реакциям (макрография) – у девушек 12–13 (73 %) и 16–17 (62 %) лет. Нейтральные образы имели большой удельный вес – от 56 до 77%. Угрожающие или агрессивные образы доминировали у девушек 12–13 лет (36 %) и у юношей 16–17 лет (29 %); пассивно-беззащитные – у мальчиков 12–13 лет (22 %). При обработке рисунков большое внимание уделялось отдельным деталям, сигнализирующим о демонстративно-истероидных чертах, самооценке, уровне адаптации, комплексах, тревожности и страхах.

Тест на определение самооценки показал, что у 12–13-летних мальчиков и 16–17-летних девушек преобладал средний уровень самооценки (56 и 62 %). Высоким уровнем самооценки обладали девочки 12–13 лет (46 %) и юноши 16–17 лет (46 и 43 %), низкий уровень самооценки в большей степени характерен для мальчиков 12–13 лет (44 %).

По результатам опросника А. Е. Личко было установлено, что у мальчиков наиболее выражены эпилептоидный (30 %), гипертимный (18 %), лабильный (14 %) и шизоидный (10 %) типы; у молодых людей преобладали эпилептоидный (20 %), гипертимный (20 %), истероидный (10 %), лабильный (10 %) и шизоидный (10 %) типы. У девочек выражены лабильный (22 %), шизоидный (16 %), гипертимный (14 %), истероидный и сензитивный (12 %), эпилептоидный (10 %); у девушек – гипертимный (24 %), лабильный (24 %), истероидный (12 %), эпилептоидный (10 %) типы.

Итак, в результате анализа вышеперечисленных данных была выявлена закономерность: для детей с психосоматическими расстройствами характерны замкнутость, сниженная адаптивность и потребность в опоре, склонность к одиночеству, отчужденность от окружающей обстановки, интроверсия, астенические и депрессивные тенденции. Им свойственны невротические черты поведения (агрессивность, кон-

формность, зависимость, тревожная мнительность, ранимость) в сочетании с инфантильностью и заниженной самооценкой. Эти ученики были из неполных семей, а также семей, где преобладала неблагоприятная психологическая обстановка и время от времени возникали конфликты; вышеперечисленные учащиеся не занимались спортом и вели малоподвижный образ жизни.

Литература

1. Серых А., Басюк В., Лифинцева А. Особенности детских психосоматических расстройств // Развитие личности. 2010. № 3. С. 59–69.
2. Овчарова Р. В. Практическая психология образования : учеб. пособие для студ. психол. фак. ун-тов. М. : Академия, 2003. 448 с.
3. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. М. : Владос-пресс, 2003. 160 с.
4. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО). – СПб. : Речь, 2013. 252 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДЕЗАДАПТАЦИЮ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХИКИ

А. В. Авагян¹, С. В. Смирнова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Пограничные психические нарушения могут возникать остро или развиваться постепенно, их течение может носить разный характер и ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием, хроническим течением. С учетом этого, а также на основе анализа причин возникновения в клинической практике выделяют различные формы и варианты пограничных состояний. При этом используют разные принципы и подходы: нозологическую, синдромальную, симптоматическую оценку, а также анализ течения пограничного состояния, его «остроты», «хроничности», динамической взаимосвязи различных клинических проявлений. С учетом многообразия этиопатогенетических факторов и особенностей проявления и течения к пограничным психическим расстройствам относят различные клинические формы и варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологическое развитие личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. В современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) пограничные психические расстройства рассматриваются

главным образом в разделах F4 («Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства»), F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»), F6 («Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых») и некоторых других.

Наиболее важным следствием любого пограничного психического расстройства является развитие у больного социальной дезадаптации той или иной степени выраженности [1].

Цель – проанализировать личностные факторы, вызывающие дезадаптацию при пограничных психических расстройствах у женщин Ивановской области.

На базе ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» обследовано 30 пациенток отделения невротиков в возрасте 17–80 лет (средний возраст – 38 лет). Была разработана авторская анкета. Было установлено, что средний рост опрошенных составил 156 см (148–181 см), масса тела – 55 кг (47–95 кг). Другие показатели обследованных: ИМТ (дефицит, нормальная, избыточная масса тела, ожирение I степени, ожирение II степени), гиперстенический тип конституции (астеник, нормостеник, гиперстеник), место жительства – г. Иваново, г. Родники, г. Шуя, г. Тейково, г. Южа, г. Кохма, , поселок Петровский, деревня Иванцово, образование – среднее профессиональное (общее, среднее профессиональное, высшее), место работы – пенсионер, стаж работы – 24,5 года (0–48 лет), семейное положение – разведена, замужем (разведена, замужем, не была в браке, вдова), наличие детей – 1 ребенок (0–3 детей), вид отдыха – пассивный (пассивный отдых, иногда занимаюсь спортом, предпочитаю занятия спортом), наличие вредных привычек – не имеются (курение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление наркотических средств, компьютерная зависимость, переедание), давность заболевания до первого обращения – 8 лет (1–25 лет), давность заболевания до первой госпитализации – 5 лет (0–25 лет), число госпитализаций – 2,6 раза (1–8 раз), удовлетворенность лечением – 5,8 балла (0–10 баллов). Были использованы три методики для определения личностных факторов: Айзенка – для определения темперамента и лжи [2], Шмишека – акцентуации характера [3], Ассингера [4] – для оценки агрессивности.

В результате исследования высокий уровень нейротизма выявлен у 50 % пациентов, склонность к интроверсии – у 40 %, искренность заполнения методик – у 76,7 %, выраженность застревания и педантичности выше среднего – у 60 %, акцентуация характера эмотивность и экзальтированность – у 20 %, умеренная агрессивность – у 80 %.

Таким образом, причиной дезадаптации, по нашему мнению, является преобладание личностных факторов, таких как высокий уровень

нейротизма, склонность к интроверсии, выраженность застревания и педантичности выше среднего, акцентуация характера эмотивность и экзальтированность, умеренная агрессивность.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : для слушателей системы последиplomного образования. М. : Медицина, 2000. С. 5–10.
2. Карелин А. А. Психологические тесты : энциклопедия. М. : Владос, 2007. С. 55–68.
3. Методика диагностики акцентуаций характера (опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека) [Электронный ресурс]. Режим доступа <https://psycabi-net/testy/395-test-oprosnik-g-shmisheka-k-leongarda-metodikaaktsentuatsii-kharaktera-i-temperamenta> (29.05.2019).
4. Опросник Ассингера [Электронный ресурс] // А. Я. Психология (azps.ru) : [web-сайт]. 29.05.2019. Режим доступа: http://azps.ru/tests/-tests_assinger.html (29.05.2019).

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА НА СТАДИЯХ ЛЕГКИХ И УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СНИЖЕНИЯ

М. С. Карпова¹

¹ ГКУЗ ВО «Областная психиатрическая больница № 2»

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является изучение патологического старения человека. Возросла актуальность своевременной диагностики и нозологической дифференциации деменции. Учитывая негативные социально-психологические последствия, широкую распространенность в популяции, исследование, направленное на выявление специфических нейро- и патопсихологических особенностей, представляется актуальным. Полученные результаты будут способствовать раскрытию специфики нарушений при сосудистых и атрофических деменциях позднего возраста. Прикладной аспект – установление дискриминативных маркеров, облегчающих дифференциальную диагностику [1, 2].

Цель – выявить дифференциально-диагностические возможности психодиагностического исследования при установлении специфических нейро- и патопсихологических особенностей у пациентов с сосудистыми (СД) и атрофическими деменциями позднего возраста.

На базе ГКУЗ ВО «ОПБ № 2» обследованы 47 пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозами «деменция при болезни Альцгей-

мера» (БА) (n = 20), «сосудистая деменция» (n = 27) легкой и умеренной степени. Проведено комплексное психодиагностическое исследование когнитивной, аффективной, личностной сферы пациентов. Полученные результаты соотнесены с работой трех функциональных блоков мозга с целью определения ведущих нарушений для установления дифференциально-диагностических маркеров СД и деменции при БА, с учетом динамики когнитивного дефицита, аффективных расстройств в легкой и умеренной степени деменции. Математическая обработка данных проведена методами вариационной статистики. Статистическая обработка данных осуществлялась по U-критерию Манна – Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Установлено, что комплексное психодиагностическое исследование наиболее эффективно при дифференциальной диагностике, т. к. чувствительно к специфическим проявлениям особенностей СЛ и деменции при БА. Наиболее информативные методы диагностики когнитивного дефекта: нейропсихологическое исследование, поиск чисел по таблицам Шульте, «отсчитывание», шкала памяти Векслера, заучивание десяти слов, методика «сравнение понятий», «исключение лишнего», «простые аналогии», «выделение существенных понятий», «интерпретация метафор и пословиц»; отслеживание особенностей аффективной, личностной сферы с помощью шкалы HADS, методики СМОЛ. Сравнительная характеристика когнитивных показателей показала доминирующую патологию глубинных структур при СД. Восприятие отличается нарушением целостности, пространственной составляющей, отмечается левостороннее игнорирование. Выявлены повышенная истощаемость внимания, большая сохранность опосредованной памяти, нежели механической; кривая запоминания носит «куполообразный» характер; мышление – с выраженной тенденцией к конкретизации. При переходе в умеренную степень динамика синдрома СД равномерно ухудшается по всем показателям, наиболее выраженное снижение происходит в мнестических процессах и зрительном гнозисе, динамических параметрах деятельности [1].

Таким образом, в основе синдрома СД первично лежит нарушение работы первого функционального блока мозга в совокупности с нарушениями работы второго и третьего блоков, проявляющиеся истощаемостью психических процессов, дефицитом энергетического обеспечения деятельности со снижением некоторых операциональных, мнестических и регуляторных компонентов, что согласуется с данными научной литературы [1]. Анализ аффективных расстройств при СД показал высокую представленность депрессии с тревогой, отмечен рост частоты депрессии с параноидным компонентом на стадии умеренной деменции, представленность депрессии с астенией на обеих стадиях СД приблизительно одинакова. Для структуры синдрома деменции при БА характер-

но вовлечение в патологический процесс в первую очередь третьего и первого функциональных блоков мозга при меньшей степени выраженности дисфункции второго блока [1]. Отмечались нарушения памяти на текущие события, утрата способности к точному воспроизведению анамнестических сведений, потеря текущей даты, дня недели, календарного года. При запоминании десяти слов фиксировалось персеверативное плато, отсроченное воспроизведение оставалось недоступно. Выраженные затруднения отмечались и при опосредованном запоминании. Применение методик оценки особенностей мышления при усложнении оставалось недоступным. При переходе в умеренную степень выраженности динамика синдрома деменции при БА показала значительное ухудшение произвольной регуляции, утяжеление мнестического дефекта. Таким образом, у больных деменцией при БА первично доминирует патология лобных структур с высокими показателями нарушения контроля, программирования, произвольной регуляции деятельности, динамического праксиса и номинативной функции речи, что согласуется с данными научной литературы [2, 3]. При деменции степени легкой при БА выявлялась значительная представленность депрессии с тревогой, на стадии умеренной деменции показатели были ниже.

Таким образом, структура нарушений зависит от степени и нозологической принадлежности деменции. Синдром СД характеризуется расстройством первого функционального блока мозга, при БА – патологией в первую очередь третьего и первого функциональных блоков мозга. Синдром СД при относительной сохранности операциональной стороны мышления и опосредованной памяти позволяет использовать смысловую организацию материала в реабилитации. Прогресс мнестических расстройств деменции при БА связан с нарастанием нарушений избирательности связей, патологической инертностью стереотипов, снижением возможностей коррекции мнестических дефектов опосредованием. На нарушение социальной адаптации влияет присоединение к когнитивному дефициту аффективных расстройств, что обосновывает применение методов психологической коррекции.

Литература

1. Огibalова Т. Ю. Нейропсихологические и клинические характеристики начальных проявлений первичных деменций : дис. канд. мед. наук. М., 2008. С. 3–19.
2. Балашова Е. Ю. Нарушение пространственных функций при сосудистых и атрофических деменциях позднего возраста : дис. канд. мед. наук. М., 1995. С. 51–214.
3. Рощина И. Ф. Нейропсихологическое исследование сенильной деменции // *Вопр. геронтопсихиатрии*. 1991. № 3. С. 111–115.

Секция «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

А. О. Ботова¹, А. В. Романова¹, О. В. Дудник¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность проблемы гепатита С (ГС) определяется высокой эпидемиологической и социально-экономической значимостью этого заболевания, широким и повсеместным распространением, активным вовлечением в эпидемический процесс лиц трудоспособного возраста, значительными расходами государства на лечение пациентов, инфицированных вирусным гепатитом С (ВГС) [1, 2]. Благодаря научным достижениям за последние 30 лет удалось изучить вирус ГС, разработать методы скрининга, диагностики и лечения хронического гепатита С (ХГС) [3]. Основой терапии является назначение комбинации различных противовирусных препаратов прямого противовирусного действия, а также интерферона альфа и др. Наиболее частыми нежелательными эффектами противовирусной терапии (ПВТ), связанными с применением интерферонов (ИНФ), являются гриппоподобный синдром, депрессия, раздражительность, бессонница, лейкопения, аутоиммунный тиреозит, тромбоцитопения. Прием прямого противовирусного препарата рибавирина может осложняться развитием гемолитической анемии [4].

Цель – определить частоту возникновения побочных эффектов ПВТ ХГС у пациентов разных возрастных групп.

Был проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов с ХГС, находившихся на лечении в гепатологическом центре ОБУЗ ГКБ № 1 г. Иваново в 2019 году. Анализу подвергались данные анамнеза, клинического осмотра, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, а также побочные эффекты, возникшие от проводимой терапии, в динамике за шесть месяцев. Диагноз ХГС установлен на основании обнаружения РНК ВГС методом ПЦР. Генотип 1-й наблюдался у 17 (28,3 %) больных, 2-й – у 11 (18,3 %) и 3-й – у 32 (53,3 %). Возраст пациентов варьировал от 25 до 71 года. В исследовании участвовали 28 (46,7 %) женщин и 32 (53,3 %) мужчины. Всем пациентам была

выполнена оценка степени фиброза печени на аппарате «FibroScan». Фиброз F 2 регистрировался у 3 (5 %) больных, F3 – у 34 (56,7 %), F4 – у 23 (38,3 %). Пациентам с ВГС 1-го генотипа была назначена тройная ПВТ ХГС (пегилированный интерферон альфа 2а – ПегИФНа2а, рибавирин, нарлапревир и ритонавир), 2-го и 3-го – двойная ПВТ ХГС (ПегИФНа2а и рибавирин).

Для установления частоты возникновения осложнений ПВТ пациентов разных возрастов мы разделили на пять групп: 20 до 30 лет (9 человек – 15 %), от 31 до 40 лет (23 – 38,3 %), от 41 до 50 лет (10 – 16,7 %), от 51 до 60 лет (7 – 11,7 %) и от 61 года и старше (11 – 18,3 %). В большинстве случаев у больных на фоне ПВТ мы наблюдали анемию легкой степени. Реже всего анемия регистрировалась в возрастной группе от 20 до 30 лет, чаще – у пациентов старше 61 года. Вместе с тем анемия средней степени определялась у пациентов от 61 года и старше с максимальными показателями на 12-й и 16-й неделях терапии. Возникновение анемии у пациентов потребовало коррекции дозы рибавирина, ПВТ не была отменена ни одному больному. Также распространенным побочным эффектом ПВТ являлась лейкопения. При этом наибольшее число больных с лейкопенией были в возрасте от 31 до 40 и от 51 до 60 лет, а наименьшее – от 41 до 50 лет. Частота выявления лейкопении у пациентов на фоне ПВТ ХГС возрастает с увеличением длительности ПВТ. Самым частым нежелательным явлением ПВТ ХГС являлась тромбоцитопения. Она наблюдалась у пациентов всех возрастных групп. Максимальные показатели зарегистрированы с 16-й по 24-ю неделю терапии. При этом снижение уровня тромбоцитов не потребовало коррекции терапии. У большинства пациентов зарегистрировано повышение концентрации сывороточного железа, чаще у больных старше 40 лет. При проведении ПВТ ХГС возможно развитие аутоиммунного тиреоидита. Изменение функции щитовидной железы в виде увеличения уровня ТТГ и снижения концентрации Т4 у обследуемых с большей частотой встречается в возрастной категории от 61 года и старше с первых недель терапии. Аутоиммунный тиреоидит чаще возникает у лиц возрастной группы от 61 года и старше, что требует назначения гормонозаместительной терапии и наблюдения у эндокринолога. Также важно отметить результаты ПВТ, т. е. достижение быстрого, раннего или частично раннего вирусологического ответа. Наилучший показатель получен у 9 (100 %) пациентов в возрасте от 20 до 30 лет, они достигли быстрого вирусологического ответа.

Как видим, у пациентов, получающих ПВТ ХГС старше 61 года, необходимо иметь настороженность по поводу развития анемии легкой и средней степени тяжести, а у пациентов в возрасте 30–41 и 51–60 лет – лейкопении. Для лиц старше 41 года характерно развитие синдрома пе-

регрузки железом. Наиболее удачный возраст для проведения ПВТ с минимальным количеством побочных эффектов и наилучшим результатом – 20–0 лет.

Литература

1. Косаговская И. И., Волчкова Е. В. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2013. № 1. С. 28–39.
2. Фазылов В. Х. Этиологические и патогенетические аспекты диагностики и лечения вирусных гепатитов // Казанский медицинский журн. 2013. № 6. С. 785–792.
3. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С / под ред. В. Т. Ивашкина, Н. Д. Юшук. М., 2017. 68 с.
4. Крюков Е. В., Поп В. П., Рукавицин О. А. Особенности гематологических нарушений у пациентов при хронической HCV-инфекции и подходы к лечению // Журн. для непрерывного медицинского образования врачей. 2018. № 3. С. 95–101.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Е. В. Виноградова¹, Н. Н. Федотова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является зоонозным природно-очаговым инфекционным заболеванием вирусной этиологии [1]. Ивановская область относится к территориям со средним риском заболеваемости. По данным Центра гигиены и эпидемиологии Ивановской области, в 2018 году отмечался подъем заболеваемости ГЛПС. Зарегистрировано 47 случаев болезни, заболеваемость составила 4,6 на 100 тыс. населения, что в 3 раза выше среднего многолетнего уровня. Врачами поликлиник, скорой медицинской помощи, приемного инфекционного отделения диагноз ГЛПС был поставлен в 39 % случаев, что свидетельствует о наличии трудностей в диагностике этого заболевания.

Цель – выявить объективные трудности, возникающие при постановке диагноза ГЛПС, для повышения качества диагностики.

Проведен анализ 41 случая ГЛПС, подтвержденного методом иммуноферментного анализа, у пациентов инфекционного отделения № 2 ОБУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Иванова в 2018 году. ГЛПС диагностирована у 30 мужчин и 11 женщин в возрасте от 19 до 71 года (средний возраст – $43,2 \pm 2,3$ года). Большинство больных (35 человек) поступили в стационар на 5–7-й день болезни. Сопутствующую па-

тологию имели 5 пациентов (гипертоническая болезнь, хронический гастродуоденит, мочекаменная болезнь, сахарный диабет 2 типа, хронические гепатиты В и С).

Заболеваемость ГЛПС среди мужчин была достоверно выше, чем среди женщин (73 и 27 % соответственно, $p < 0,05$), преобладали лица среднего возраста, что согласуется с литературными данными [1, 3]. Большинство заболевших проживало в городе Иваново (31 человек), в Ивановском и Палехском районах – по 3 пациента, в Ильинском – 2, в Тейковском и Лежневском – по одному больному. В литературных источниках, напротив, указывается на преобладание сельского населения среди больных с ГЛПС [1, 3]. Отмечена выраженная осенне-зимняя сезонность (90 % случаев): в сентябре заболели 6, в октябре и ноябре – по 10, в декабре – 11 пациентов. В 2018 году подъем заболеваемости ГЛПС совпал с подъемом заболеваемости острыми респираторными инфекциями. На догоспитальном этапе всех больных беспокоила лихорадка 38–40°C (38–39°C – у 13 (31 %), 39–40°C – у 28 (68 %) пациентов), длительность лихорадки составила от 2 до 10 дней, у 10 (24 %) больных имелись катаральные симптомы в виде тонзиллофарингита. При поступлении пациенты предъявляли следующие жалобы: повышение температуры тела – 31 (76 %), слабость – 20 (49 %), боль в поясничной области – 12 (29 %), боли в мышцах и суставах – 8 (19,5 %), тошнота и рвота – 5 (12 %), уменьшение диуреза, дизурия – 5 (12 %), головная боль – 3 (7 %), боли в животе – 1 (2,4 %), снижение остроты зрения – 2 (4,8 %). При тщательном сборе эпидемиологического анамнеза у всех больных установлено наличие контакта с грызунами: у 7 заболевших – по месту работы (машинист, газорезчик, механик, водитель, работник склада, закройщица, уборщица, грузчик, оператор станка, охранник), у 24 – на садово-дачных участках, у 8 – в частных домах по месту проживания, у 2 – в лесной зоне (охота, туристические походы). Заболевание протекало в тяжелой форме у 6 (12 %) пациентов, в среднетяжелой – у 18 (44 %), в легкой – у 17 (44 %). Для лиц с тяжелыми и среднетяжелыми формами ГЛПС была характерна цикличность болезни: выделялись начальный, олигурический и полиурический периоды, что согласуется с данными литературы [2]. На догоспитальном этапе 80 % пациентов отмечали уменьшение объема мочи. В стационаре у 4 больных зафиксирована олигурия (150–300 мл мочи в сутки), у одного пациента – анурия (30 мл в сутки). Геморрагический синдром имел место у 6 (25 %) (двое больных с петехиями на коже и слизистых, двое – с носовыми кровотечениями, двое – с кровоизлияниями в склеру). В общем анализе мочи у всех больных выявлена протеинурия, гиалиновые цилиндры – у 16 (66 %), микрогематурия – у 11 (46 %). Повышение уровня креатинина отмечено у всех пациентов, мочевины – у 19 (79 %). У трех заболевших ГЛПС развилась

острая почечная недостаточность, одному из них потребовалось проведение гемодиализа. При легком течении ГЛПС цикличность болезни отсутствовала, не наблюдалось олигурии, геморрагического синдрома, повышения уровня креатинина и мочевины крови. В общем анализе мочи у 73 % больных выявлена протеинурия.

Итак, клиническая диагностика ГЛПС представляла определенные трудности: подъем заболеваемости совпал с подъемом заболеваемости острыми респираторными инфекциями; начальный период болезни характеризуется лихорадочно-интоксикационным синдромом, специфические симптомы отсутствуют; высокая частота легких форм болезни, при которых клинические симптомы выражены слабо. Для постановки предварительного диагноза ГЛПС решающее значение имеют данные эпидемиологического анамнеза (контакт с грызунами), острое начало болезни с повышения температуры тела и симптомов интоксикации, наличие изменений в общем анализе мочи (протеин-, цилиндр-, микрогематурия).

Литература

1. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни : нац. рук-во. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 657–667.
2. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у взрослых : клин. рекомендации. М. : Международная ассоциация специалистов в области инфекций (МАСОИ), 2016.
3. Нехаев С. Г., Мельник Л. В. Актуальные аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом (обзор литературы) // Вестн. новых медицинских технологий. 2018. № 1. С. 5–12.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ HIV-1-ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ БЕЗ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Т. В. Дерова¹, А. А. Матвеева, В. Ф. Баликин¹, Д. И. Земсков²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия
Минздрава России

² ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова»

ВИЧ-инфекция – одна из основных проблем общественного здравоохранения. Феминизация пандемии (более 50 % заболевших приходится на женщин, наиболее часто репродуктивного возраста) привела к росту числа случаев вертикальной трансмиссии инфекции от матери к ребенку. В отдельных случаях у матерей и/или законных представителей детей имеет место отсутствие комплаенса к диспансерному наблюдению детей и приверженности к антиретровирусной терапии (АРВТ) у них. В сохраняющихся труднодоступных группах (потребители психоактивных веществ, вернувшиеся из пенитенциарной системы, мигрирующий

этнос) и группах маргинального поведения наблюдаются случаи очень позднего установления диагноза ВИЧ-инфекции и дебюта АРВТ у детей и их родителей. В последние годы стали чаще выявляться случаи у подростков, имеющих врожденную ВИЧ-инфекцию и не получающих АРВТ на протяжении всей жизни, что требует углубленного изучения.

Цель – изучить особенности течения ВИЧ-инфекции у девочки-подростка с врожденной HIV1-инфекцией, у которой диагноз установлен в пубертатный период, начало АРВТ было в 15 лет, имели место крайне низкая приверженность лечению и длительные коридоры его отсутствия.

В динамике наблюдения в клинике и в Центре по борьбе с ВИЧ/СПИД проведен анализ клинико-лабораторного течения и углубленное изучение медицинской документации (История развития ребенка, учетная форма 112/у; Карта стационарного больного, учетная форма 003/у) девочки 16 лет с врожденной HIV1-инфекцией (диагноз верифицирован PCR и W-Blott). Пациентка в течение всей жизни не получала АРВТ по причине категорического отказа матери и бабушки-опекуна (мать скончалась от ВИЧ/СПИД, когда ребенку было 14 лет) от лечения. При попытке начать АРВТ в 12 лет у девочки отмечалась нулевая приверженность к лечению.

Девочка родилась от ВИЧ-положительных родителей (потребители инъекционных психоактивных веществ; у специалистов не наблюдались, от лечения отказывались; оба умерли от СПИД) с признаками врожденной HIV1-инфекции (фетальная пневмония, фетальный гепатит, тромбоцитопения). Несмотря на настоятельные рекомендации специалистов ОБУЗ «Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (ЦБСПИДиИЗ) от АРВТ до и во время беременности, а также профилактики вертикальной трансмиссии инфекции к ребенку мать отказалась. Несмотря на то что диагноз установлен с рождения и матери предложена АРВТ ребенку, девочка не наблюдалась и терапию не получала. Показатели вирусемии – Viral Load (VL) – колебались в пределах 4 600 000–8 000 000 UI/mkl, уровень CD4+ хелперов-индукторов 120–460 cl/mkl. Хроническими бактериальными инфекциями девочка не болела; вторичных инфекций не отмечено; ОРИ встречались 3–4 раза в год; состояние органов и систем – без патологии; рост и развитие ребенка – без отклонений и соответствовали возрасту. В возрасте 14 лет в ЦБСПИДиИЗ установлена 4А стадия ВИЧ и начата АРВТ (азидотимидин, калетра), однако девочка принимала препараты крайне нерегулярно или не принимала. Показатели VL колебались в пределах 33 000–75 000 UI/mkl, уровень CD4+ хелперов-индукторов 120–360 cl/mkl. В 2018–2019 гг. после смерти матери от наблюдения и лечения категорически отказалась. Обращает внимание, что инфекционно-воспа-

лительные процессы респираторного тракта и других локализаций не отмечались, признаков вторичных инфекций не было, по соматическому статусу, включая рост и массу тела, оценку органов репродукции по Tanner девочка соответствовала возрастным критериям; иммунизация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок выполнена в срок, реакций и осложнений не было. ВИЧ-статус девочки: VL – 36 000 UI/ml, уровень CD4+ хелперов-индукторов – 30–120 cl/ml. По согласованию с ЦБСПИДИИЗ (диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза неполной ремиссии на АРВТ»). После обращения в органы прокуратуры и социальной защиты девочка согласилась возобновить прием препаратов АРВТ по схеме: эвиплера 1 табл./сут.

Следовательно, фетальная HIV1-инфекция без АРВТ может протекать длительно (до пубертатного периода) и компенсированно, не приводить к развитию синдрома иммунодефицита и не сопровождаться развитием СПИД, несмотря на низкие показатели CD4+ хелперов-индукторов и высокие значения вирусемии. Назначение АРВТ в препубертатном и пубертатном периодах имеет высокие риски низкой/нулевой приверженности и требует контроля с достижением высокого уровня комплаентности при психологическом сопровождении.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В. А. Елина¹, В. Ф. Баликин¹, С. В. Мельников²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия
Минздрава России

² ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова»

В условиях отсутствия в Национальном календаре профилактических прививок против вируса ветряной оспы (Varicella Zoster Virus – VZV) в последние 8–10 лет в России отмечается эпидемический подъем заболеваемости: по данным Роспотребнадзора, ежегодно регистрируется 500–700 тыс. случаев, преимущественно (7 %) у детей; инцидентность в детском возрасте составляет 7 000 на 100 тыс. Поражение VZV-инфекцией лиц фертильного возраста приводит к высокому риску вероятности развития врожденной и неонатальной ветряной оспы, которые, по мнению ряда авторов [1–3], протекают крайне тяжело. В неонатальном периоде заболеваемость составляет 1 на 200–1 500 новорожденных; синдром врожденной ветряной оспы – 1 на 40 000–80 000 новорожденных. Вместе с тем в последние годы отмечается существенный патоморфоз VZV-инфекции, что требует дальнейшего изучения.

Цель – определить клинико-лабораторные особенности течения ветряной оспы у новорожденных и детей первого года жизни.

Проведено наблюдение и ретроспективное изучение по материалам анализа медицинской документации (учетная форма 03/у) за период 2009–2019 гг. 4 новорожденных и 8 детей в возрасте до 1 года с диагнозом «Ветряная оспа», инфицированных перинатально, в неонатальном и постнатальном периодах, наблюдавшихся в ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова».

У 4 новорожденных синдрома врожденной ветряной оспы (ветряночная фетозембриопатия с гипоплазией/аплазией конечностей, микрофтальмией/анофтальмией, атрофией зрительного нерва, катарактой, хориоретинитом, микроцефалией, микрогирией с кортикальной атрофией) выявлено не было. Поскольку матери инфицировались на поздних сроках беременности – за 8 (3 беременные) – 14 дней (одна женщина) до родов, заболевание этих детей расценено как неонатальная ветряная оспа. Инфицирование беременных произошло во внутрисемейных очагах от старших детей садового и школьного возраста. В анамнезе у всех женщин отсутствовали указания на ранее перенесенную ветряную оспу и на контакт с больным ветряной оспой. Инфицирование VZV у рожениц в силу своевременности диагностики и лечения не привело к развитию осложнений (ветряночная пневмония – наиболее частое осложнение у беременных, эндометриты, абсцессы, флегмоны, сепсис) и летальных исходов. У матерей ветряная оспа протекала нетяжело: появившиеся единичные элементы сменились обильными высыпаниями (пятна, папулы, везикулы) на всем теле и на волосистой части головы. Температура тела не повышалась (36,6–36,9°C). Катаральных явлений не отмечалось. Во время родов признаки инфекции родовых путей отсутствовали. Родильницы были экстренно переведены в боксы инфекционной клиники под наблюдение инфекциониста с ежедневной консультацией акушера-гинеколога (по санитарной авиации). Трое детей находились на грудном, один ребенок – на искусственном вскармливании, сосали активно, в весе прибавляли.

У 3 детей на второй-третий день, у одного ребенка на четвертый-пятый день жизни на фоне нормальной (двое новорожденных) или субфебрильной (37,2–37,4°C) температуры тела появились единичные элементы в виде пятен и папул на туловище. Через один-два дня у всех новорожденных появились обильные высыпания с везикулярными элементами и корочками на волосистой части головы, туловище и конечностях. Единичные везикулярно-афтозные элементы отмечены на слизистых ротовой полости. На третий-четвертый день у всех детей имело место большое количество пустулезных элементов, часть которых имели выраженные признаки перифокального воспаления, однако омфали-

тов, флегмон, абсцессов, септического состояния на фоне проводимой терапии (цефалоспорины 3-го поколения, иммуноглобулины, альфа 2в интерфероны, топическая терапия) не отмечались. Признаков висцеральных поражений (легкие, центральная нервная система, кишечник и др.) не было. На 8-11-й день болезни у всех новорожденных вторичные элементы сыпи: корочки, единичные рубчики, зостериформные рубцы – не формировались. В удовлетворительном состоянии дети выписаны под наблюдение участкового педиатра. У 8 новорожденных ветряная оспа была диагностирована в возрасте 7–12 месяцев. Инфицирование грудных детей произошло во внутрисемейных очагах от старших детей садового и школьного возраста. У 7 новорожденных заболевание протекало в типичной среднетяжелой (5 детей) и легкой (2 ребенка) формах. Для всех было характерно постепенное начало болезни без подъема температуры тела или ее незначительное повышение до 37,2 до 37,5°C в первые один-два дня, интоксикация была выражена слабо. Сыпь появилась на второй-третий день болезни в виде единичных пятен и папул. На третий-четвертый день температура тела повышалась до 37,8 до 38,2°C. Обращало внимание обилие сыпи с большим количеством везикулярных элементов. Часто (у 6 из 8 наблюдавшихся) отмечалось наложение вторичной бактериальной инфекции и развитие гнойных очагов воспаления (пиодермия, инфильтрация – начинающаяся флегмона). Характерно, что перифокальная инфильтрация касалась не только везикул и язвочек после их вскрытия, но и пятен и папул. У одного ребенка с паратрофией II–III степени и status thymoso-lymphaticus в период обильной сыпи возникшие на фоне пустул элементы пиодермии с инфильтрацией своевременно не были диагностированы, на фоне топической терапии фукарцином развилась флегмона мягких тканей спины, сепсис, септический шок и летальный исход.

Таким образом, неонатальная ветряная оспа при своевременной диагностике и лечении протекает у новорожденных нетяжело, без висцеральных поражений и имеет благоприятные исходы. У детей первого года жизни – преимущественно в среднетяжелой форме с частым развитием гнойно-септических инфекций кожи, а у детей с паратрофией I и status thymoso-lymphaticus может осложняться флегмоной, септическим шоком с летальным исходом.

Литература

1. Врожденная ветряная оспа: актуальность, проблемы и клинический случай / Ю. В. Лобзин, Е. Ю. Скрипченко, Е. В. Карев, А. Б. Пальчик // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. 2012. Т. 57, № 2. С. 64–70.
2. Ветряная оспа у детей : рук-во для врачей / под. ред. проф. Н. В. Скрипченко. СПб. : Тактик-Студио, 2015.
3. Congenital varicella syndrome: still a problem? / C. Auriti, F. Piersigilli, M. R. De Gasperis, G. Seganti // Fetal Diagn Ther. 2009. Vol. 25(2). P. 224–229.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ
КАТАРАЛЬНОГО СИНДРОМА**

Е. Д. Игнатенко¹, С. Н. Орлова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 180 млн случаев заболевания ротавирусной инфекцией (РВИ), около 800 тыс. из них заканчиваются летальным исходом. Ротавирусы человека – основная причина развития инфекции, в раннем детском возрасте протекающей с тяжелым обезвоживанием [1, 2]: до 40–60 % случаев диарей, требующих госпитализации и неотложных мероприятий. При этом наблюдается значительная частота тяжелых форм болезни с летальным исходом и у детей, и у взрослых [3]. В России ежегодно регистрируется около 1 млн больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ), и более половины из них имеют вирусную (ротавирусную) этиологию, а нерегистрируемая заболеваемость вообще не поддается учету. В РФ за последние 15 лет этиологическая верификация ОКИ значительно улучшилась, о чем свидетельствует рост заболеваемости населения РВИ: с 3,2 на 100 тыс. населения в 1993 г. до 83,26 – в 2016 г., по данным государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2018 г.».

Цель – определить клинико-лабораторные особенности течения РВИ, протекающей с катаральным синдромом, у детей.

В основу работы положены данные проспективного наблюдения за 50 детьми с РВИ, находившимися на лечении в ОБУЗ «1-я ГКБ» г. Иванова в период с 2018 по 2019 гг. Диагноз РВИ был верифицирован методом ИФА. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия катарального синдрома (КС): 1-ю составили 19 (38 %) детей с РВИ без КС, 2-ю – 31 ребенок (62 %), у которого РВИ сопровождалась КС. Таким образом, в детском возрасте в 2018–2019 годах преобладали формы инфекции, сопровождающиеся респираторными симптомами.

У всех наблюдаемых была установлена средняя степень тяжести РВИ, что и определило показания к госпитализации в инфекционный стационар. Достоверные результаты у пациентов сравниваемых групп были получены при анализе выраженности рвотного синдрома. У детей с РВИ и КС рвота в основном заканчивалась в первые три дня, у каждого пятого она сохранялась от 4 до 5 дней и не было ни одного больного с рвотой в сроки болезни более шести суток. У пациентов с РВИ без КС

рвота сохранялась значительно дольше: у каждого третьего ребенка она наблюдалась до пятого дня болезни. Выраженность рвотного синдрома также была значительной у детей 1-й группы, у 42 % она регистрировалась более шести раз в сутки, в отличие от больных с КС, где такая интенсивность наблюдалась лишь у каждого четвертого ребенка. Также был проведен анализ длительности лихорадки в зависимости от наличия или отсутствия КС. Достоверные различия получены между показателями 1-й и 2-й групп: у детей 2-й группы в четверти случаев (25,8 %) РВИ протекала на фоне нормальной температуры тела, в 1-й группе нормальная температура тела зарегистрирована только у одного (5,3 %) ребенка. У пациентов 1-й группы (47,4 %) температура тела чаще поднималась до фебрильных цифр – 38,1–39,0°C. В структуре клинических проявлений РВИ, протекающей с КС, наиболее часто встречались такие симптомы, как: кашель – у 22 больных (70,9 %) пациентов, насморк – у 21 (67,4 %). Причем средняя продолжительность ринита составляла от одних до трех суток у половины (52,4 %) заболевших, у каждого третьего ринит сохранялся более шести дней. Такая же тенденция регистрировалась и в отношении кашлевого синдрома: чаще кашель продолжался до третьего дня болезни, но в 36,3 % случаев он был более продолжительным. У больных с катаральными и диспепсическими проявлениями РВИ потребность в проведении внутривенного введения жидкости наблюдалась и у младенцев (в 22 % случаев) и у детей старшей возрастной группы (в 34 %), что свидетельствует о развитии не только эксикоза, но и токсикоза.

Установлено, что у 62 % пациентов, нуждающихся в госпитализации, РВИ протекает с КС на фоне поражения желудочно-кишечного тракта, и только в 38 % случаев – по типу гастроэнтерита, без поражения верхних дыхательных путей. Требуется госпитализация каждому третьему ребенку (35 %) до одного года, больному РВИ с КС, при наличии гастроэнтерита – от одного до трех лет (74 %). Чаще госпитализируются неорганизованные дети (77 % – с КС и 63 % – с гастроэнтеритом), которые, по-видимому, впервые встречаются с данной инфекцией, что обуславливает тяжесть течения заболевания и отражает эпидемиологические особенности. Особенности клинических проявлений РВИ, протекающей с КС, является быстрое купирование рвоты (в течение первых трех суток) у 89 % больных, частое развитие фебрильной лихорадки продолжительностью не более двух суток.

Литература

1. Ротавирусная инфекция у детей раннего возраста / Н. П. Куприна [и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей : матер. Второго конгр. педиатров-инфекционистов России. М., 2003. С. 101.

2. Вирусные диареи у детей: особенности клинического течения и тактика терапии / О. В. Тихомирова [и др.] // Детские инфекции. 2003. № 3. С. 7–10.
3. Клиническое применение лекарственного препарата «Кипферон» : пособие для врачей. М., 2002. 32 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА В 2019 ГОДУ

И. С. Каюмова¹, П. К. Сивкова¹, М. И. Пермитина¹

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острый вирусный природно-очаговый зооноз, проявляющийся в виде капилляротоксикоза, геморрагий, нарушения гемодинамики и характерной почечной дисфункции по типу тубулоинтерстициальной нефропатии с формированием острой почечной недостаточности (ОПН) [2]. Резервуаром и источником заражения выступают многочисленные представители мышевидных грызунов. В Европейской части России основным источником инфекции является рыжая полевая мышь. Заболевание у грызунов протекает бессимптомно, вирус попадает во внешнюю среду с мочой, слюной и фекалиями животных. Заражение человека происходит преимущественно через респираторный тракт во время проведения сельскохозяйственных, садово-огородных работ, при посещении леса [1, 3]. Сезонность заболевания связана с активностью рыжей полевки и приходится на летне-осенний период. Максимальная заболеваемость в РФ регистрируется в Республике Башкортостан. Челябинская область имеет общие границы с Башкирией, в связи с чем в западных районах области имеется стойкий природный очаг ГЛПС [4, 5]. До 2018 г. самая высокая заболеваемость ГЛПС наблюдалась в Ашинском или Саткинском муниципальных районах Челябинской области у туристов и местных жителей. В 2019 г. отмечен рост показателя в 2,9 раза. В клиническом отношении ГЛПС отличается трудностью диагностики в начальном периоде. Это связано с отсутствием патогномичных симптомов в первые дни болезни. Сочетание лихорадки и респираторного синдрома диагностируется как острая респираторная инфекция. Появление сильных болей в животе симулирует картину острой хирургической патологии. Высокая лихорадка в сочетании с головной болью в летний сезон требует дифференциального диагноза с клещевым энцефалитом. В современной литературе имеется много исследований, характеризующих особенности ГЛПС в разных регионах РФ. Большинство авторов отмечают доб-

рокачества течения и незначительное количество тяжелых форм ГЛПС в Европейской части страны. Однако в доступной литературе отсутствуют описания особенностей течения ГЛПС в Челябинской области.

Цель – изучить клинико-эпидемиологические особенности течения ГЛПС в 2019 году в Челябинске.

Проведен ретроспективный анализ 14 историй болезни пациентов в возрасте 22–55 лет с верифицированным диагнозом ГЛПС, госпитализированных в инфекционное отделение ГКБ № 8 г. Челябинска в 2019 г. Для подтверждения диагноза использовали определение наличия антител IgM методом иммуноферментного анализа в парных сыворотках.

Получена следующая демографическая характеристика пациентов: 11 мужчин (средний возраст – 34,8 года) и 3 женщины (51,0 года); по социальному статусу 5 больных не работают, 5 являются служащими с высшим образованием, 4 – рабочие и служащие со средним образованием. Эпидемиологическая картина: 8 пациентов выезжали в Башкортостан или в Поволжье с туристическими целями, 3 – постоянно совершали длительные поездки по стране по служебной необходимости, остальные проживали на территории природных очагов (г. Уфа, Увельский район Челябинской области). Клиническая характеристика пациентов: у 8 заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 6 – в тяжелой. Ранняя госпитализация отмечена лишь у троих (21 %). При первичном обращении за медицинской помощью предполагались разные диагнозы: «лихорадка неясного генеза», «ОРВИ», «инфекция мочевыводящих путей», «острый живот», «гепатит». У всех больных общетоксический синдром характеризовался лихорадкой, высота и длительность которой не зависели от степени тяжести заболевания. Головная боль, озноб, тошнота и рвота выявлены у 8 пациентов. Геморрагический синдром в виде экзантемы или энантемы – у 6 (43 %). Боли в поясничной области и снижение диуреза отмечались в трети случаев. У 1/3 больных наблюдались периферические отеки и выпоты в полостях. Лабораторные маркеры: протеинурия регистрировалась у всех пациентов, в трети случаев – более 1 г/л; микрогематурия – у 11 (78,5 %). В общем анализе крови у большинства больных (64 %) выявлены лейкоцитоз, нейтрофилез, тромбоцитопения. Критические показатели уровня К⁺ (свыше 5,3 ммоль/л) и креатинина (выше 600 мкмоль/л) обнаружены в 36 % случаев. Синдром гепатита в виде повышения уровня аминотрансфераз зарегистрирован у всех больных.

Итак, в современный период в эпидемический процесс ГЛПС активно вовлекается городское население. Среди заболевших преобладают мужчины. Ранняя госпитализация реализуется только у 1/5 больных. Врачи первичного звена имеют низкий уровень клинической настороженности в отношении ГЛПС. Особенностью течения ГЛПС является поражение печени у

всех больных и редкое развитие геморрагического синдрома. Заболевание все чаще протекает в виде дисфункции разных органов и систем.

Литература

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – проблема здравоохранения настоящего / В. А. Иванис, А. Ф. Попов, Г. С. Томилка, В. А. Фигрунов // Тихоокеанский медицинский журн. 2015. № 1. С. 21–25.
2. Нехаев С. Г., Мельник Л. В. Актуальные аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом (обзор литературы) // Вестн. новых медицинских технологий. 2018. № 1. С. 151–158.
3. Рошупкин В. И. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Куйбышев : Куйбышевский мед. ин-т, 1982. С. 39–41.
4. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (история, проблемы и перспективы изучения) / Е. А. Ткаченко [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2016. Т. 15, № 3. С. 23–34.
5. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (обзор литературы) / Д. Х. Хунафина [и др.] // Международный журн. экспериментального образования. 2014. № 8, ч. 1. С. 14–17.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ

К. О. Кокурина¹, И. П. Смирнова¹, В. Ф. Баликин¹, С. Ю. Каплина²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановский центр по борьбе с ВИЧ/СПИД»

В настоящее время увеличивается число ВИЧ-положительных женщин фертильного возраста, что обуславливает ежегодный рост числа детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, несмотря на профилактику передачи вируса от матери к ребенку [1, 2]. В последние годы в связи с развитием движения, отрицающего существование ВИЧ-инфекции («ВИЧ-десидентс»), формируется тенденция к отказу от лечения детей с ВИЧ-инфекцией, особенно среди родителей маргинальных групп [3]. Это приводит к поздней диагностике и началу лечения в далеко зашедших стадиях, что приводит к летальным исходам.

Цель – выявить и изучить особенности иммунологических и вирусологических показателей у детей с ВИЧ, инфицированных перинатально, которые не получали или начали получать антиретровирусную терапию (АРВТ) очень поздно.

Проведен анализ медицинской документации (учетная форма 112/у) 6 детей с диагнозом ВИЧ, инфицированных перинатальным путем, которые наблюдаются в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Все дети взяты на учет в связи с перинатальным контактом по HIV1 у матери. Профилактика передачи вируса от матери к ребенку (ППМР) в полном объеме проведена только у одного ребенка, в остальных случаях матери отказались от профилактики, а также имели низкую приверженность к терапии во время беременности. Средний возраст постановки на диспансерное наблюдение в центре был очень поздним (медиана составила $7,6 \pm 0,1$ года). Диагноз у детей подтвержден лабораторно методами PCR, ELISA, Western-Blott.

До момента взятия на учет АРВТ детям не проводилась. У 5 детей на начало АРВТ установлен диагноз «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, прогрессирование без АРВТ». У одного пациента в 2 года выявлена 3-я стадия, однако в 4 года произошло быстрое прогрессирование болезни – установлена 4А стадия болезни. На момент начала терапии уровень CD4 клеток в динамике составлял 14, 117, 3,12, 381 и 983 кл./мкл (соответственно), вирусная нагрузка (ВН) – 16 240, 190 000, 46 000, 2 900, 12 096 и 11 053 коп./мл соответственно, что отражало тяжелую иммуносупрессию на фоне умеренной вiremии. У двух детей в начале лечения имели место периоды нерегулярного приема препаратов, наблюдалось ухудшение состояния – увеличение ВН более 2 log, но с возобновлением лечения отмечалась положительная динамика. В последующем все пациенты имели высокий уровень приверженности к терапии и у 5 из 6 наблюдавшихся достигнута неопределяемая ВН (в среднем спустя 20 месяцев АРВТ), отмечен устойчивый вирусологический ответ и наступила ремиссия. У одного ребенка АРВТ начата очень поздно (не получала АРВТ до 7 лет из-за отказа матери) – в 8 лет (CD4+ 3 кл./мкл, ВН – 13 000 коп./мл), в комбинации (калетра + фузеон). Наблюдалось прогрессирование инфекции, рост ВН и низкие значения CD4 (36 кл./мкл), развилась пневмония; начата терапия стокрином + комби-виром, но через несколько месяцев лечение было прервано (категорический отказ матери). Заболевание стремительно прогрессировало и достигло 4В стадии. Дальнейшее лечение (калетра + фузеон) было безуспешным. В РКИБ (г. Усть-Ижора) назначена схема АРВТ (калетра + абакавир + эпивир), курсы антибиотиков широкого спектра действия, противогрибковых препаратов. Однако роста клеток CD4+ не отмечалось (3–30), ВН составила 150 коп./мл. Летальный исход последовал через 4 месяца безуспешной терапии на фоне цитомегаловирусной инфекции с признаками тяжелого гепатита, возможно, смешанной этиологии (гепатотоксичность). Нельзя исключить, что девочка являлась так называемым «иммунологическим неответчиком» («non responder») на АРВТ, что связано с очень низким количеством лимфоцитов CD4+.

Таким образом, естественное течение HIV1 без АРВТ у детей с вертикальной трансмиссией инфекции от матери протекает гетерогенно, с разными темпами прогрессирования болезни. Начало лечения, реализо-

ванное в поздние сроки жизни ребенка, может быть неэффективным. При поздно начатой терапии, особенно комбинированными препаратами, в условиях физиологического созревания и дифференцировки иммунной системы, у отдельных детей в короткие сроки развивается выраженный «синдром восстановления иммунитета», что на фоне токсических реакций может привести к реактивации и тяжелому течению вторичных инфекций и в ряде случаев к летальному исходу.

Литература

1. Goulder P. J., Levis S. R., Leitman E. M. Pediatric HIV infection the potential for cure // Nat. Rev. Immunol. 2016. Vol. 16. P. 259–271.
2. Genetic and Immunologic Heterogeneity among Persons Who Control HIV Infection in the Absence of Therapy / F. Pereyra [et al.] // The J. of Infectious Diseases. 2008. Vol. 197. P. 563–571.
3. Demographics and natural history of HIV-1-infected spontaneous controllers of viremia // AIDS. 2017. May; Vol. 31, Issue 8. P. 1091–1098.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н. Т. Мавлянова¹, К. Э. Мавлянова¹, Л. Э. Хасанова¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Согласно данным многочисленных исследований, поражения слизистой оболочки ротовой полости являются наиболее ранними индикаторами ВИЧ-инфекции и первыми симптомами данного заболевания. Патология слизистой оболочки ротовой полости на фоне ВИЧ-инфекции может иметь как типичные манифестные проявления, так и более смазанную или атипичную клиническую картину [1, 3]. Признаки ВИЧ-инфекции в ротовой полости обычно не являются патогномичными для данного заболевания и отличаются широким разнообразием. Клинический полиморфизм стоматологических проявлений ВИЧ-инфекции может быть обусловлен как прямым цитопатическим действием вируса на организм, так и вторичными изменениями вследствие иммунодефицита [4]. Вместе с тем установлено, что ряд признаков поражения слизистой оболочки полости рта связан с начальными стадиями ВИЧ и представляет собой ранний клинический маркер инфекции, другие же проявления заболевания можно рассматривать в качестве предикторов перехода ВИЧ в СПИД [2].

Цель – изучить нозологическую структуру поражений слизистой оболочки ротовой полости у ВИЧ-инфицированных пациентов.

На базе Республиканского центра по борьбе с ВИЧ и СПИД г. Ташкента было исследовано состояние ротовой полости у 100 ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете. Основным

критерием включения в исследование являлась стадия развития ВИЧ-инфекции – только ВИЧ-носители. Обследованы 57 мужчин и 43 женщины в возрасте от 20 до 55 лет по стандартной методике, включавшей общепринятые клинические исследования полости рта. Состояние пародонта, слизистой оболочки полости рта, языка и красной каймы губ оценивались визуально. Для определения нуждаемости обследуемых в пародонтологическом лечении применяли коммунальный пародонтальный индекс CPI, который определялся по стандартной методике [3].

Исследования показали, что среди ВИЧ-носителей была выявлена достаточно высокая распространенность патологии слизистой оболочки и пародонта. Наиболее высокой была частота пародонтита – 71 %. Достаточно часто у пациентов встречался и ангулярный хейлит (52 %), что можно объяснить наличием у большинства гипо- и авитаминоза вследствие неблагоприятных условий жизни. Сравнительно редко у пациентов наблюдались такие воспалительные заболевания ротовой полости, как катаральный (17 %) и десквамативный гингивит (11 %), а также афтозный стоматит (12 %). Важную роль в развитии указанных заболеваний играет также отсутствие должной гигиены ротовой полости. Индекс CPI по итогам обследования составил в среднем $2,45 \pm 0,15$ балла. Достоверных различий в значениях индекса по полу не отмечено. Так, у женщин он составил $2,4 \pm 0,22$ балла, тогда как у мужчин – $2,7 \pm 0,12$ балла. У 90 % пациентов отмечены отложения над- и поддесневого зубного камня, при этом у 25 % – обильные. Течение пародонтита у ВИЧ-инфицированных отличалось слабой выраженностью клинических проявлений воспалительного процесса в тканях десны при практически полном отсутствии субъективных ощущений. Через 40–50 с после начала зондирования десны возникала кровоточивость. Анкетирование пациентов показало, что у 24 (30 %) из них наблюдалась кровоточивость десен во время приема пищи и чистки зубов. В целом было установлено, что у ВИЧ-носителей заболевания слизистой оболочки полости рта отличались латентным течением и стертой клинической картиной. Особого внимания заслуживает тот факт, что большая часть обследованных не предъявляла жалоб на боль или дискомфорт в полости рта, не придавала значения слабо выраженным субъективным ощущениям, считая их нормальным явлением, не требующим медицинской помощи.

Следовательно, у ВИЧ-инфицированных пациентов состояние ротовой полости отличается высокой распространенностью стоматологической патологии, характеризующейся латентным течением. Более глубокое исследование и знание клинических проявлений ВИЧ-инфекции в ротовой полости может позволить практикующим врачам своевременно заподозрить наличие вируса в организме и принять соответствующие меры в отношении ведения пациента.

Литература

1. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта / Д. М. Мезгильбаева [и др.] // Наука и мир. 2014. № 4. С. 102–107.
2. Чешко Н. Н., Походенько-Чудакова И. О., Жаворонок С. В. Проявление ВИЧ инфекции в полости рта и челюстнолицевой области // Оказание специализированной помощи, профессиональная практика : учеб. пособие. Минск : БГМУ, 2012. 28 с.
3. Максимовская Л. Н., Шатохин А. И., Ермак Т. Н. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта у лиц с ВИЧ-инфекцией // Российский стоматологический журн. 2005. № 2. С. 24–26.
4. Greenspan J. S., Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world // Oral Diseases. 2002. Vol. 8(2). P. 34–39.

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ГЕНОТИПОВ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ HIV1+HCV МАТЕРЕЙ

*А. А. Матвеева¹, Т. В. Дерова¹, В. Ф. Балакин¹,
С. Ю. Каплина³, И. В. Тезикова^{1, 2}*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия
Минздрава России

² ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова»

³ ОБУЗ «Ивановский Центр по борьбе с ВИЧ/СПИД»

В настоящее время на фоне глобальной пандемии ВИЧ/СПИД участились случаи микст-инфекции ВИЧ 1 (HIV1) и гепатита С (HCV), что приводит к вертикальной трансмиссии от матери к ребенку нескольких вирусов. Перинатальная HCV-вирусная инфекция, обладающая высоким хронизирующим потенциалом у ребенка, представляет чрезвычайно важную проблему практической медицины. HCV-вирус крайне гетерогенен, имеет семь генотипов (GT) и более 100 квазивидов; кроме того в последние годы выявлены рекомбинантные штаммы. При микст-инфицировании HIV1+HCV в иммунологически компрометированном организме возникают особенно сложные иммунные взаимоотношения вируса HCV. С одной стороны, резко повышается вероятность повторного инфицирования HCV-вирусом и в ряде случаев в организме детектируют наличие двух генных вариантов HCV одновременно. С другой – высокоактивная антиретровирусная терапия (АРВТ) воздействует не только на репликацию HIV1/2, но с помощью нуклеозидных аналогов – на HCV. В этом случае возможна супрессия одних вирусов и появление в циркуляции других. Некоторые авторы отмечают гетерогенность генотипического спектра вирусных генотипов HCV у матери и плода/ребенка при вертикальной трансмиссии [1, 2], что требует дальнейшего изучения.

Цель – изучить особенности клинического течения фетальной HCV-инфекции при вертикальной трансмиссии вируса HIV1 и HCV к ребенку, рожденному от HIV1+HCV положительной матери, и риски гетерогенности генотипов HCV вируса у матери и ребенка.

В гепатологическом отделении детской инфекционной клиники ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова» и в Центре по борьбе с ВИЧ/СПИД проведено динамическое наблюдение 4 детей в возрасте от 6 до 8 лет, рождённых от HIV1-положительных матерей с HCV с генотипами 1-го (GT1), 2-го (GT2) и 3-го типа (GT3) и проанализированы История развития ребенка (учетная форма 112/у); Карта стационарного больного (учетная форма 003/у). Все дети имели врожденную HCV-инфекцию. (диагноз верифицирован с помощью полимеразной цепной реакции (PCR); иммуноферментного анализа (ELISA). Определяли наличие антител к поверхностным гликопротеинам – Ab GP 120, GP 41; использовался иммунный блоттинг – «Western Blot», аналог – «Spectr»).

При рождении у всех детей отсутствовали признаки врожденной ВИЧ-инфекции, но у двоих детей отмечались незначительное увеличение и минимальные нарушения функции печени (активность АлАТ в пределах 1,5–2 значений референсной верхней границы нормы – ВГН), что дало основания заподозрить фетальную HCV-инфекцию (по МКБ-Х у новорожденного выставлен диагноз В18.2). Все дети наблюдались по перинатальному контакту с HIV1 (по МКБ-Х диагноз Z20.6) и HCV(по МКБХ диагноз Z20.5). У троих детей в возрасте 5 и 8 лет, рожденных от матерей с гепатитом С (у одной HCV генотип GT1, у другой – HCV генотипы GT3+GT1) выявлен хронический гепатит С (anti HCV IgM positiv), генотип GT3, неактивный, нулевая стадия фиброза F 0. У девочки 6 лет, рожденной от матери 33 лет, в течение 12 лет страдающей ВИЧ-инфекцией HIV1 и хроническим гепатитом HCV GT1 (на всем протяжении со времени постановки диагноза наблюдается и получает АРВТ в Центре по борьбе с ВИЧ/СПИД), установлен диагноз хронического вирусного гепатита С (anti HCV IgM positiv), GT 3, неактивный, F0.

Углубленный анализ показал, что у отцов всех детей, рожденных от второго или третьего брака, имелась HIV1-инфекция, у двоих – хронический гепатит С, генотип не установлен. Все женщины исходно лечились АРВТ (вирусная нагрузка на фоне длительной АРВТ перед родами была неопределяемой), а с наступлением беременности получали трехэтапную профилактику передачи (вертикальной трансмиссии) ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), родоразрешение осуществлялось путем планового кесарева сечения. Признаки врожденной ВИЧ-инфекции у одной девочки отсутствовали. У двоих детей с рождения выявлен фетальный гепатит HCV-этиологии. При обследовании и наблюдении по перинатальному контакту по HIV1-инфекции (Z 20.6) в течение 18 месяцев с использованием PCR, ELISA (Ab GP 120, GP 41) и Western-Blot диагноз ВИЧ-

инфекции снят у всех детей. По поводу фетального HCV-гепатита дети получали курс альфа-2в-интерферона в течение 6 месяцев, силимарины («Galstena»). При обследовании на генотип HCV установлен GT3.

При повторном обследовании матерей на GT HCV определены исходные генотипы, не совпадающие с генотипами у детей. На протяжении периода наблюдения парентеральные, оперативные, стоматологические вмешательства детям не проводились. Причину разных генотипов HCV у матери и ребенка можно объяснить тем, что исходно существующие у матерей генотипы HCV были ингибированы постоянной АРВТ, а при повторных браках женщины дополнительно суперинфицировались новым генотипом HCV, который на фоне ППМР не был супрессирован, в результате реализовалась вертикальная трансмиссия инфекции HCV новым GT от матери к ребенку.

Как видим, при наличии у беременной микст-HIV1+HCV-инфекции при применении трехэтапной ППМР в форме АРВТ риск вертикальной трансмиссии HIV1 минимален в сравнении с передачей HCV. В условиях иммунокомпрометированного организма у пациентов с HIV1-инфекцией возможна суперинфекция другим генотипом HCV, который может быть реализован при вертикальной трансмиссии на фоне супрессии исходного генотипа HCV при длительной АРВТ.

Литература

1. Кистинева Л. Б. Перинатальный гепатит С: комплексная оценка факторов риска // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. 2012. Вып. 2. С. 58–63.
2. Лобзин Ю. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным острым вирусным гепатитом С. М. : ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015. С. 31.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА

Е. А. Миронова¹, М. С. Философова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В последние годы наметилась выраженная тенденция к активизации энтеровирусной инфекции (ЭВИ), о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных регионах эпидемиологические подъемы и вспышки заболеваемости [1]. Энтеровирусы – это повсеместно распространенные РНК-вирусы, вызывающие заболевания с широким спектром клинических симптомов – от лихорадки и сыпи до тяжелых поражений сердечно-сосудистой и центральной нервной систем [2, 3]. Анализируя ситуацию в Иванове и Ивановской области, можно отметить устойчивый рост заболеваемости ЭВИ. В 2016 г. на лечении в ОБУЗ «Пер-

вая городская клиническая больница г. Иванова» находилось 14 пациентов с диагнозом ЭВИ, который был подтвержден методом ПЦР с обнаружением РНК энтеровируса в кале и ротоглотке, в 2017 г. пролечены 33 больных, в 2018 г. – 81. В большинстве случаев среди госпитализированных были дети – 72 %: 38,5 % – в возрасте от 3–7 лет, 33,3 % – от года до 3-х лет. В 2018 г. заболевание протекало в трех основных формах: наиболее часто встречалась герпангина – 34,6 %, реже – экзантема – 32,3 %, серозный менингит – 9,8 %, сочетание герпангины с экзантемой – 23,3 %. Следует отметить, что на фоне лечения отмечалась быстрая положительная динамика, даже при развитии менингита уже через 2–3 дня наблюдался выраженный регресс основных клинических симптомов.

Цель – изучить клинические проявления внутрисемейной вспышки ЭВИ, где заболело 5 детей и двое взрослых.

Проведен ретроспективный анализ клинических вариантов ЭВИ в условиях семейной вспышки: заболели 5 детей и двое взрослых. Дети проходили лечение в инфекционном отделении № 3 ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова». Все случаи верифицированы методом ПЦР с обнаружением РНК вируса в мазках из ротоглотки и в кале.

Внутрисемейный очаг ЭВИ представлен 5 детьми в возрасте от 8 месяцев до 11 лет, из них один мальчик и 4 девочки, и двумя взрослыми (мать и отец). Девочка С. 8 месяцев поступила 8.09.2019, заболела остро 7.09.2019, появился насморк, мелкопятнистая сыпь, повысилась температура тела до 40°C, стала вялой, пропал аппетит. При осмотре: состояние средней тяжести, на коже туловища, конечностей – мелкопятнистая сыпь, затрудненное носовое дыхание, разлитая гиперемия в зеве, единичные везикулы на небных дужках, увеличение небных миндалин 2-й степени. Диагноз: «ЭВИ, герпангина, экзантема, средней степени тяжести». Девочка А. 10 лет поступила 8.09.2019 на первые сутки болезни с жалобами на повышение температуры тела до 39,3°C, однократную рвоту, боли в горле. При осмотре: состояние средней тяжести, увеличение подчелюстных и переднешейных лимфоузлов, разлитая гиперемия в зеве, везикулы на миндалинах, на слизистой щек, неба, увеличение небных миндалин 2-й степени, предварительный диагноз: «ЭВИ, герпангина средней степени тяжести». Девочка О. 11 лет поступила 8.09.2019 на первые сутки болезни с жалобами на головную боль, трехкратную рвоту, не приносящую облегчение, повышение температуры тела до 39,6°C, насморк. При осмотре: состояние средней тяжести, увеличение переднешейных лимфоузлов, гиперемия мягкого неба, небных дужек, увеличение миндалин 2-й степени, обильная везикулезная сыпь на мягком небе, миндалинах, небных дужках, предварительный диагноз: «ЭВИ, герпангина средней степени тяжести». Девочка К. 6 лет поступила

9.09.2019 на третий день болезни. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39°C, кашля, насморка и боли в горле. При осмотре: состояние средней тяжести, яркая, разлитая гиперемия в зеве, везикулы на небных дужках, затруднение носового дыхания, предварительный диагноз: «ЭВИ, герпангина средней степени тяжести». Мальчик Я. трех лет поступил 9.09.2019 на третий день болезни с жалобами на кашель, повышение температуры тела до 39°C, насморк и сыпь на теле пятнистого характера. При осмотре: состояние средней тяжести, мелкопятнистая сыпь на лице, туловище и конечностях, затрудненное носовое дыхание, разлитая гиперемия в зеве, единичные везикулы на небных дужках, предварительный диагноз: «ЭВИ, герпангина средней степени тяжести». Все дети были выписаны с выздоровлением в соответствии со сроками эпидемиологической опасности на 10-й день болезни. Родители детей заболели 10.09.2019, перенесли инфекцию в легкой форме в виде герпангины.

Таким образом, семейные вспышки ЭВИ характеризуются высокой интенсивностью эпидемического процесса с охватом в течение трех-пяти дней, поражает даже грудных детей. Взрослые переносят болезнь в легкой форме. В условиях вспышки отмечается разнообразие клинических форм ЭВИ, доминирует герпангина.

Литература

1. Энтеровирусные инфекции: современные особенности / В. А. Анохин, А. М. Сабитова, И. Э. Кравченко, Т. М. Мартынова // Практическая медицина. 2014. № 9(85). С. 52–57.
2. Семейные очаги энтеровирусной инфекции (клинические случаи) / Н. В. Матиевская, А. Л. Совкич, Т. В. Амвросьева, Ю. А. Шилова // Актуальная инфектология. 2019. № 4. С. 211–214.
3. Энтеровирусная инфекция у детей: клинико-эпидемиологические особенности на современном этапе / Г. П. Мартынова [и др.] // Детские инфекции. 2016. № 3. С. 15–18.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ, У ВЗРОСЛЫХ

К. В. Шипулин¹, Ле Куанг Тхинь¹, М. А. Колосова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать лидирующие позиции в инфекционной патологии у взрослых. Среди бактериальных кишечных инфекций немалое значение занимает условно-патогенная флора (УПФ), которая может приводить к тяжелому течению

и даже летальному исходу от обезвоживания [1, 2]. Выросло количество случаев заболевания данной нозологической формой среди взрослого трудоспособного населения, что приводит к их госпитализации и дополнительным экономическим потерям [3].

Цель – изучить особенности клиники и эпидемиологии ОКИ, вызванных УПФ, у взрослых.

В основу исследования был положен ретроспективный анализ 70 историй болезней пациентов инфекционного отделения № 5 ОБУЗ «Первая городская клиническая больница г. Иванова» за 2019 год, у которых в бактериологическом анализе кала была обнаружена УПФ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Medstatistic.

По данным исследования, среди больных ОКИ, вызванных УПФ, в основном преобладали лица молодого возраста – от 18 до 30 лет – 45 (64,4 %); в гендерном аспекте доминировали лица мужского пола – 52 (74,3 %). По этиологии количество случаев ОКИ, вызванных УПФ, от общего количества кишечных инфекций составило 18,1 %. В основном среди возбудителей преобладали *Klebsiella pneumoniae* (38,6 %) и *Staphylococcus aureus* (37,1 %), остальные возбудители встречались значительно реже: *Klebsiella oxtosa* вызвала заболевание у 4,3 % пациентов, *Pseudomonas aeruginosa* – у 7 %, *Staphylococcus epidermidis* – у 5,7 %, *Enterobacter aerogenes* – у 2,9 %, *Citrobacter freundii* – у 1,4 %. У 95,3 % пациентов с ОКИ, вызванных клебсиеллой и синегнойной палочкой, заболевание начиналось с повышения температуры тела до фебрильных цифр, со средней длительностью лихорадки $4,42 \pm 1,84$ суток ($p < 0,05$). У большинства больных с другими возбудителями ОКИ (80,2 %) наблюдались субфебрильные цифры лихорадки с длительностью в среднем $1,47 \pm 1,56$ суток ($p < 0,05$). Частая рвота (5–10 раз за сутки) отмечалась у больных с клебсиеллой и стафилококком со второго дня болезни (70 %), многократная рвота (более 10 раз за сутки) отмечалась у пациентов с синегнойной палочкой и энтеробактером, также начиналась в ранние сроки болезни (89 %). Диарея отмечалась у всех больных с ОКИ, вызванных УПФ, частота стула варьировала от 5 до 10 раз за сутки (95,7 %). Стул больных с клебсиеллезной кишечной инфекцией в историях болезни характеризовался врачами как жидкий каловый, с зеленью и слизью, по типу «болотной тины» (76,4 %), в 13,2 % отмечался гемоколит (стул с прожилками крови), т. е. имел сходство со стулом, вызванным таким патогеном, как сальмонелла. Средняя длительность диареи у данной группы пациентов составила $4,78 \pm 1,72$ суток ($p < 0,05$). В 97,2 % случаев оценка тяжести заболевания характеризовалась как среднетяжелая, и признаки дегидратации I–II степени фиксировались в 52,9 % случаев, что требовало назначения этиотропной антибактери-

альной и регидратационной инфузионной терапии. В гемограммах у 84,3 % пациентов отмечался умеренный лейкоцитоз, среднее значение – $10,6 \pm 1,2$ Г/л и повышение СОЭ до 23 ± 4 мм/ч. В общем анализе мочи у 91,4 % больных выявлялась умеренно выраженная протеинурия без признаков воспаления, что могло свидетельствовать о токсическом действии возбудителя на почки. Среди больных преобладали мужчины, у которых в эпидемиологическом анамнезе отмечалось употребление уличной еды (шаверма, шашлык и т. п.), а также несоблюдение гигиенических правил (употребления немытых овощей и фруктов, приёмы пищи грязными руками, употребление просроченной пищи).

Как видим, среди больных с ОКИ, вызванными УПФ, преобладали лица в мужского пола молодого возраста, которые предположительно заразились в результате несоблюдения правил личной гигиены и употребления в пищу уличной еды сомнительного качества. Среди возбудителей преобладали *Klebsiella pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*, что в связи с распространённостью данных микроорганизмов и активной социальной жизнью людей требует большего внимания к профилактике данных заболеваний. ОКИ протекали в среднетяжелых формах, с частой рвотой, диареей, фебрильной лихорадкой и признаками обезвоживания. УПФ часто приобретает характер течения патогенной флоры (сальмонеллы, шигеллы и др.), что при отсутствии своевременной помощи может привести к гиповолемическому шоку и прочим неотложным состояниям.

Литература

1. Покровский В. И., Пак Г. С., Брико В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 106–127.
2. Змушко Е. И., Шувалова Е. П., Жанр Е. С. Справочник инфекционным болезням. М., 2015. С. 230–268.
3. Черкасский Б. Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. М., 2016. С. 156–192.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

М. А. Шульга¹, И. А. Круглая²

¹ БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1»

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Инфекционная патология нервной системы является одной из важных медико-социальных проблем неврологии [1–3]. В 2018 г. в Забайкальском крае отмечен очередной подъём заболеваемости, показатель составил 24,9 на 100 тыс. населения, что выше показателя 2017 г. на 47,3 % [4, 5]. Заболеваемость энтеровирусным менингитом в 2018 г.

составила 0,4 на 100 тыс. населения против 0,3 в 2017 г., по удельному весу – 1,5 против 1,6 % в 2017 г. Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в возрастных группах детей 1–2 лет (312,5). Из 267 случаев энтеровирусной инфекции, зарегистрированной в 2018 г., диагноз подтвержден только методом ПЦР в 100,0 % случаев. Рост заболеваемости связан с доминирующей циркулирующей энтеровирусом Коксаки В5 (44,2 %), Коксаки А6 (22,7 %), Коксаки В4 (12,3 %), ЕСНО11 (4,3 %), ЕСНО12 (12,9 %), ЕСНО13 (1,8 %), энтеровирус 70 типа (1,2 %), ЕСНО19 (0,6 %).

Расширяющиеся возможности диагностики позволяют выявлять коморбидные состояния, которые меняют течение основных заболеваний, а их своевременная коррекция позволяет улучшить течение основного заболевания [4, 5]. Таким образом, дальнейшее изучение особенностей иммунопатогенеза острого периода серозного менингита (СМ) является важным аспектом клинической медицины для своевременной коррекции выявляемых нарушений иммунитета, что позволит своевременно скорректировать их и сократит сроки выздоровления [6]. Среди медицинских аспектов СМ определяющая роль по-прежнему отводится дальнейшему совершенствованию лечебных мероприятий [5, 6].

Цель – исследование иммунограммы, цитокинового статуса и местного иммунитета пациентов для повышения качества лечения СМ энтеровирусной этиологии.

Под нашим наблюдением находилось 87 детей в возрасте от 3 до 16 лет с СМ энтеровирусной этиологии. Диагноз был поставлен на основании клиники заболевания и данных вирусологического, ликворологического, серологического обследований.

Эпидемиологический анализ показал, что все случаи заболевания регистрировалось с июня по октябрь, максимальное количество заболевших приходилось на сентябрь. Мальчики болели чаще и составили 59 % всех заболевших. В возрастной структуре преобладали дети школьного возраста, средний возраст – $8,7 \pm 0,3$ года. У 1/3 больных наряду с СМ имелись другие проявления энтеровирусной инфекции: эпидмиалгия (9,7 %), герпетическая ангина (23,5 %) и экзантема (9,6 %).

Проведенные исследования выявили повышение уровней ИФН- α и ФНО- α в крови, что указывает на активизацию цитокиновой системы. При этом аналогичные вышеназванные показатели в сыворотке крови у детей с нейротоксикозом, при котором воспалительные изменения в мозговых оболочках отсутствовали, оказались более высокими ($122,3 \pm 8,4$ и $116,6 \pm 7,9$ ЕД/мл соответственно, $p < 0,05$), что, по-видимому, можно расценивать, как адекватную реакцию цитокиновой системы, способную создать в организме состояние, предотвращающее проникновение вируса через гематоэнцефалический барьер.

Исследование состояния лабораторного статуса у детей с СМ выявило незначительную активизацию цитокиновой системы, достоверное увеличение содержания общих лейкоцитов за счет количества нейтрофилов: их сегменто- и палочкоядерных форм, уменьшение уровня общих лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических, В-клеток и О-лимфоцитов, снижение резервных возможностей нейтрофилов, увеличение уровня иммуноглобулина М. В остром периоде СМ формируется недостаточность количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических, В-клеток, IgA с частотой 30–85 % и избыток продукции IgM и фагоцитарного числа по данным частотного анализа. Патологический процесс изменил гематологические, иммунологические и цитокиновые показатели.

Исследование состояния местного иммунитета слюны у детей выявило достоверное снижение уровня sIgA и IgG. Все это свидетельствует об иммунодепрессивной направленности выявленных изменений.

Итак, выявленные нарушения указывают на иммунопатогенетические аспекты развития СМ, которые обуславливают тяжесть клинического течения данной патологии на современном этапе и диктуют необходимость применения иммунокорректирующих средств в комплексном лечении данной патологии. Это приведет к сокращению сроков заболевания, повысит эффективность реабилитационных мероприятий, будет способствовать повышению качества жизни пациентов.

Литература

1. Способ дифференциальной диагностики острых менингитов у детей / О. А. Панина [и др.] // Научно-медицинский вестн. Центрального Черноземья. 2005. № 21. С. 1–3.
2. Особенности местного иммунитета у детей с рекуррентными респираторными инфекциями на фоне атопического дерматита / Е. И. Погорелова, А. В. Почивалов, А. А. Звягин, О. А. Панина // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20, № 3. С. 105–109.
3. Панина О. А. Клинико-иммунологическое значение интерферонотерапии в лечении серозных менингитов у детей : дис. ... канд. мед. наук / ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии». М., 2005.
4. Солунина М. А., Барзакова М. Н., Панина О. А. Клинико-диагностические особенности гнойного менингита у детей первого года жизни // Молодёжный инновационный вестн. 2013. Т. 2, № 1. С. 62.
5. Панина О. А., Куприна Н. П. Способ этиотропного лечения серозных менингитов энтеровирусной этиологии // Научно-медицинский вестн. Центрального Черноземья. 2005. № 21. С. 4–6.
6. Панина О. А., Шульга М. А., Погорелова Е. И. Актуальные вопросы терапии серозных менингитов // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 4. С. 231–234

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЮГЕЛЬНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

О. А. Мамедов¹, Р. В. Бобокалонов¹, Е. И. Рубцов¹, Ш. Ф. Джураева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В последние годы протезирование посредством бюгельных конструкций приобрело большую популярность у населения. Это связано в первую очередь с улучшением качества данных конструкций, изготовленных с применением новых материалов, которые позволяют сделать протез более легким и менее заметным для окружающих. Еще одним плюсом является удобство данной конструкции [1, 2]. Бюгели являются разновидностью съемных протезов. Основой подобной конструкции является цельнолитой металлический каркас. Как правило, к изготовлению подобного протеза прибегают при отсутствии большого количества зубов и возможности изготовить мостовидные протезы или использовать импланты. Важным аспектом является распределение жевательной нагрузки. При применении бюгельного протеза нагрузка равномерно распределяется на оставшиеся зубы, а также на ткани пародонта в области отсутствующих зубов, что является важным преимуществом [1].

Цель – оценка факторов риска, влияющих на отдаленные результаты протезирования бюгельными конструкциями.

В период с 2018 по 2020 гг. на базе кафедры стоматологии № 1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и стоматологического центра «КРАНЭКС» г. Иваново проведено стоматологическое обследование 48 пациентов (23 мужчины и 25 женщин) в возрасте от 38 до 62 лет. Обследованные были распределены по возрасту и полу: в возрастной группе 38–45 лет – 8 мужчин и 7 женщин, 46–50 лет – 5 мужчин и 8 женщин, 51–59 лет и старше – 10 мужчин и 10 женщин. В обследовании использовали методы стоматологического осмотра с тщательным изучением состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР). Также обращали внимание на степень фиксации протеза и количество обращений для корректировки конструкции, определяли наличие различных травматических повреждений в области протезного ложа. Проведено интервьюирование пациентов.

Статистическая обработка цифрового материала произведена с использованием программного обеспечения STATISTICA SPSS (версии 12.0) для Windows. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Материалом для всех протезов послужил акрил. Выяснилось, что в $43,8 \pm 0,25$ % случаев повреждения встречались в зоне прикрепления боковых тяжей слизистой оболочки в области вторых премоляров верхней челюсти, в $25,0 \pm 0,22$ % – повреждения располагались в области уздечки верхней челюсти. На нижней челюсти достоверно ($p \leq 0,05$) наибольшая локализация повреждений наблюдалась в области челюстно-подъязычной линии ($47,9 \pm 0,28$ %). Мы заключили, что локализация травматических повреждений на СОПР напрямую зависит от количества и качества проводимых корректировок, так как повреждения в основном наблюдались в их области. В ходе клинического осмотра выявлена некачественная подготовка зубов к протезированию ($14,6 \pm 0,36$ %), вследствие чего была нарушена фиксация протеза в полости рта, что в свою очередь привело к нарушению распределения жевательного давления. Пациенты были направлены на рентгенологическое исследование, отмечены изменения в тканях периодонта в виде резорбции костной ткани ($12,5 \pm 0,31$ %).

Следует отметить наличие у пациентов соматической патологии: гипертоническая болезнь 1-й и 2-й степени ($6,3 \pm 0,29$ %), сахарный диабет (СД) ($14,6 \pm 0,30$ %), хронический гастрит ($25,0 \pm 0,33$ %), у одного больного зафиксирован наследственный синдром Жильбера. У 4 ($8,3 \pm 0,37$ %) пациентов с СД были обнаружены язвы, причинами которых стала механическая травма СОПР протезом; у $95,8 \pm 0,23$ % – выявлен протезный стоматит: гиперемия СОПР в области контакта с протезом, язвы различной величины. У 32 ($66,7 \pm 0,35$ %) больных была выявлена гиперемия, у 14 ($29,2 \pm 0,31$ %) – гиперемия сочеталась с язвами на верхней и нижней челюсти ($p \leq 0,05$). Для лечения стоматита пациентам были назначены различные эпителизирующие препараты, такие как метрогил-дента, холисал и камистад.

Согласно данным осмотра, хорошая фиксация протеза наблюдалась в $60,4 \pm 0,29$ % случаев, удовлетворительная – в $20,8 \pm 0,20$ %, неудовлетворительная – в $18,8 \pm 0,33$ %, причем плохая фиксация протеза у большей части пациентов происходила на нижней челюсти.

Итак, на этапе планирования лечения и снятия оттиска, а также при подготовке полости рта больного первостепенной задачей врача является грамотный сбор анамнеза, проведение осмотра, а также подбор такой кламмерной системы, которая будет давать как можно меньшую нагрузку на СОПР. Факторы риска, влияющие на отдаленные результаты лечения, – ошибки на этапах протезирования ($20,7 \pm 0,40$ %), неудовлетворительная гигиена ($33,4 \pm 0,48$ %), отягощенный соматический ста-

тус ($45,9 \pm 0,45 \%$). Необходимо соблюдать алгоритм проводимых манипуляций, динамическое наблюдение за пациентом в течение шести месяцев после протезирования, контроль за проведением гигиенических мероприятий.

Литература

1. Спиридонова О. В. Бюгельное протезирование в ортопедической стоматологии // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 3. С. 75–78.
2. Миронова М. Л. Съемные протезы : учеб. пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 455 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА И РЕЖИМ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

А. А. Алесандрова¹, Ш. Ф. Джураева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В современной стоматологии большое внимание уделяется изучению кариеса зубов, так как это заболевание часто осложняется развитием очагов хронической интоксикации [1]. Существует множество мнений по поводу этиологических факторов, способствующих развитию данной патологии. Научно доказанной причиной развития кариеса зубов является кислая среда ротовой полости. Продукты, разной кислотности, достигающие полости рта, играют ведущую роль в возникновении патологий ротовой полости. Слюна, в норме обогащенная кальцием, фосфатами, содержащая карбонаты, натрий, калий, магний и обладающая щелочными свойствами, при низком значении рН приводит к очаговой деминерализации эмали зубов с появлением эрозий твердых тканей зубов и образованием в них полостей – кариеса. При этом существует множество этиологических факторов, вызывающих смещение кислотно-щелочного баланса слюны [2].

Цель – изучить комплексное влияние гигиенического состояния полости рта и режима питания на состояние твердых тканей зубов до и после проведения лечебно-профилактических мероприятий.

В период с 2016 по 2020 г. на базе кафедры стоматологии № 1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и ГБПОУ ВО «Владимирский базовый медицинский колледж» было обследовано 40 пациентов в возрасте от 17 до 22 лет, из них 18 женщин и 22 мужчины. Прием начинался со сбора анамнеза и заполнения анкеты, благодаря которой оценивались знания респондента о гигиене полости рта и характере питания. Пациентов разделили на две группы: основная – 22 обследованного с неправильным режимом питания, в рационе которых преобладали по-

луфабрикаты и различные газированные напитки, группа сравнения – 18 человека, соблюдавших правила питания и употреблявших воду.

Каждому пациенту была проведена профессиональная гигиена полости рта с использованием методик ультразвукового удаления минерализованных зубных отложений, «Air-Flow», полировка при помощи абразивной пасты «Detartrine Z», реминерализирующая терапия фторлаком. На модели полости рта проведено обучение правильной технике чистки зубов. Каждому пациенту даны рекомендации и подобраны индивидуальные предметы и средства гигиены полости рта. Стоматологический осмотр проводился в динамике до и после (через 12 месяцев) процедур по алгоритму с учетом следующих показателей: индекс КПУ(п), индекс кариесогенности зубного налета, исследование pH слюны при помощи лакмусового индикатора, гигиенический индекс Грина – Вермильона. Статистическая обработка цифрового материала произведена с использованием программного обеспечения STATISTICA SPSS (версии 12.0) для Windows. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Распределение пациентов в основной группе по предпочитаемым напиткам: Coca-Cola – 7, Fanta – 6 и кофе – 9 пациентов. У обследуемых основной (86,4 ± 2,37 %) и контрольной (88,9 ± 2,45 %) групп до употребления напитка, натошак, уровень pH ротовой жидкости был практически одинаковым и колебался в среднем от 6,8 до 6,9. После употребления напитков показатель достоверно ($p \leq 0,05$) изменился: в основной группе – снизился в среднем до 4,5–4,7 (54,5 ± 2,42 %) и 5,5–5,7 (45,5 ± 2,44 %). В контрольной – находился в пределах нормы – от 6,9 до 7,2 (88,9 ± 2,40 %).

У 10,0 ± 3,35 % обследуемых зубной налет окрасился в желтый цвет, что соответствует уровню pH выше 6,5 и свидетельствует о низкой кариесогенности налета; у 17,5 ± 2,38 % – в розовый цвет (уровень pH – 6–6,5 (низкая кариесогенность); у 72,5 ± 2,31 % – в красный цвет (уровень pH – 4,5–6 (высокая кариесогенность) ($p \leq 0,05$).

Индекс КПУ(п) в основной группе в среднем составил 7,5 (77,3 ± 2,47 %), среднецифровой индекс гигиены – 1,8; в группе сравнения – 4,2 (83,3 ± 2,45 %), что достоверно ниже ($p \leq 0,05$), индекс гигиены – в среднем 1,6. После проведения профессиональной гигиены, санации полости рта и индивидуальной беседы о вреде напитков через 12 месяцев индекс кариесогенности зубного налета в основной группе достоверно ($p \leq 0,05$) улучшился: у 77,3 ± 2,36 % лиц налет окрасился в желтый и розовый цвет, что соответствует уровню pH от 6 до 6,5 и выше (низкая кариесогенность), у 22,7 ± 2,33 % – в красный (уровень pH – 4,5–6 – высокая кариесогенность налета).

Таким образом, обилие зубных отложений, вызванное отсутствием соответствующей индивидуальной гигиены полости рта, – один из основных факторов риска развития патологии твердых тканей зубов. Неправильный режим питания, когда в рационе преобладают полуфабрикаты и газированные напитки, усугубляют кариесогенную ситуацию. Напитки изменяют рН слюны, тем самым вызывая дисбаланс в процессах реминерализации и деминерализации в сторону деминерализации, что в последующем может стать причиной образования кариозной полости.

Литература

1. Петрова В. О., Джураева Ш. Ф. Зависимость стоматологического статуса от уровня психофизического развития у детей с ограниченными возможностями здоровья // Прошлое, настоящее и будущее детской стоматологии : матер. науч.-практ. конф. Минск, 2019. С. 88–92.
2. Леонтьев В. К. Об этиологии кариеса зубов // Институт стоматологии. 2019. № 1 С. 34–35.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

А. И. Майорова¹, Р. В. Бобокалонов¹, Ш. Ф. Джураева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Известно, что эффективная терапия начальных воспалительных изменений в тканях пародонта, в частности гингивитов, предупреждает дальнейшее распространение процесса и развитие пародонтита [1–3]. Гипертрофический гингивит встречается довольно часто, вопросы комплексного лечения и профилактики заболевания изучены недостаточно. Вызывает затруднение выявление ведущих этиологических факторов возникновения патологии, среди которых аномалии прикуса, применение лекарственных препаратов, болезни крови, гиповитаминоз С, эндокринные нарушения, ювенильный гормональный статус в пубертатном периоде, гормональные сдвиги при беременности [3]. Следует особо обращать внимание на углубленное обследование пациентов, поскольку гипертрофический гингивит в некоторых случаях может быть единственным ранним клиническим симптомом основного заболевания [2, 3].

Цель – изучить сравнительную эффективность комплексной терапии хронического генерализованного гипертрофического гингивита (ХГГГ) с использованием различных препаратов для склерозирующей терапии (СТ).

В период с 2016 по 2020 гг. на базе кафедры стоматологии № 1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и Городской стоматологической поликлиники № 2 г. Иванова проведено комплексное обследование

и лечение 65 пациентов в возрасте от 17 до 30 лет (45,7 % мужчин, 54,3 % женщин) с ХГГГ лёгкой и средней степени тяжести. Продолжительность заболевания у пациентов колебалась от одного года до 10 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от применяемых препаратов для СТ. Базисную терапию, включающую мероприятия профессиональной гигиены полости рта, использование ирригационного метода для осуществления правильного ухода на участках с ложными пародонтальными карманами, местное применение антибактериальных и противовоспалительных средств, устранение окклюзионной травмы, СТ 30 %-ным раствором глюкозы проводили 21 пациентом I группы. У 44 больных II группы сохранялась последовательность мероприятий, проводимых в I группе, с использованием 0,5%-ного раствора полидоканола для СТ. Для оценки динамики воспалительного процесса анализировались результаты стоматологического обследования, пробы Шиллера – Писарева, рентгенологического исследования, а также папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (ПМА), индекс Мюлемана, характеризующий кровоточивость десны. Статистическая обработка цифрового материала произведена с использованием программного обеспечения STATISTICA SPSS (версии 12.0) для Windows. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования показали, что у лиц II группы на фоне сочетанного применения базисной и СТ полидоканолом показатели статистически значимо выше, чем в группе I ($p \leq 0,05$). Отмечена положительная динамика индекса ПМА (среднецифровые значения до лечения – $20,58 \pm 0,54$ %, после терапии – $16,31 \pm 0,39$ %), пробы Шиллера – Писарева ($4,5 \pm 0,71$ и $1,5 \pm 0,42$ соответственно). При оценке кровоточивости десны установлено, что этот показатель в среднем изменился с $2,0 \pm 0,66$ до $0,4 \pm 0,27$ балла с воспалительной патологией пародонта. Терапевтический эффект у пациентов с гипертрофическим гингивитом лёгкой степени наблюдался уже во второе посещение, а у больных с гипертрофическим гингивитом средней тяжести – на пятый день посещения. Положительные результаты комплексного лечения сохранялись в динамике через 6 и 12 месяцев.

У пациентов I группы в показателях стоматологического статуса произошли менее ощутимые изменения. При подробном анализе исходов пародонтологического лечения выявлено, что у пациентов с ХГГГ средней тяжести оно было недостаточным для полного улучшения состояния десны.

На восьмой день посещения показатели состояния тканей пародонта в динамике изменились незначительно: индекс кровоточивости уменьшился в среднем с $1,8 \pm 0,38$ до $1,3 \pm 0,59$ балла, индекс ПМА – с $20,15 \pm 0,32$ до $18,45 \pm 0,53$ %, проба Шиллера – Писарева – с $4,9 \pm 0,69$

до $2,5 \pm 0,88$, кровоточивость десны по Мюлеману – $2,0 \pm 0,66$ и $0,4 \pm 0,27$ балла до и после терапии больным с воспалительной патологией пародонта. У пациентов с ХГГГ лёгкой степени отмечено полное выздоровление на седьмой день посещения.

Таким образом, на фоне комплексного лечения с использованием 0,5%-ного раствора полидоканола для СТ у пациентов с ХГГГ отмечены положительные сдвиги в клинических и пародонтологических показателях стоматологического статуса.

Литература

1. Цепов Л. М., Николаев А. И., Наконечный Д. А. Концепция одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита. Ч. I // Пародонтология. 2016. Т. XXI, № 4(81). С. 10–16.
2. Ушаков Р. В., Герасимова Т. П. Механизмы тканевой деструкции при пародонтите // Стоматология. 2017. № 4. С. 63–66.
3. Цепов Л. М., Цепова Е. Л., Цепов А. Л. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) // Пародонтология. 2014. Т. XXI, № 3(72). С. 3–6.

ТЕХНИКА БИМАКСИЛЛЯРНОЙ ОСТЕОТОМИИ С ПОМОЩЬЮ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ КАППА-ШПЛИНТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

И. И. Мукимов¹, Ш. Т. Шокиров¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Врожденная расщелина губы и неба (ВРГН) – тяжелый порок развития челюстно-лицевой области, который характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. Важность проблемы разработки и совершенствования методов хирургического лечения больных с деформациями челюстей, прежде всего, определяется большим числом пациентов с деформациями лицевого скелета после устранения расщелин губы и неба.

Цель – повысить эффективность реабилитации больных с ВРГН, сопровождающимися функциональными и эстетическими нарушениями средней зоны лица после хейло- и уранопластики, за счёт разработки алгоритмов планирования и комплексного хирургического лечения.

Для предупреждения технических ошибок при бимаксиллярной остеотомии нами предложено использовать промежуточные каппы-шплинты. Для получения эффекта хирургического лечения до операции совместно с ортодонтом планировали оптимальное положение верхней и нижней челюсти. Первая каппа – новое положение верхней челюсти

и старое положение нижней челюсти (для точной постановки верхней челюсти в новую окончательную позицию). Вторая каппа – новое положение верхней и нижней челюстей (для окончательных фиксации нижней челюсти по новой позиции верхней челюсти)

После остеотомии верхней челюсти по Лефорт I и выдвижения в новое положение с использованием промежуточных капп-шплинтов угол SNA составил $82,1 \pm 2,1$ градуса, угол ANB – $2,1 \pm 1,2$ градуса, а после смещения нижней челюсти кзади угол SNB составил $79,4 \pm 2,2$ градуса. Контрольные цефалометрические измерения в динамике наблюдения, выполненные через 12 (T3) и 24 (T4) месяца, показали стабильное положение верхней и нижней челюсти. У 20 пациентов не наблюдалось рецидивов угловых и линейных параметров.

По данным клинико-рентгенологического исследования и оценки состояния окклюзии, бимаксиллярное хирургическое лечение дает стабильный анатомо-функциональный результат у 87 % пациентов. Увеличение U6-Ptv и достоверное улучшение угловых параметров ANB, SNA, SNB и SNPog указывают на изменение положения верхней и нижней челюстей относительно основания черепа и друг друга. У 13 % больных, у которых отмечалось обратное сагиттальное смещение верхней челюсти, деформация стала менее выраженной, чем до операции. После бимаксиллярной хирургии по предложенной методике у пациентов улучшились цефалометрические показатели SNA, которые составили $82,5 \pm 2,1$, SNB – $79,4 \pm 2,2$, ANB – $2,1 \pm 0,3$. Цефалометрические измерения в динамике через 12 и 24 месяца выявили стабильное положение верхней и нижней челюстей.

Планирование хирургического лечения больных с верхней ретрогнатией должно проводиться с учетом данных всех методов исследования и создания оптимального баланса прикуса с множественными фиссурно-бугорковыми контактами между зубами-антагонистами. Для этой цели необходимо совместно с ортодонтом изготавливать промежуточные каппы-шплинты, что увеличивает возможность точной постановки челюстей в заранее установленном ортогнатическом положении. Использование титановых мини-пластин и мини-шурупов обеспечивает надежную фиксацию и стабилизацию фрагментов челюстей после бимаксиллярной операции.

Таким образом, для достижения планируемого послеоперационного положения челюстей необходимо поэтапно использовать предложенные нами промежуточные каппы-шплинты, позволяющие сопоставить челюсти в ортогнатическом прикусе с максимальным фиссурно-бугорковым контактом. Для предупреждения интерпозиции мягких тканей в зазор остеотомии и стимулирования регенерации необходимо провести одномоментную костную пластику дефекта передней стенки

верхней челюсти костным блоком из гребня подвздошной кости, фиксируя мини-пластинами.

Литература

1. Presurgical nasopalveolar molding for cleft lip and palate: the application of digitally designed molds / C. Shen [et al.] // Plastic and Reconstructive Surgery. 2015. № 135. P. 1007–1015.
2. Shokirov Sh. T., Wangerin K. Transantral distraction devices in correction of severe maxillary deformity in cleft patients // Stomatologija Baltic Dental and Maxillofacial J. Vilnius, 2011. Vol. 13(1).
3. Супиев Т. К., Мамедов А. А., Негаметзянов Н. Г. Врожденная расщелина верхней губы и нёба (этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации). Алматы : Б.и., 2013. 496 с.
4. Шокиров Ш. Т. Ортогнатическая хирургия в реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Пробл. стоматологии (Алматы). 2009. № 1-2. С. 47–49.
5. Шокиров Ш. Т., Wangerin K. Стабильность верхней челюсти после ее перемещения с использованием внутриротовых дистракторов у больных с врожденной расщелиной губы и неба // Вісник стоматології. 2010. № 2. С. 96–101.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Н. Ю. Муратова¹, С. Б. Рахмонов¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Имеющиеся в литературе сведения о лечении больных с осложненными переломами нижней челюсти свидетельствуют о целесообразности включения в комплекс лечебных мероприятий внутрикостного введения лекарственных средств, позволяющих добиться оптимальных условий для сращения отломков [1].

В связи с этим мы обратили внимание на комплексный препарат «Остеоматрикс», который медленно резорбируется макрофагами и остеокластами за счет присутствия в нем в естественном виде костного коллагенаназа и матричного гидроксипатита. Применение указанного препарата, воздействующего на основные звенья патогенеза патологического процесса, при травмах нижней челюсти представляет несомненный научный, практический и, главным образом, клинический интерес. Однако методики его применения при лечении открытых переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда не разработано [2]. В связи с имеющимся дефицитом минеральных веществ при переломах [3] мы обратили внимание на препарат «Фитин», который регулирует фосфорно-кальциевый обмен, стимулирует выработку остеобластов и угнетает

– остеокластов, вследствие чего происходит восстановление равновесия между процессами резорбции костей, а следовательно, и костной ткани.

Цель – обосновать эффективность применения коллагенсодержащих и антиостеопорозных препаратов при лечении дефектов нижней челюсти.

В основу данного научного исследования положен анализ результатов лечения 63 больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда с наличием в щели перелома зуба, подлежащего удалению. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Ташкентской городской больницы скорой и неотложной медицинской помощи.

Всем больным производили репозицию отломков с последующей их фиксацией с помощью бимаксиллярных шин Тигерштедта. Всем проводилось традиционное лечение, включающее антибактериальную, противовоспалительную, общеукрепляющую терапию. У 22 пациентов первой группы при удалении зуба из щели перелома лунку обрабатывали антисептиками, заполняли кровяным сгустком и ушивали наглухо. У 20 больных второй группы в лунку удаленного зуба вводился препарат «Остеоматрикс», и слизистая над лункой также ушивалась наглухо. 21 пациенту третьей группы в лунку удаленного зуба вводился препарат «Остеоматрикс», и слизистая над лункой также ушивалась наглухо, кроме того, больные принимали внутрь препарат «Фитин» по 2 таблетки 2–3 раза в день согласно инструкции. Длительность приема препарата составляла 2 месяца.

На рентгеновских снимках пациентов всех исследуемых групп отчетливо определялись линии перелома с удовлетворительным контактом отломков. Всем больным производили рентгенденситометрию после операции, а также через один и три месяца. Для определения минеральной плотности кости проводили рентгеновскую денситометрию. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1994) при Т-критерии нормой считался показатель 1,0–1,4 г/см².

Максимальную положительную динамику индекса наблюдали во второй – $0,85 \pm 0,2$ и третьей – $0,93 \pm 0,2$ г/см² группе больных ($p < 0,01$). Различия установленных значений были достоверны в сравнении с данными больных первой группы ($p < 0,01$). Установлено, что внутрикостное введение высокоактивного комплексного препарата «Остеоматрикс» способствует оптимизации восстановления структурно-функциональных характеристик кости. Через три месяца после травмы среднее значение индекса плотности во второй группе был равен $1,01 \pm 0,1$ г/см², а в третьей – $1,27 \pm 0,2$ г/см², то есть приближался к норме. Анализ показателей оптической плотности показал, что после лечения с применением препара-

тов «Остеоматрикс» и «Фитин» полноценность консолидации костных отломков выше, чем при традиционной терапии.

Полученные рентгенологические данные свидетельствуют о том, что через три месяца лечения с применением препаратов «Остеоматрикс» и «Фитин» в лунке удаленного зуба, а также в щели перелома присутствует структурированная костная ткань. Это согласуется с литературными данными, которые говорят о наличии мелкопетлистой кости через два-три месяца после имплантации остеопластического материала.

Таким образом, согласно полученным данным, можно сделать вывод, что введение в лунку удаленного из щели перелома зуба препарата «Остеоматрикс» совместно с приемом внутрь препарата «Фитин» дает больший эффект по сравнению с традиционной терапией, приводя к более быстрому формированию костной ткани.

Литература

1. Артюшкевич А. С. Ошибки и осложнения при лечении переломов нижней челюсти // Современная стоматология. 2016. № 4. С. 40–41.
2. Лузин В. И., Кочьян А. Л. Применение медикаментозных препаратов для оптимизации репаративного остеогенеза // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. 2018. Т. 16, № 2. С. 83–89.
3. Трушников В. В. Сравнительная характеристика процесса ремоделирования зоны костного дефекта костно-пластическими материалами разных способов заготовки // Современные достижения травматологии и ортопедии. СПб., 2018. С. 248–251.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛОПЛАСТИЧЕСКОГО КОСТНОЗАМЕЩАЮЩЕГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ В МЕСТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

М. Хасанов¹, А. В. Жданов¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Метод одномоментной имплантации применяется при одновременном удалении зуба. Однако при инсталляции между имплантатом и стенкой лунки остается костный дефект вследствие кюретажа грануляций из костного дефекта лунки [1–4].

Цель – изучить возможность применения метода одномоментной имплантации в месте хронической периапикальной инфекции с использованием аллопластического костнозамещающего материала, заполняющего дефект лунки зуба после кюретажа.

В ходе наших исследований на кафедре хирургической стоматологии и дентальной имплантологии ТГСИ мы проводили имediata-имплантацию в исследуемой группе у 50 (45 %) пациентов в возрасте 30–45 лет с хронической периапикальной инфекцией (ХПИ) с использо-

ванием имплантатов компании «Дентиум» («Суперлайн»), а также заполняли дефекты кости после вылушивания инфицированной грануляционной ткани методом направленной костной регенерации при помощи аллопластического костнозамещающего материала («Остеон 2») с рассасывающей коллагеновой мембраной («Коллагайд»). В исследуемую группу входили 62 (55 %) пациента, которым была проведена имediata-имплантация на зубах без признаков ХПИ. Результаты исследования были зафиксированы нами по истечении трех месяцев срока остеоинтеграции, рекомендуемого компанией-изготовителем имплантатов (имплантаты «Суперлайн» и «Имплаптиум», компания «Дентиум», Южная Корея), методом рентгенографического и ISQ анализа.

В контрольной и исследуемой группах (100 %) была получена полная интеграция костной ткани с поверхностью имплантата (по данным ISQ – в среднем 75 ед.), а также полное заполнение дефекта костной ткани после вылушивания грануляций по данным компьютерной рентгенографии в исследуемой группе [6–8].

Исходя из полученных данных и результатов исследований других авторов было установлено, что для первичной стабилизации имплантата рекомендуется погружение апикальной части имплантата максимально в дно лунки, насколько это позволяют смежные с лункой границы важных анатомических структур (нижнечелюстной канал, дно гайморовой пазухи и т. д.) [9, 10]. Для максимального заполнения костной тканью пространства между имплантатом и стенкой лунки и получения стабильного результата необходимо использовать мелкодисперсный костнопластический материал, который перекрывается барьерной мембраной [5, 7, 8]. Для предотвращения случайного инфицирования костнопластического материала мы рекомендуем использовать местные антисептические средства на основе хлоргексидина биглюконата как при обработке операционного поля до оперативного вмешательства, так в период заживления раны в виде полосканий (ванночек) и мазей [1, 7].

Литература

1. Block M. S., Kent J. N. Placement of endosseous implants into tooth extraction sites // J Oral Maxillofac Surg. 1991. Vol. 49. P. 1269–1276.
2. Sclar A. G. Strategies for management of single-tooth extraction sites in aesthetic implant therapy // J Oral Maxillofac Surg. 2004. Vol. 62, № 9, Suppl 2. P. 90–105.
3. Healing of dehiscence defects at delayed immediate implant sites primarily closed by a rotated palatal flap following extraction / C. E. Nemcovsky, Z. Artzi, O. Moses, I. Gelernter // Int J Oral Maxillofac Implants. 2000. Vol. 15. P. 550–558.
4. Amler M. H., Johnson P. L., Salman I. Histological and histochemical investigation of human alveolar socket healing in undisturbed extraction wounds // J Am Dent Assoc. 1960. Jul; Vol. 61. P. 32–44.
5. Ridge preservation with freeze-dried bone allograft and a collagen membrane compared to extraction alone for implant site development: a clinical and histo-

- logic study in humans / J. M. Iasella [et al.] // J Periodontol. 2003. Jul; Vol. 74(7). P. 990–999.
6. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study Int / L. Schropp, A. Wenzel, L. Kostopoulos, T. Karring // J Periodontics Restorative Dent. 2003. Aug; Vol. 23(4). P. 313–323.
 7. Healing of extraction sockets and surgically produced-augmented and non-augmented-defects in the alveolar ridge. An experimental study in the dog / G. Cardarapoli [et al.] // J Clin Periodontol. 2005. Vol. 32. P. 435–440.
 8. Arajuo M., Lindhe J. Ridge preservation with the use of Bio-Oss collagen: A 6-month study in the dog // Clin Oral Implants Res. 2009. Vol. 20. P. 433–440.
 9. Arajuo M., Lindhe J., Liljenberg B. Effect of a xenograft on early bone formation in extraction sockets: An experimental study in the dog // Clin Oral Implants Res. 2011. Vol. 22. P. 9–13.
 10. Schwarts-Arad D., Chaushu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: A literature review // J Periodontol. 1997. Vol. 68. P. 95–923.

**ЗАВИСИМОСТЬ ВИДА ОККЛЮЗИИ ЗУБОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ОТ ТИПА НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ
СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Н. В. Швед¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

За последние 15–20 лет, по данным медицинских осмотров и проводимых скрининг-тестов, наблюдается рост числа регистрируемых случаев функциональных нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, и эта тенденция сохраняется. По статистике, каждый четвертый школьник имеет нарушение осанки и каждому второму выносятся диагноз сколиоза. Согласно данным ВОЗ, 10 % населения Земли имеет нарушение прикуса. Данные ежегодных скрининг-обследований показали, что патология зубочелюстной системы у городских детей и подростков выявляется достоверно реже, чем у живущих в сельской местности – 72 и 80 % соответственно. Наиболее высокая распространенность патологии зубочелюстной системы установлена у детей 9–12-летнего возраста – 76 %.

При всех видах нарушения осанки отмечается функциональная несостоятельность мышц туловища в целом и пониженный тонус определенных групп мышц в зависимости от типа нарушения. Связь между осанкой, здоровьем, в том числе прикусом, является научно доказанной. Любые нарушения осанки приводят к компенсаторным изменениям во всем организме, затрагивающим также челюстно-лицевую область.

Цель – установить зависимость окклюзии зубов в детском возрасте с типом нарушения осанки в сагиттальной плоскости. Выявить способы коррекции средствами физической реабилитации.

Проведённые на кафедре ортодонтии БГМУ обследования детей 3–12 лет с прогнатией (выдвинутым положением верхней челюсти) показали, что патология опорно-двигательного аппарата и аномалии зубочелюстной системы формируются уже в дошкольном возрасте и усугубляются в процессе роста. Целенаправленное использование ЛФК с учетом биомеханических особенностей и нарушений опорно-двигательного аппарата позволяет добиться существенного улучшения общего состояния организма и избежать ошибок при комплексном лечении не только дефектов осанки, но и аномалий окклюзии. Так, при прогнатии основные усилия следует направлять на уменьшение выраженности грудного кифоза и поясничного лордоза. У детей с прогнатией (выдвижением нижней челюсти вперед) необходимо нормализовать положение тела в состоянии покоя. Предполагается, что комплекс специальных упражнений поможет сократить сроки ортодонтического лечения и предотвратить рецидивы аномалий окклюзии.

Для реализации поставленных задач были разработаны комплексы упражнений корригирующей гимнастики в зависимости от типа нарушения осанки: на гимнастической скамейке в ходьбе и стоя с многократным повторением, а также с использованием отягощений (гантели); в равновесии, стоя на набивном мяче, с различными движениями рук и использованием отягощения (гантели); на координацию движений (стоя на набивном мяче) с изменением положения рук и ног перед зеркалом (зрительный контроль).

Преподаватель вносил коррективы при несимметричном положении занимающихся, после чего испытуемые продолжали находиться в положении правильной осанки 1–1,5 минуты и запоминали те ощущения, которые соответствовали данной позе.

Комплекс ЛФК для коррекции осанки необходимо составлять из упражнений, оказывающих тонизирующее, корригирующее, общеукрепляющее действие, с учетом возраста и уровнем психомоторного развития ребенка. Постепенно следует вводить упражнения с отягощениями (гантелями), понимая, что детям до восьми лет использование отягощений противопоказано.

Выводы. 1. Осанка может изменяться с развитием заболеваний опорно-двигательного аппарата в целом, и позвоночника в частности. 2. Любые нарушения осанки приводят к компенсаторным изменениям во всем организме, затрагивающим и челюстно-лицевую область. 3. Статические изменения в положении нижней челюсти вследствие длительного удержания порочного положения затрагивают прежде всего позво-

ночник. 4. Патология опорно-двигательного аппарата и аномалии зубочелюстной системы формируются уже в дошкольном возрасте и усугубляются в процессе роста. 5. В целях профилактики и раннего выявления аномалий зубочелюстной системы у детей необходимы наблюдения у стоматолога (2 раза в год). 6. Наличие нарушения осанки должно являться настораживающим признаком и поводом к обращению к ортодонту.

Литература

1. Гамза Н. А., Разживин А. И. Культура осанки : метод. пособие. Минск : БГОИФК, 1987. 20 с.
2. Осанка, ее нарушения и их профилактика средствами физической культуры : метод. рекомендации / А. И. Герус, А. Г. Фурманов, В. А. Соколов, Ю. А. Яновская. Минск : БГОИФК, 1991. 44 с.
3. Гамза Н. А. Коррекция нарушения осанки : метод. рекомендации. Минск : БГОИФК, 1990. 24 с.
4. Сакадынец А. О. Особенности строения лицевого скелета у больных сколиозом в зависимости от степени тяжести деформации // Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : сб. тр., посвящ. 50-летию стоматол. ф-та Белорус. гос. мед. ун-та / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой. Минск, 2010. С. 251–252.
5. Сакадынец А. О. Аномалии зубочелюстной системы у детей со сколиотическими деформациями позвоночника с учетом анатомического типа поражения // Стоматологический журн. 2008. Т. 9, № 4. С. 359–362.
6. Ландузи Ж. М. Боль в спине, зубная боль, равновесие человека, связанное с позой тела и зубами // Российский остеопатический журн. 2012. № 3–4(18–19). С. 109–114.
7. Ванда Е. С., Глазко Т. А. Методика формирования правильной осанки у больных сколиозом // Актуальные проблемы здорового образа жизни в современном обществе : матер. междунар. науч.-практ. конф. Минск : БГАФК, 2003. С. 162.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ

А. А. Тропина¹, М. В. Мосеева², М. В. Воробьев¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность настоящего исследования продиктована высокой распространенностью и растущим уровнем интенсивности кариеса зубов и степенью тяжести воспалительных заболеваний пародонта, что делает профилактику стоматологических заболеваний приоритетным

направлением в стоматологии [1, 2]. Неудовлетворительные показатели гигиены полости рта у детей, низкий уровень общесоматического здоровья, приводящие к высокой распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, диктуют необходимость комплексного изучения заболеваемости с учетом действия факторов риска [3, 4]. В связи с этим необходимо изучение стоматологической заболеваемости детского населения в различных регионах нашей страны с последующей разработкой и внедрением программ профилактики для детей различных возрастных групп [5, 6].

Цель – выявление факторов риска повышения распространенности и степени тяжести основных стоматологических заболеваний у детей 6 лет в городах Иваново и Тейково.

На основе добровольного информированного согласия было обследовано 142 ребенка в возрасте 6 лет, пациентов ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», в структуру которой входит детская стоматологическая поликлиника, и пациенты стоматологической поликлиники ОБУЗ «Тейковская ЦРБ», из них 73 ребенка проживали в г. Иваново, 69 детей – в г. Тейково. У всех обследованных был определен стоматологический статус (интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ+кп, уровень интенсивности кариеса (УИК), гигиеническое состояние полости рта по индексу ОНI-S (Green, Vermillion, 1964), степень воспаления десны по индексу РМА (Pigma S., 1960). Обработка полученных данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических статистических методов в статистическом пакете GNU R. Базовый уровень гигиенической грамотности определяли по опроснику «Анкета о здоровье полости рта для взрослых» (2013).

Осмотр детей был проведен в рамках планового обследования при поступлении в школу. Родители пациентов самостоятельно заполняли анкету о здоровье полости рта детей. Достоверных различий по группам при определении уровня гигиенической грамотности выявлено не было. Данные анкетирования родителей показали, что 38,02 % посещали врача-стоматолога один раз в год, 21,83 % – два раза в год, 40,15 % – реже одного раза в год. При этом причиной обращения к врачу-стоматологу у последней категории пациентов являлась боль или дискомфорт при приеме пищи.

Предпочитали чистить зубы два раза в день 45,07 % респондентов, остальные осуществляли гигиену полости рта один раз в день. Практически все опрошенные отметили, что контролируют гигиену полости рта детей по принципу «ты почистил зубы?» и не вмешиваются в процесс чистки. Время осуществления гигиены полости рта составляет от 30 до 60 секунд. Из предметов гигиены все дети пользуются зубной щеткой, интердентальные средства гигиены не применяются. При этом

родители в 45,77 % случаев считают жевательную резинку дополнительным средством гигиены, которую используют в 64,08 % случаев. Применяют зубную пасту 100 % детей, из которых 19,71 % – фторсодержащую. Таким образом, анализ гигиенической грамотности родителей шестилетних детей гг. Иваново и Тейково по результатам анкетирования показал низкий уровень гигиенической грамотности и недостаточное использования зубных паст с фтором.

Параметры стоматологического статуса детей: интенсивность кариеса у детей г. Иваново составила $2,96 \pm 0,11$, Тейково – $3,15 \pm 0,09$ ($p > 0,05$). УИК также не имел достоверных различий и соответствовал среднему ($0,52 \pm 0,08$). Индекс ОНІ-S у детей г. Иваново составил $0,94 \pm 0,07$, что соответствует удовлетворительной гигиене полости рта. У детей из г. Тейково индекс гигиены выше и в среднем составил $1,84 \pm 1,12$ ($p < 0,05$), что указывает на неудовлетворительную гигиену полости рта. Индекс РМА у детей г. Иваново составил $6,76 \pm 1,83$ %, Тейково – $13,22 \pm 0,85$ %, что в обоих случаях соответствует легкой степени тяжести воспаления десны. Было установлено, что уровень стоматологической помощи детей 6 лет в г. Иваново составил 35,81 %, а в г. Тейкове оказался недостаточным – 26,98 %. При неудовлетворительной гигиене полости рта относительный риск повышения интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ+кп составил 1,97; относительный риск повышения индекса РМА – 1,77. При неиспользовании фторсодержащих паст относительный риск повышения интенсивности кариеса зубов по индексу КПУ+кп составляет 4,55; относительный риск повышения индекса РМА – 3,80.

Таким образом, у всех обследованных детей отмечен средний уровень интенсивности кариеса, низкий уровень гигиены полости рта, легкая степень воспаления десны, а также недостаточный уровень стоматологической помощи. В исследовании нами выявлена зависимость разной силы между показателями КПУ+кп и индексом ОНІ-S ($r_s = 0,67$), между индексом РМА и ОНІ-S ($r_s = 0,55$).

При оценке стоматологического статуса детей, проживающих в городах Иваново и Тейково, выявлено, что гигиена полости рта у них неудовлетворительная, они не применяют зубные пасты с фтором. Все это относится к факторам риска формирования кариеса и воспалительных заболеваний пародонта. Низкий уровень гигиенической грамотности и низкая медицинская активность (обращение за стоматологической помощью в 40,14 % случаях – реже одного раза в год) родителей определяют недостаточный уровень стоматологической помощи этим группам пациентов. Для решения данной проблемы необходимо проведение первичной профилактики и плановой организованной санации полости рта у детей, уроки гигиены для детей и родителей.

Литература

1. Самохина В. И. Эпидемиологические аспекты стоматологического здоровья детей 6–12 лет, проживающих в крупном административно-хозяйственном центре Западной Сибири // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. № 1. С. 10–13.
2. Джураева Ш. Ф., Воробьев М. В. Социальные факторы формирования стоматологического здоровья детского населения Ивановской области // Охрана социального здоровья сельского населения : сб. матер. конф. Иваново, 2017. С. 40–44.
3. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э. М. Кузьмина [и др.] // Стоматология детского возраста. 1995. № 1. С. 55–56.
4. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. М., 2009. 236 с.
5. Громова С. Н., Никольский В. Ю. Анализ результатов комплексной программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детей г. Кирово-Чепецка // Вятский медицинский вестн. 2013. № 4. С. 20–23.
6. Медико-гигиеническое воспитание семьи ребенка с патологией зубочелюстной системы / Р. Р. Шакирова, М. В. Мосеева, А. А. Урсегов, М. В. Воробьев // Современные пробл. науки и образования. 2017. № 1. С. 37.

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ»

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Е. А. Тимошина¹, В. И. Шевцова¹, А. Н. Шевцов¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России

Ежегодно наблюдается рост числа заболевших сахарным диабетом (СД), который сопровождается значительным многообразием осложнений, приводящих к снижению качества жизни пациентов и уменьшения ее продолжительности [1]. Особую роль в патогенезе СД играют тревожно-депрессивные расстройства (ТДР). Для улучшения качества диагностики и лечения СД важно уделять пристальное внимание наличию аффективных расстройств в клинической картине, которые приводят не только к ухудшению состояния больного, но и к осложнениям во взаимоотношениях его с медицинским персоналом, отказу от приема и дозирования необходимых лекарственных препаратов, получения необходимых медицинских манипуляций или несоблюдению режима. В результате должный контроль заболевания не осуществляется, что влечет за собой излишние затраты труда медицинского персонала и материальные издержки [2–4]

Цель – оценка выраженности ТДР у пациентов СД 2 типа и их влияние на течение заболевания.

В исследовании, которое проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБ № 11 поликлиника № 9, приняли участие 40 пациентов с СД 2 типа в возрасте 50–85 лет (средний возраст – 64,75 года): 27 женщин (средний возраст – 65 лет) и 13 мужчин (средний возраст – 63,5 года). Ретроспективно был произведен анализ амбулаторных карт на наличие макро- и микрососудистых осложнений СД, целевой уровень HbA1C, уровень глюкозы в крови. Участникам исследования было предложено пройти обследование по шкале медикаментозного комплаенса Мориски – Грина и по опроснику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS».

На первом этапе оценивали уровень глюкозы в крови и HbA1C. Средний уровень составил 8,24 ммоль/л и 7,46 % соответственно, что свидетельствует о декомпенсации углеводного обмена. На втором этапе выявляли наличие макро- и микрососудистых осложнений. Наиболее часто встречались микроангиопатии: диабетическая ретинопатия и диабетическая нефропатия, а также макроосложнения: ишемическая

болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз; стабильная стенокардия напряжения; дисциркуляторно-дисметаболическая энцефалопатия; диабетическая ангиопатия нижних конечностей. На третьем этапе оценивали выраженность медикаментозного комплаенса, тревоги и депрессии. Среднее значение по шкале медикаментозного комплаенса Мориски – Грина составило 2,58 балла. Больные, набравшие 2 балла и менее, считались не приверженными к лечению. Средний уровень тревоги и депрессии по опроснику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS» составило 7,68 и 8,03 балла соответственно, что свидетельствует о наличии субклинически выраженной депрессии.

Выводы. 1. В результате исследования ТДР были выявлены у 60 % пациентов. 2. 75 % больных с ТДР имели повышенный уровень глюкозы, нарушение приверженности к лечению было выявлено у 90 %, микроангиопатии – у 80 %, макроангиопатии – 90 %. 3. Аффективные нарушения связаны с течением СД и развитием микро- и макрососудистых осложнений.

Литература

1. Дедов И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом : клин. рекомендации. 9-й вып. М., 2019.
2. Ковалев Ю. В., Зеленин К. А. Сахарный диабет и тревожные расстройства // Медицинская психология в России. 2011. № 5.
3. Тарасенко Н. А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные пробл. науки и образования. 2017. № 6.
4. Мелихова С. П., Зуйкова А. А., Шевцова В. И. Расчет индексов коморбидности при сахарном диабете 2 типа как осложнение метаболического синдрома // Молодежный инновационный вестн. 2018. Т. 7, № S1. С. 68–69.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

О. А. Трутнева¹, Г. А. Батрак¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В Российской Федерации не снижаются темпы роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями [1]. Несмотря на значительный прорыв в лечении кардиальной патологии, летальность от сердечно-сосудистых заболеваний при СД 2 типа до сих пор остается высокой [2].

Цель – представить клинические и лабораторные особенности ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с СД 2 типа.

На базе эндокринологического отделения ОБУЗ ГKB № 4 г. Иваново обследовали 30 пациентов с СД 2 типа и ИБС, из них 23 женщины (77 %) и 6 мужчин (23 %) в возрасте от 53 до 85 лет, средний возраст – $69 \pm 2,3$ года, длительность СД – $13 \pm 4,5$ года. Проводили клинический осмотр с измерением индекса массы тела (ИМТ), артериального давления (АД), выявляли наличие признаков хронической сердечной недостаточности (ХСН) [3]. Использовали лабораторные методы: исследование уровня гликемии, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), мочевины, креатинина, калия, натрия, АЛТ, АСТ. Определяли микроальбуминурию, протеинурию, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Кокрофта – Голта. Проводили анализ структурно-функционального состояния сердца и сосудов на основании данных ЭКГ, эхоКГ и дуплексного сканирования артерий нижних конечностей. Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

У 100 % больных СД 2 типа и ИБС диагностирована гипертоническая болезнь III стадии, у большинства (65 %) АГ 2 степени (среднее АД – 154/84–161/92 мм рт. ст.). Из факторов риска были выявлены: дислипидемия 2 Б типа – у 78 % обследованных, ожирение – у 67 % (ИМТ – $34,5 \pm 2,2$ кг/м²), курение – у 5 %. Исходя из опроса, большинство пациентов (89 %) не имели физической нагрузки. В анамнезе у половины обследуемых (56 %) отягощена наследственность по СД 2 типа и АГ. У 46 % больных СД 2 типа и ИБС в анамнезе имелся острый инфаркт миокарда различной степени давности, у 32 % – постоянная форма фибрилляции предсердий, у 22 % – стенокардия напряжения 2–3 функционального класса (ФК). По данным эхоКГ, у абсолютного большинства (92 %) была выявлена стенокардия напряжения, 70 % имели гипертрофию левого желудочка, 80 % – диастолическую дисфункцию левого желудочка 1-го типа с сохраненной фракцией выброса ($55 \pm 2,2$ %), 60 % – ХСН 2а, II ФК [4]. Выявлены микрососудистые осложнения: диабетическая полинейропатия нижних конечностей – у 100 %, диабетическая ретинопатия, препролиферативная и пролиферативная стадия – у 82 %; макрососудистые: стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – у 90 %. Сопутствующая патология была представлена хроническим гастритом – у 20 %, хроническим пиелонефритом – у 35 %, болезнью щитовидной железы – у 20 % больных. Средний уровень глюкозы в крови натощак при поступлении составил $12,06 \pm 2,3$ ммоль/л, при выписке –

8,9 ± 1,7 ммоль/л ($p \leq 0,05$). Уровень гликемии через два часа после еды исходно составил 14,4 ± 0,5 ммоль/л, при выписке – 10,2 ± 1,2 ммоль/л ($p \leq 0,05$); ХС – 4,85 ± 0,9 ммоль/л, ТГ – 2,4 ± 0,6 ммоль/л, креатинина – 94,3 ± 11,6 ммоль/л, СКФ – 80,1 ± 11,1 мл/мин. Лекарственная терапия при СД 2 типа с ИБС: 50 % больных принимали сахароснижающие препараты (метформин – 88 %, препараты сульфонилмочевины – 55 %, ингибиторы ДПП-4 – 31 %), инсулин – 65 %, комбинированная терапия включала сахароснижающие таблетированные препараты и инсулин – у 95 %. иАПФ или сартаны назначались абсолютно всем пациентам (63 и 37 %, соответственно), статины – 82 %) селективные бета-адреноблокаторы – 82 %, антиагреганты – 100 %. У больных СД 2 типа и ИБС выявлена положительная взаимосвязь наличия перенесенного инфаркта миокарда с уровнем АД ($r = 0,5$), гликемии натощак ($r = 0,35$) и ИМТ ($r = 0,4$).

Таким образом, сочетание ИБС и СД 2 типа чаще встречается в комбинации с АГ 2-й степени, ожирением 2-й степени и комбинированной дислипидемией. Более трети больных СД 2 типа имеют тяжелое течение ИБС: перенесенный инфаркт миокарда и нарушение ритма, у большинства встречается хроническая ишемия миокарда, ХСН II ФК, но клиническая картина стенокардии 2–3 ФК имеется только у четверти пациентов. Развитие инфаркта миокарда у больных СД 2 типа с ИБС тесно взаимосвязано с уровнем АД, гликемии натощак и ИМТ. У абсолютного большинства пациентов отмечаются множественные тяжелые микро- и макрососудистые осложнения, отсутствует компенсация СД. Сочетание двух заболеваний (СД 2 типа и ИБС) ухудшает прогноз жизни у больных данной группы, поэтому требуется тщательное наблюдение их у эндокринолога и терапевта амбулаторно-поликлинического звена.

Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. М., 2019. 74 с.
2. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 592 с.
3. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. ESH/ESC 2013 // Российский кардиологический журн. 2014. № 1(105). С. 7–94.
4. Батрак Г. А., Мясоедова С. Е. Оценка эффективности длительной низкодозовой терапии аторвастатином в профилактике макрососудистых осложнений у больных пожилого возраста с сахарным диабетом 2 типа // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. № 9(№3).

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ

М. П. Богомолова¹, И. А. Романенко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сахарный диабет (СД) – пандемия XXI века. Тяжелые метаболические нарушения повреждают сосуды почек, а диабетическая нефропатия (ДН) приводит к хронической почечной недостаточности (ХПН). Это осложнение СД является показанием к заместительной почечной терапии у больных с СД 1 и 2 типов. Программный гемодиализ (ПГД) – важнейший путь к продлению и повышению качества жизни больных СД с ХПН [1]. Однако это достижение медицины поставило новые вопросы, связанные с нарушениями гемопозеза, фосфорно-кальциевого обмена, с сосудистой кальцификацией (СК) – нетрадиционным маркером риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [2]. Оценка факторов инициации сосудистых осложнений у больных СД на ПГД является на сегодняшний день актуальным вопросом.

Цель – оценить состояние периферической крови и кальциевого обмена, а также определить взаимозависимость наличия нарушений фосфорно-кальциевого обмена и ССЗ у больных СД на ПГД.

Анализировались показатели крови, обмена фосфора и кальция: уровни кальция, фосфора, паратгормона (ПГ), наличие традиционных факторов сосудистого риска, маркера воспаления – С-реактивного белка (СРБ) и параметров компенсации углеводного обмена у 60 больных СД, находящихся на ПГД в ОБУЗ ИвОКБ. При оценке зависимости нарушений фосфорно-кальциевого обмена от типов СД больные СД были разделены на две группы: в первую вошли 28 больных СД 1, а во вторую – 32 пациента с СД 2. Исследование соотношения наличия ССЗ и нарушений обмена кальция проводилось у всех пациентов, независимо от типа СД. В группу пациентов с ССЗ вошли 26 больных СД, у которых были выявлены: постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность и артериальная гипертензия (АГ), другую группу составили 34 пациента с СД, у которых кроме АГ другой сосудистой патологии диагностировано не было.

Установлено, что у больных СД 2 ХПН развилась на фоне других заболеваний (пиелонефрит, подагра и др.). При ДН в стадии ХПН анемия диагностирована в 86 % случаев. Уровень креатинина в момент ввода больных СД в ПГД во второй группе превышал таковой в первой (583 ± 61 мкмоль/л vs 353 ± 47 мкмоль/л). Количество эритроцитов и уровень

гемоглобина в обеих группах снижены относительно референтных значений, но без достоверных различий между группами. У больных СД 2 (при лечении препаратами железа) средние показатели ферритина составили $456,1 \pm 36,4$ мкг/л, а железа сыворотки – $11,2 \pm 1,6$ мкмоль/л, %T SAT зарегистрирован на уровне $21,2 \pm 5,3$ %. У пациентов с СД 1 содержание ферритина составило $253,5 \pm 31,4$ мкг/л, уровень сывороточного железа – $6,8 \pm 3,1$ мкмоль/л, %T SAT – $15,6 \pm 6,2$ %. Концентрация СРБ у больных СД 1 превышало таковое у пациентов с СД 2 в 2 раза ($19,6 \pm 2,1$ vs $8,7 \pm 1,3$ мг/л). Все больных СД 2 страдали ожирением 1–2 стадии. Дислипидемия диагностирована у больных обеих групп, но уровень ХС достоверно в них не различался. При этом выявлены различия показателей ЛПВП и ТГ ($0,6 \pm 0,1$ и $2,9 \pm 0,4$ ммоль/л vs $1,1 \pm 0,3$ и $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). Нарушения обмена кальция и фосфора выявлены практически у всех больных СД на ПГД. Однако в группе больных с ССЗ они были выше, чем у пациентов без ССЗ: содержание фосфора в крови – $2,4 \pm 0,3$ vs $1,6 \pm 0,6$ ммоль/л; кальция – $2,9 \pm 0,5$ vs $2,2 \pm 0,8$ ммоль/л, ПТГ – 498 ± 37 vs 326 ± 50 пк/мл, а фосфорно-кальциевое соотношение составило $6,96$ vs $3,41$ ммоль/л соответственно. Показатели гликемии лабильны у пациентов с ХПН, а содержание гликозилированного гемоглобина (HbA1c) неинформативно из-за снижения продолжительности жизни эритроцитов. Уровень СРБ у больных СД обеих групп значительно превышает референтные значения ($14,3 \pm 2,1$ vs $7,7 \pm 1,6$ мг/л, $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал тесную отрицательную связь между фосфорно-кальциевым соотношением и содержанием ЛПВП ($r = -0,6$), положительную – между фосфорно-кальциевым соотношением и ПТГ ($r = +0,7$).

Итак, при СД 1 ХПН развивается в результате ДН, а при СД 2 ДН не является единственной причиной формирования ХПН и зависит от поражения почек при коморбидных СД заболеваниях. Изменения в анализе крови больных СД 1 характерны для анемии с дефицитом эритропоэтина и железа: высокий уровень ферритина одновременно с низким %TSAT и дефицитом железа затрудняет обеспечение эритробластов железом в условиях уремии и хронического воспаления (↑СРБ). Гибель почки при ХПН нарушает обмен кальция и инициирует развитие вторичного гиперпаратиреоза, более выраженного у больных СД 1. У лиц с СД на ПГД обнаружены факторы риска развития ССЗ, связанные с сосудистой кальцификацией на фоне вторичного гиперпаратиреоза. Данные литературы свидетельствуют, что фосфорно-кальциевое соотношение более $4,4$ ммоль/л и уровень ПТГ более 300 пг/мл способствуют кальцификации в условиях воспаления (↑СРБ) и регистрируются у больных СД одновременно с нарушениями ритма сердца, ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью [3], что совпадает с результатами нашей работы.

Литература

1. Шестакова М. В., Дедов И. И. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек : монография. М., 2014. С. 10–12.
2. Богомолова М. П., Романенко И. А., Куц Е. А. Проблемы больных сахарным диабетом с хронической почечной недостаточностью на программном гемодиализе // «Молодежь – практическому здравоохранению» : матер. XIII Всерос. с международ. участием науч. конф. студ. и молодых ученых-медиков. Иваново, 2019. С. 236–239.
3. Арчакова Т. В., Недосугова Л. В. Маркеры атеросклероза и сосудистой кальцификации у пациентов сахарным диабетом 2 типа на программном гемодиализе// Трудный пациент. 2017. Т. 15, № 3. С. 39–43.

ОСОБЕННОСТИ МАКРОАНГИПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО И 2-ГО ТИПА

А. Р. Глебова¹, Г. А. Батрак¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сахарный диабет (СД) является одним из социально значимых заболеваний и имеет приоритетное значение в формировании национальной программы здравоохранения во многих странах мирового сообщества [1–3]. Среди диабетических макрососудистых осложнений важное место занимает ангиопатия нижних конечностей. Ранняя диагностика и своевременная рациональная терапия сосудистых поражений нижних конечностей при СД являются наиболее актуальными в профилактике формирования трофических нарушений и гангрены [2].

Цель – выявить особенности поражения сосудов нижних конечностей при СД 1 и 2 типа, определить возможные взаимосвязи данных изменений с длительностью течения заболевания, возрастом пациентов, нарушениями углеводного и липидного обмена.

На базе эндокринологического отделения ОБУЗ ИВОКБ обследовали 42 пациента с СД 1 и 2 типа, среди них 19 % – с СД 1 типа (4 женщины (50 %) и 4 мужчины (50 %) от 20 до 49 лет, средний возраст – $32,1 \pm 11,1$ года) и 81 % – с СД 2 типа (19 женщин (56 %) и 15 мужчин (44 %), средний возраст – $63,5 \pm 9,4$ года). Средняя длительность заболевания у пациентов с СД 1 типа – $15,5 \pm 10,6$ года, с СД 2 типа – $13,7 \pm 8,3$ года. Клинические методы обследования включали сбор анамнеза, клинический осмотр органов и систем. Лабораторные методы – исследование гликемического профиля и липидного спектра: уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Оценивали результаты ультразвуковой доплерографии (УЗДГ)

сосудов нижних конечностей: толщину интима-медиа (ТИМ), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), наличие/отсутствие атеросклеротических бляшек (АСБ) в просвете сосудов, процент стеноза артерий при его наличии. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. С целью статистического анализа связи между изучаемыми признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Статистическую значимость полученного коэффициента оценивали при помощи t -критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

У пациентов с СД 1 типа уровень гликемии натощак составил $8,8 \pm 2,4$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $7,8 \pm 1,4$ ммоль/л, при СД 2 типа – $6,8 \pm 1,6$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $7,6 \pm 2,0$ ммоль/л. Средние значения липидного профиля у пациентов с СД 1 типа: ХС – $5,5 \pm 1,4$ ммоль/л, ТГ – $1,7 \pm 1,03$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,6 \pm 0,8$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $2,6 \pm 0,7$ ммоль/л. У пациентов с СД 2 типа: ХС – $4,9 \pm 1,1$ ммоль/л, ТГ – $1,7 \pm 0,9$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,2 \pm 0,2$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $2,6 \pm 1,0$ ммоль/л.

По результатам УЗДГ сосудов нижних конечностей показатели ТИМ у пациентов с СД 1 типа составили $1,0 \pm 0,3$ мм, СД 2 типа – $1,4 \pm 0,3$ мм, ($p \leq 0,05$), ЛПИ – $1,0 \pm 0,1$ и $1,0 \pm 0,1$ соответственно. При СД 1 типа 75 % пациентов имели только начальные проявления ангиопатии нижних конечностей, АСБ выявлены не были. При СД 2 типа у всех пациентов выявлены эхо-признаки атеросклероза артерий нижних конечностей, 59 % пациентов с СД 2 типа имели АСБ, среднее значение стеноза сосудов нижних конечностей – $33,9 \pm 9,5$ %. У больных с СД как 1, так и 2 типа выявлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь величины ТИМ с возрастом (при СД 1 типа – $r = 0,9$ и при СД 2 типа – $r = 0,5$) и длительностью диабета (при СД 1 типа – $r = 0,3$ и при СД 2 типа – $r = 0,2$).

Только у пациентов с СД 2 типа выявлена корреляционная связь ТИМ с уровнем ХС ($r = 0,4$) и ТГ ($r = 0,3$) и корреляционная взаимосвязь ЛПИ с содержанием ХС ($r = 0,4$) и ТГ ($r = 0,3$). Только у лиц с СД 2 типа наличие АСБ коррелировало с возрастом ($r = 0,3$) и с длительностью заболевания ($r = 0,3$). Отсутствовала корреляция с уровнем гликемии натощак ($r = 0,1$) и постпрандиальной гликемии ($r = 0,1$).

Таким образом, большинство пациентов с СД 1 типа и все лица с СД 2 типа имеют макрососудистые поражения нижних конечностей в разной степени прогрессирования. Величина ТИМ зависит от возраста пациента, в меньшей степени – от длительности СД независимо от типа

диабета. Только при СД 2 типа значения ТИМ взаимосвязаны с нарушениями липидного спектра. Несмотря на длительность заболевания, при СД 1 типа в просвете артерий нижних конечностей АСБ не выявлены, тогда как при СД 2 типа более половины пациентов имеют АСБ в сосудах нижних конечностей. Наличие АСБ при СД 2 типа также взаимосвязано с возрастом больных и длительностью СД.

Литература

1. Аметов А. С., Карпова Е. В., Иванова Е. В. Современные подходы к управлению сахарным диабетом 2-го типа (обзор) // Терапевт. арх. 2009. № 10. С. 20–21.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. М., 2019. 74 с.
3. Дедов И. И., Удовиченко О. В., Галстян Г. Р. Диабетическая стопа. М. : Практ. медицина, 2005. 176 с.

МЕСТО АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ (ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА)

Л. М. Минасян¹, И. А. Романенко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Аутоиммунный полигландулярный синдром (АПС) является актуальной проблемой современной медицины, отражая сложность протекания аутоиммунных процессов в организме человека на фоне неполноценности иммунной системы. Как правило, аутоиммунное повреждение эндокринных желёз с нарушением их функции ухудшает качество жизни больных и может уменьшить её продолжительность [1]. Наиболее часто АПС представляет собой аутоиммунное поражение двух и более эндокринных желез [2]. Более 160 лет прошло с момента выявления АПС Томасом Аддисоном. Первая классификация аутоиммунных эндокринных заболеваний была предложена на международном симпозиуме в Нью-Йорке в 1980 г., а затем дополнена итальянскими учеными С. Betterle и R. Zenchette (2001), которые выделили типы АПС.

Цель – оценить частоту выявления больных с АПС среди госпитализированных в специализированный эндокринологический стационар, особенности диагностики и клинических проявлений этой патологии.

Проанализировано 750 историй болезни пациентов, проходивших лечение в эндокринологическом стационаре ОБУЗ ИвОКБ в течение 2019 года. АПС был диагностирован у 16 больных, что составило 2,13 % всех госпитализированных. Пациенты с АПС были обследованы клини-

чески, в соответствии со стандартами им проведены необходимые лабораторно-инструментальные исследования.

При анализе гендерного состава обнаружено явное преобладание женщин над мужчинами: 12 женщин и 4 мужчины. Большая часть пациентов с АПС (55 %) относилась к молодой возрастной группе (до 45 лет), трое (18,75 %) находились в зрелом возрасте – от 44 до 59 лет, оставшиеся (26,25 %) – в старшем. Преобладающее число больных (14), согласно существующей классификации, имело АПС 3А типа. У них был диагностирован сахарный диабет 1 типа (СД 1) в детском, подростковом или молодом возрасте, а несколько лет спустя – аутоиммунный тиреоидит (АИТ). У двух больных обнаружен реже встречающийся АПС 2 типа, для которого характерно наличие первичной хронической надпочечниковой недостаточности (ХНН) в сочетании с АИТ.

У больных с АПС 3А типа средние показатели липидного профиля были следующими: содержание холестерина (Хс) в крови составило

$4,9 \pm 1,4$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – $2,86 \pm 1,4$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $2,05 \pm 2,03$ ммоль/л. Средние показатели липидного профиля у больных с АПС 2 типа были выше, хотя и не всегда достоверны: уровень Хс – $5,71 \pm 1,96$ ммоль/л, ЛПНП – $4,06 \pm 1,35$ ммоль/л, ТГ – $2,92 \pm 1,01$ ммоль/л. Для больных первой группы характерны более высокие показатели липидного профиля, что связано с выраженным снижением у них функции щитовидной железы. Средние индексы массы тела (ИМТ) у пациентов с АПС 3А и АПС 2 достоверно не различались. Средний уровень глюкозы в крови у лиц с АПС 3А типа составил $7,86 \pm 1,12$ ммоль/л, с АПС 2 типа – $5,14 \pm 1,41$ ммоль/л, что связано с наличием у первых СД. При анализе содержания в крови ТГ было обнаружено, что у больных с АПС 3А типа средний показатель тиреотропного гормона (ТТГ) свидетельствует о первичном гипотиреозе, а у пациентов с АПС 2 – об эутиреоидном состоянии ($10,4 \pm 1,07$ vs $2,64 \pm 1,2$ мкМЕ/мл соответственно). Аналогичная тенденция прослеживается и в уровнях маркера аутоиммунного процесса в щитовидной железе – содержании антител к тиреопероксидазе (ТПО): $389,29 \pm 29,28$ vs $229,04 \pm 36,38$ МЕ/мл. Следует отметить, что диагностика аутоиммунных полигландулярных синдромов часто сложна, поскольку клинические симптомы поражения разных эндокринных желез могут быть схожи, а также часто способны маскировать друг друга.

Всем пациентам в отделении проводилась адекватная терапия с учетом степени поражения эндокринных желез.

Таким образом, пациенты с диагностированным АПС нуждаются в динамическом наблюдении эндокринологов не только для подбора адекватной заместительной терапии, но и для раннего выявления новых компонентов, оценки необходимости привлечения врачей смежных

специальностей, что в итоге должно привести к улучшению качества и увеличению продолжительности жизни больных[3].

Литература

1. Соотношение функции щитовидной железы и факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом / И. А. Романенко, Н. В. Будникова, Т. С. Полятыкина, В. Б. Гринштейн // Российский семейный врач. 2016. Т. 20, № 2. С. 30–32.
2. Ларина А. А., Трошина Е. А., Иванова О. В. Аутоиммунные полигландулярные синдромы взрослых: генетические и иммунологические критерии диагностики // Пробл. эндокринологии. 2014. Т. 60, № 3. С. 43–52.
3. Левкина М. В., Бондаренко Е. А., Шилова Л. Н. Аутоиммунные полигландулярные синдромы // Лекарственный вестн. 2018. Т. 12, № 2. С. 41–45.

ОСОБЕННОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

В. А. Назарова¹, И. А. Романенко¹, А. А. Волкова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сахарный диабет (СД) является одной из основных причин смертности населения, и прогнозируемая ВОЗ численность больных СД (522 млн человек к 2030 году) представляет колоссальную социальную проблему. Риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у больных СД в 3–4 раза выше, чем в общей популяции, поэтому в структуре сопутствующей патологии у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), СД занимает существенное место [1]. Долгосрочная консервативная терапия, ингибирующая тромбогенез, у этого контингента больных не столь эффективна, как в общей популяции, из-за гликирования белков, инсулинорезистентности, оксидативного стресса. Инвазивные методы реваскуляризации миокарда сегодня стали доступнее для лечения больных СД. Однако сведений о влиянии состояния углеводного, липидного обмена и сахароснижающей терапии, предшествующих чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ), на его объем и риск развития осложнений недостаточно.

Цель – выявить число больных СД с ИБС, госпитализированных в отделение интервенционной кардиологии, и отказов в осуществлении им ЧКВ. Оценить состояние углеводного, липидного обмена и характера сахароснижающей терапии у этого контингента пациентов до ЧКВ, долю экстренно и планомерно проведенных ЧКВ, наличие осложнений.

Исследование проводилось на базе отделения интервенционной кардиологии ОБУЗ ИвОКБ. Проанализировано 1733 истории болезни пациентов с ИБС, лечившихся в отделении в 2018 году. Выявлено

300 больных с нарушениями углеводного обмена, из них 167 пациентов трудоспособного возраста (55,7 %). Оценивали результаты проведенных клинических (АД, ЧСС, ИМТ), инструментальных (ЭКГ, эхоКГ, коронарография (КГ)) и лабораторных исследований (гликемический профиль, липидный профиль, содержание гликозилированного гемоглобина (HbA1c)), сахароснижающей терапии.

По гендерному признаку пациенты распределились поровну: 85 женщин (50,9 %) и 82 мужчины (49,1 %), средний возраст – $51,3 \pm 6,4$ года. У подавляющего большинства обследованных (149) выявлен СД 2 типа с ожирением 1–3 степени, у 16 обнаружен предиабет (НТГ), у 2 – СД 1 типа. Многососудистое поражение коронарных артерий выявлено по результатам КГ у 84,5 % больных СД. Чаще была поражена передняя межжелудочковая артерия (у 134 больных), правая коронарная артерия (у 121), огибающая артерия (у 111). ЧКВ в экстренном порядке было проведено больным с ОКС 39 пациентам (23,4 %): с острым ИМ – 19,8 %, с прогрессирующей стенокардией – 3,6 %. ЧКВ в плановом порядке выполнено 57 (34,1 %). Аортокоронарное шунтирование (АКШ) было рекомендовано 33 пациентам с поражением ствола ЛКА и тяжелым многососудистым поражением венечного русла. ЧКВ в 15 % случаев сопровождались нарушениями ритма сердца: фибрилляция предсердий – у 10,8 %, АВ-блокады – у 3,0 %, желудочковые экстрасистолы – у 1,2 %; ХСН диагностирована у 20 % больных, тромбоза легочной артерии – у 2 %. Выраженная декомпенсация углеводного и липидного обмена (гипергликемия и дислипидемия) диагностировалась не только в большинстве случаев экстренных – при ОКС, но и в 58,1 % плановых госпитализаций. Заслуживают особого внимания больные СД, перенесшие повторный ИМ, у которых ЧКВ проводилось на фоне ПИКС и рестенозов, обнаруженных в результате КГ у 12 % больных. На фоне ПИКС было проведено ЧКВ 49 пациентам. Мы проанализировали характер и эффективность сахароснижающей терапии у них: обнаружено, что до проведения ЧКВ 66 % больных с ПИКС получали препараты сульфонилмочевины (ПСМ), из них 54 % – неселективные (глибенкламид), 22,5 % больных лечили бигуанидами, 14 % пациентов находилось на инсулинотерапии. В группе лиц с рестенозами более половины лечились неселективными ПСМ, 30 % использовали сочетание инсулина с бигуанидами.

Как видим, у больных СД, как правило, развивается многососудистое поражение коронарных артерий [2], что подтверждается и в нашем наблюдении. ЧКВ при ОКС чаще осуществляют больным СД с ангинозными приступами; из-за нарушения иннервации при СД болевого синдрома может не быть, и тогда больных госпитализируют позже. В настоящем исследовании 33 больным СД ЧКВ не было проведено из-за атипичного (безболевого) начала инфаркта миокарда и обширности пора-

жения сосудов. Важно, что среди пациентов с ИБС, которым осуществлено ЧКВ, кроме больных СД выявлены лица с предиабетом, у которых тяжесть поражения коронарных сосудов была сопоставима с таковой при СД в соответствии с литературными данными [3]. В нашем исследовании подтверждается, что применение неселективных ПСМ может способствовать возникновению повторных ИМ, возможно, из-за нарушения ишемического прекондиционирования миокарда [4].

Литература

1. Структура сопутствующей патологии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / М. В. Александров [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015. № 14. С. 14.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова // Сахарный диабет. 2019. Т. 22, № 1S1. 144 с.
3. Романенко И. А., Полятыкина Т. С., Маврычева Н. В. Динамика метаболических показателей, маркеров окислительного стресса и повреждения сосудистой стенки при лечении больных с ожирением и предиабетом // Клини. медицина. 2016. № 94(3). С. 221–225.
4. Влияние компенсации углеводного обмена и вида гипогликемизирующей терапии на исходы эндоваскулярных вмешательств у больных сахарным диабетом 2 типа / М. С. Мичурова, И. В. Кононенко, О. М. Смирнова, В. Ю. Калашников // Сахарный диабет. 2014. № 1. С. 34–40.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Д. С. Барташук¹, Г. А. Батрак¹, Н. П. Лапочкина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сахарный диабет (СД) и рак являются двумя гетерогенными, многофакторными и наиболее тяжёлыми хроническими заболеваниями [1, 2]. Эпидемиологические исследования показывают, что СД и рак тесно связаны между собой, онкология при СД 2 типа (рак поджелудочной железы, печени, мочевыделительной системы и женских половых органов) встречается гораздо чаще, чем у здоровых лиц. По статистике, при СД на 20–50 % возрастает риск образования рака молочных желез (РМЖ) и толстого кишечника [2, 3]. У больных с СД намного выше уровень смертности при раке. Повышенный уровень глюкозы в организме и характерное для СД 2 типа ожирение увеличивают вероятность злокачественного перерождения клеток в молочных железах. Существует мнение, что стимулятором развития онкологии является подкожный жир, но механизм влияния жира на формирование опухоли окончательно не определен. Патоло-

гия может быть спровоцирована хронической гипергликемией, вредными привычками и несбалансированным питанием [2, 3].

Цель – проанализировать особенности клинического течения РМЖ у женщин с СД 2 типа, выявить взаимосвязи тяжести злокачественного поражения молочной железы и послеоперационных осложнений с наличием СД 2 типа.

Обследовали 35 женщин с СД 2 типа, госпитализированных в хирургическое отделение Ивановского областного онкологического диспансера по поводу РМЖ. Возраст пациенток – от 48 лет до 81 года, средний возраст – $61,9 \pm 8,7$ года (Ме – 63,0). Длительность СД – от 2 до 18 лет, в среднем – $8,1 \pm 4,1$ года (Ме – 7,0). Большинство женщин (63 %) имели ожирение 2–3-й степени, средний индекс массы тела – $34,7 \pm 4,2$ кг/м². Все пациентки с СД 2 типа и злокачественным заболеванием молочных желез имели гипертоническую болезнь: 23 % – 1-й стадии, 46 % – 2-й, 31 % – 3-й. Лабораторные исследования включали: общий и биохимический анализ крови (исследование уровня калия, натрия, креатинина, билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы), общий анализ мочи, суточную протеинурию, скорость клубочковой фильтрации. Инструментальные методы обследования: ЭКГ, эхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, ФЭГДС.

Все пациентки с СД 2 типа получали сахароснижающую терапию: 40 % – таблетированные сахароснижающие препараты, 17 % – комбинированную терапию сахароснижающими препаратами и инсулином, 43 % – базис-болюсную инсулинотерапию. В 100 % случаев проведено оперативное лечение РМЖ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение, Ме – медиана. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми. С целью статистического изучения связи между явлениями использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Выявлено, что у 57 % женщин с СД 2 типа, проходивших оперативное лечение по поводу РМЖ, отмечается отягощенная наследственность по СД 2 типа и у 28,6 % – по онкологическим заболеваниям. Из обследованных 14 % пациенток имели РМЖ 2а, 26 % – 2б, 46 % – 3 и 14% – 4 стадии. Объем проведенного оперативного лечения: мастэктомия (у 75 %), операция с частичной резекцией молочной железы (у 25 %).

Длительность госпитализации пациенток с СД и РМЖ составила $16,1 \pm 2,0$ (Ме – 16) койко-дня, с РМЖ без СД – $14,5 \pm 1,8$ (Ме – 14) койко-дня ($p \leq 0,05$).

Выявлена корреляция степени тяжести РМЖ при СД 2 типа с возрастом ($r = 0,3$), стажем СД ($r = 0,35$) и длительностью госпитализации ($r = 0,3$).

Наличие послеоперационных осложнений у пациенток с СД 2 типа тесно коррелирует с возрастом ($r = 0,6$), индексом массы тела ($r = 0,4$) и длительностью СД 2 типа ($r = 0,7$).

Итак, большинство женщин с СД 2 типа, госпитализированных для лечения РМЖ, находились в возрасте старше 60 лет, имели ожирение 2–3-й степени и отягощенную наследственность по СД, у трети наследственность отягощена по онкологическим заболеваниям. Только у четверти женщин с СД 2 типа диагностирована 2б стадия РМЖ, у половины – 3-я. Степень тяжести РМЖ при СД 2 типа и наличие послеоперационных осложнений у данной группы больных тесно взаимосвязаны с возрастом пациенток и длительностью СД. У больных с СД 2 типа и злокачественным заболеванием молочных желез отмечена тесная взаимосвязь развития послеоперационных осложнений с наличием ожирения.

Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова // Сахарный диабет. 2019. Т. 22, № 1S1. 144 с.
2. Рак молочной железы / под ред. Ш. Х. Ганцева. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 128 с.
3. Рак молочной железы : практ. рук-во для врачей / под ред. Г. А. Франка, Л. Э. Завалишиной, К. М. Пожарисского. М. : Практик. медицина, 2014. 176 с.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Р. И. Ханкишиева¹, Г. А. Батрак¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Среди наиболее распространенных социально значимых заболеваний особое место занимают сердечно-сосудистые (ССЗ) и сахарный диабет (СД) 2 типа [1, 2]. Гестационный диабет (ГСД) в анамнезе является одним из важнейших факторов риска развития СД 2 типа у женщин. Декомпенсация СД в период гестации способствует развитию многочисленных осложнений у беременной и у плода [1, 2].

Цель – выявить основные факторы риска, клинические проявления и лабораторные особенности ГСД.

В исследование включены 30 женщин с ГСД в возрасте от 23 до 45 лет (средний возраст – $33,1 \pm 5,2$ года), госпитализированных в эндокринологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново. Клиническое об-

следование включало сбор анамнеза, клинический осмотр основных органов и систем. Лабораторные методы: определение уровня глюкозы в крови натощак и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), протеинурии, глюкозурии. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

У абсолютного большинства беременных (90 %) ГСД возник впервые, срок беременности при выявлении ГСД и поступлении в стационар составил 23–24 недели. У 60 % беременных имелось ожирение 1–2-й степени, индекс массы тела (ИМТ) до беременности – $30,4 \pm 4,8$ кг/м². Более половины женщин с ГСД (55 %) имели отягощенную наследственность по СД 2 типа. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит (35 %), патология щитовидной железы (30 %), артериальная гипертензия (25 %). Все пациентки с ГСД при поступлении в стационар жаловались на жажду, сухость во рту и учащенное мочеиспускание. У 10 % беременных диагностирована артериальная гипертония 1–2-й степени, на фоне терапии уровень АД – $120 \pm 14,4 / 75 \pm 9,4$ мм рт. ст. Средние значения креатинина – $55,3 \pm 9,1$ мкмоль/л, СКФ – $117,4 \pm 9,8$ мл/мин/1,73 м². У 80 % пациенток с ГСД выявлена гиперхолестеринемия: средние значения общего ХС – $5,9 \pm 1,2$ ммоль/л, ТГ – $1,55 \pm 0,9$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,18 \pm 0,3$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $2,0 \pm 1,3$ ммоль/л. Средний уровень глюкозы в крови натощак при поступлении составил $6,6 \pm 0,4$ ммоль/л, при выписке – $4,7 \pm 1,2$ ммоль/л ($p \leq 0,05$); HbA1c – $5,3 \pm 0,7$ %; постпрандиальной глюкозы крови при поступлении – $7,2 \pm 1,0$ ммоль/л, при выписке – $5,9 \pm 1,4$ ммоль/л ($p \leq 0,05$).

У пациенток с ГСД и двумя-тремя беременностями в анамнезе (20 %) отмечались неблагоприятные исходы (самопроизвольный аборт, неразвивающаяся («замерзшая») беременность).

Все беременные обучены в школе СД, выписаны с достижением целевых показателей гликемии и рекомендациями по соблюдению диеты, приему калия йодида 200 мкг/сут, диспансерного наблюдения гинеколога и эндокринолога, 15 % беременных с ГСД для достижения целевых уровней гликемии назначена инсулинотерапия, средняя суточная доза инсулина короткого действия – 12 ЕД/сут, средняя суточная доза пролонгированного инсулина – 6 ЕД/сут.

Таким образом, ГСД чаще встречается у женщин старше 30 лет с отягощенной наследственностью по СД 2 типа и наличием ожирения 1–2-й степени. У 20 % пациенток с ГСД и повторными беременностями в анамнезе отмечаются неблагоприятные исходы данной беременности, что, несомненно, требует более тщательного наблюдения женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, гинекологом и эндокринологом.

Литература

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова // Сахарный диабет. 2019. Т. 22, № 1S1. 144 с.
2. Дедов И. И., Краснополский В. И., Сухих Г. Т. Российский национальный консенсус гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение? // Сахарный диабет. 2012. Т. 15, № 4. С. 4–10.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО И 2-ГО ТИПА

А. Е. Егорова¹, Г. А. Батрак¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Сахарный диабет (СД), несмотря на достигнутые успехи в диагностике и терапии, остается наиболее острой проблемой медицинской науки и здравоохранения всех экономически развитых стран [1, 2], что обусловлено масштабностью распространения СД и тяжестью осложнений [3, 4]. Острые диабетические осложнения, прежде всего кетоацидозы и кетоацидотические комы, развиваются вследствие абсолютного или резко выраженного относительного дефицита инсулина. Частота комы составляет около 40 случаев на 1 тыс. пациентов, терапия не всегда является эффективной, смертность достигает 5–15 %, у больных старше 60 лет – 20 % даже в специализированных центрах [5].

Цель – выявить особенности острых диабетических осложнений СД 1 и 2 типа.

На базе ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново обследовали 60 пациентов с СД и острыми осложнениями: 40 (66,7 %) – с СД 1 типа и 20 (33,3 %) – с СД 2 типа. Возраст больных с СД 1 типа – от 18 до 62 лет, средний возраст – $36,3 \pm 1,6$ года, длительность СД 1 типа – 0–43 года, в среднем – $9,7 \pm 2,4$ года. Возраст больных СД 2 типа – от 32 до 85 лет, средний возраст – $58,8 \pm 1,4$ года, длительность СД 2 типа – 0–22 года, в среднем $9,1 \pm 2,7$ года. Длительность заболевания более 5 лет имели 70 % пациентов с СД 1 типа, 75 % – с СД 2 типа. По тяжести состояния 58,4 % больных госпи-

тализируются в эндокринологическое отделение и 41,6 % – в палату интенсивной терапии, 8,3 % из них – в коматозном состоянии. У больных с тяжелым кетоацидозом и кетоацидотической комой в условиях палаты интенсивной терапии определяли показатели кислотно-основного состояния и газов (с помощью анализатора «I-stat1 Analyzer MN: 300-G»): рН крови, парциальное давление углекислого газа (pCO₂), уровень бикарбонатов (HCO₃), сатурацию (O₂ sat), концентрацию Na, K, Ca (iCa).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

В структуре острых осложнений при СД 1 типа у абсолютного большинства пациентов (80 %) отмечался кетоз, у 17,5 % – кетоацидоз, у 2,5% – гипогликемическая кома. Среди больных СД 1 типа с острыми диабетическими осложнениями было 47,5 % мужчин и 52,5 % женщин. В структуре острых осложнений при СД 2 типа также у большинства пациентов (75 %) отмечался кетоз, у 10 % – кетоацидоз, у 15 % – гипогликемическая кома и тяжелые гипогликемические состояния. Среди лиц с СД 2 типа с острыми диабетическими состояниями 20 % составили мужчины, 80 % – женщины. У больных СД 1 типа и острыми диабетическими осложнениями выявлены хронический гастрит (у 25 %), панкреатит (у 17,5 %) и гепатит (у 12,5 %). У лиц с СД 2 типа и острыми диабетическими осложнениями имелись: гипертоническая болезнь (у 65 %), ишемическая болезнь сердца (у 20 %), хроническая ишемия головного мозга (у 55 %), пиелонефрит (у 35 %), мочекаменная болезнь (у 10 %).

При определении показателей кислотно-основного состояния и газов получены следующие результаты: уровень рН в крови исходно составил 7,09 (норма – 7,31–7,41), парциального давления углекислого газа – 27,7 mmHg (норма – 41–52 mmHg), бикарбонатов – 15,9 ммоль/л (норма – 23–28 ммоль/л), степень сатурации – 65,3 % (норма – 60–70 %), концентрация натрия – 135,1 ммоль/л (норма – 138–146 ммоль/л), калия – 4,2 ммоль/л (норма – 3,5–4,9 ммоль/л), кальция – 0,9 ммоль/л (норма – 1,12–1,32 ммоль/л).

У 90% пациентов, госпитализированных в палату интенсивной терапии, диагностирован метаболический ацидоз, для коррекции которого проводилось следующее лечение: введение инсулина через инфузomat со средней скоростью 7 Ед/ч, калия хлорида в средней дозе (KCl 4 % – 80 мл) и бикарбоната натрия (NaHCO₃ 2 % – 200 мл). Средний объем введённой жидкости составил 2600 мл.

Зарегистрирован один летальный исход вследствие острой сердечной недостаточности, 59 пациентов выписаны с улучшением, большин-

ству рекомендована инсулинотерапия (80 %), таблетированные сахароснижающие препараты (11,7 %), комбинированная терапия (6,7 %).

Следовательно, острые диабетические осложнения в большинстве случаев возникают при СД 1 типа, чаще у женщин с длительностью диабета более 9 лет. В структуре острых диабетических осложнений независимо от типа диабета преобладают кетозы и кетоацидозы умеренной степени тяжести. Гипогликемические реакции и гипогликемические комы встречаются в 5 раз чаще при СД 2 типа, чем при СД 1 типа.

Литература

1. Сахарный диабет типа 1: реалии и перспективы / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. М. : Мед. информ. аг-во, 2016. С. 504.
2. Саприна Т. В., Файзулина Н. М. Сахарный диабет 2 типа у лиц пожилого возраста – решенные и нерешенные вопросы // Сахарный диабет. 2016. Т. 19, № 4. С. 322–330.
3. Клыпа Т. В., Орехова М. С., Забросаева Л. И. Гипергликемия критических состояний // Сахарный диабет. 2015. Т. 18, № 1. С. 33–41.
4. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова // Сахарный диабет. 2019. Т. 22, № 1S1. 144 с.
5. Батрак Г. А., Жук Е. А., Мясоедова С. Е. Острые осложнения при сахарном диабете : учеб. Пособие. Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. 76 с.

Секция «КАЧЕСТВО СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РЕКИ ХАРИНКА ПО ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

*А. С. Тевризова¹, Е. А. Жирнова¹, В. В. Графова¹,
О. К. Стаковецкая¹, О. Ю. Кузнецов¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Загрязнение водных объектов – это изменения свойств воды в связи со сбрасыванием в нее разнообразных веществ, которые делают воду опасной для использования, нанося ущерб народному хозяйству, здоровью и безопасности населения. Для оценки экологического состояния водоема часто применяются биоиндикаторы, применение которых позволяет судить о степени трансформации окружающей среды, в том числе о присутствии в ней загрязняющих веществ. В качестве индикаторов могут быть использованы микроорганизмы, важнейшими функциями которых является участие в круговороте химических элементов, процессах деструкции органического вещества, образовании и потреблении газов, минералобразовании и изменении физико-химических показателей водных экосистем [1]. Разложение органических остатков в илах водоемов происходит в основном благодаря деятельности микроорганизмов, групповой состав которых зависит от уровня окисленности среды. В связи с этим микроорганизмы могут служить биоиндикаторами окислительно-восстановительных условий в исследуемом субстрате.

Цель – оценить экологическое состояние реки Харинка по ферментативной активности микроорганизмов.

Для изучения водного объекта был выбран участок реки, протекающей по территории парка культуры и отдыха Харинка (г. Иваново), так как основную угрозу водному объекту парка может представлять рекреационно-туристическая деятельность и связанные с ней последствия. Ферментативная активность микроорганизмов определялась методом автографии и аппликационным методом, которые основаны на микробиологическом расщеплении желатина и восстановлении бромистого серебра, находящихся в эмульсии засвеченной фотобумаги. Восстановительные условия в придонных субстратах создаются во многом благодаря деятельности анаэробов, следовательно, фотобумага регистрирует

уровень активности этих микроорганизмов. При этом в эмульсионном слое фотобумаги образуется множество частиц металлического серебра в виде черных и бурых пятен. Интенсивность окраски пятен тем больше, чем выше восстановленность среды в местах соприкосновения фотоэмульсии с субстратом [2]. Две полоски фотобумаги размером 2 × 5 см на 72 часа помещали в емкость с илом из исследуемого водоема. После окончания экспозиции полоски быстро промывали в обычной, а затем в дистиллированной воде, фиксировали в течение 5 минут 25 %-ным раствором гипосульфита натрия и высушивали на фильтровальной бумаге эмульсионным слоем вверх. Другую полоску фотобумаги размером 2 × 5 см прикрепляли к стеклянной пластинке, обертывали полиэтиленовой сеткой и закладывали в емкость с водой из исследуемого водоема. Через семь суток пластинку с фотобумагой снимали, высушивали и определяли скорость разжижения желатинового слоя в процентах по формуле: $A = Y \times 100/X$, где A – скорость (%) разложения белка, Y – площадь разложившейся части желатина, X – исходная площадь желатинового слоя (подсчет данных производили с помощью анализатора изображений и компьютерной программы «ВидеоТест-Мастер 4.0»). Оценка деятельности водных микроорганизмов проводилась с учетом степени разжижения желатинового слоя фотобумаги: чем сильнее оно выражено, тем больше светлых участков, следовательно, выше ферментативная активность микроорганизмов. Разложение органических материалов микроорганизмами сопровождается потреблением растворенного в воде кислорода. Если кислорода в воде мало, то деятельность аэробных бактерий подавляется и запускаются процессы гниения [3].

С помощью фотоаппликации в водоеме выявлены анаэробные условия, о чем свидетельствует сильная степень «проявки» (потемнения) фотобумаги. Потемнение фотобумаги – это суммарный результат деятельности всех групп анаэробов, живущих в иле. Скорость разложения белка в воде из реки низкая – 45 % за неделю. Возможность расщепления белка в большей степени происходит в случае активности жизнедеятельности аэробных бактерий, что объясняет полученные данные относительно низкой степени разложения белка.

Итак, установлено, что ферментативная активность водных свободных живущих микроорганизмов низкая, т. к. они слабо разрушают желатиновый слой фотобумаги, поэтому и в природных условиях они слабо разлагают белковые субстраты. В иле из исследуемого водоема присутствует мало кислорода, поэтому в субстрате развиваются анаэробные микроорганизмы и поэтому там преобладают анаэробные процессы гниения. В целом для реки Харинка зафиксировано медленное разложение органических остатков, в среде накапливаются восстановители, отрицательно влияющие на развитие биологических цепочек живых организмов.

Литература

1. Оценка экологического состояния рек в черте города Иваново методом биоиндикации / О. К. Стаковецкая, Н. А. Куликова, О. В. Холмогорская, Н. Г. Калинина / под ред. А. С. Ляховец // Современные малые города: проблемы и перспективы развития : II Междунар. науч.-практ. конф. : сб. ст. М. : изд-во РГСУ, 2011. С. 183–186.
2. Экологический мониторинг : учеб.-метод. пособие. Изд. 3-е, испр. и доп. / под ред. Т. Я. Ашихминой. М. : Академ. проект, 2006. С. 246–250.
3. Намсараев Б. Б., Бархутова Д. Д., Хахинов В. В. Полевой практикум по водной микробиологии и гидрохимии : метод. пособие / отв. ред. М. Б. Вайнштейн. – М. ; Улан-Удэ : изд-во Бурят. гос. ун-та, 2006. С. 38.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ГАЗОДЫМОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПО РАЗНООБРАЗИЮ ЛИСТОВЫХ ПЛАСТИНОК БЕРЕЗЫ ПОВИСЛОЙ

К. А. Керимова¹, В. В. Графова¹, О. К. Стаковецкая¹, Н. А. Куликова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Загрязненный атмосферный воздух является опасным экологическим фактором, который негативно влияет на растения, животных и состояние здоровья человека. Растения особенно чувствительны к загрязнению атмосферного воздуха в связи с автотрофным характером метаболизма. Газообразные экотоксиканты, легко проникая в ткани растений через устьица, могут непосредственно влиять на обмен веществ в клетках, вступая в химические взаимодействия уже на уровне клеточных стенок и мембран. Пыль, оседая на поверхности растения, закупоривает устьица, что ухудшает газообмен листьев, затрудняет поглощение света, нарушает водный режим. Растения обладают способностью к детоксикации, так как поглощают из воздуха и нейтрализуют в тканях значительное количество вредных газообразных техногенных отходов, способствуя сохранению газового баланса в атмосфере [1]. Однако в местах сильного воздействия выхлопных газов автомобилей происходят нарушения роста и развития растений, и в первую очередь, отрицательное воздействие воздушного загрязнения сказывается на листьях растений, в которых под влиянием различных загрязнителей атмосферы происходят морфологические изменения, изменяется форма листьев, что может быть использовано для оценки качества воздуха.

Цель – оценить степень газодымового загрязнения воздушной среды по разнообразию листовых пластинок березы повислой.

Береза повислая (*Bétula péndula*) – дерево, достигающее 25–30 м в высоту, диаметр кроны – 7–12 м, диаметр ствола – до 80 см. Корневая

система сильно развита, но проникает в почву неглубоко, поэтому деревья нередко подвергаются ветровалу. Кора у молодых деревьев коричневая, а с восьми-десяти лет белеет. Ветки красно-бурые, голые, покрыты многочисленными густорассыпчатыми смолистыми желёзками-бородавочками. Крона ветвистая, но не густая, молодые ветви повисают вниз [2]. Сбор материала для исследования проводился с деревьев, произрастающих в населенных пунктах Ивановской (с. Майдаково, п. Пестяки, г. Вичуга), Костромской (г. Галич, г. Нерехта) и Владимирской (г. Киржач, с. Вязники, г. Ковров) областей в конце мая 2019 г. Все деревья находились на расстоянии не более 1 км от автотрассы и были приблизительно одного возраста. Образцы листьев собирались с высоты 1,5–2 м с укороченных побегов (в каждой точке собрано по 100 листьев). У каждого листа определяли форму листовой пластинки, пользуясь специальной таблицей и рисунками [3]. Форма листовой пластинки у березы повислой может быть широкоокруглая, треугольная, ромбовидная, с нарушенной верхушкой, ассиметричная, тополевидная, сердцевидная. В условиях антропогенного воздействия часто возрастает изменчивость различных морфологических признаков. В незагрязненных районах более $\frac{3}{4}$ листьев березы повислой широкоокруглые (более 70 %). При загрязнении возрастает разнообразие листьев, особенно треугольной формы (до 45 %). Степень газодымового загрязнения среды определяли по проценту широкоокруглой формы листовой пластинки.

Выявлено, что в городах Владимирской области процент первой формы листовой пластинки березы (широкоокруглой) составил: в г. Киржач – 31 %, в г. Вязники – 13 %, в г. Коврове – 25 %. В населенных пунктах Ивановской области: в с. Майдаково – 64 %, в п. Пестяки – 58 %, в г. Вичуга – 15 %. В городах Костромской области: в г. Галич – 39 %, а в г. Нерехта – 30 %.

Следовательно, сильная степень газодымового загрязнения воздушной среды наблюдается в городах Владимирской и Костромской областей и в г. Вичуга Ивановской области. В п. Пестяки и с. Майдаково Ивановской области установлена средняя степень загрязнения воздуха.

Литература

1. Физиология и биохимия сельскохозяйственных растений [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.studsell.com/view/191109/?page=5> (дата обращения: 11.02.2020).
2. Береза повислая [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Береза_повислая (дата обращения: 10.02.2020).
3. Стаковецкая О. К., Густов В. В., Кильчевский А. А. Оценка степени газодымового загрязнения среды по разнообразию листовых пластинок березы повислой // Научные механизмы решения проблем инновационного развития : сб. ст. Уфа : РИО МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2015. С. 7–10.

СОСНА ОБЫКНОВЕННАЯ КАК ДЕНДРОИНДИКАТОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ СРЕДЫ

*В. А. Дмитриева¹, А. А. Абасова¹, О. К. Стаковецкая¹,
Н. А. Куликова¹, М. О. Баринаова²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет»

Растение ведет прикрепленный образ жизни, поэтому состояние его организма отражает качество конкретного места произрастания. В настоящее время установлено, что на загрязнение атмосферного воздуха более остро реагируют растения хвойных пород по сравнению с лиственными. Повышенная чувствительность хвойных связана с длительным сроком жизни хвои и поглощением ими газов. При частых или постоянных воздействиях в тканях хвойных растений постепенно накапливаются токсичные соединения, что приводит к отмиранию хвоинок. Информативными по техногенному загрязнению являются структурные нарушения хвои [1]. Главным показателем изменений, с морфологической точки зрения, является показатель флуктуирующей асимметрии (ФА). ФА – это случайное небольшое отклонение от симметрии по любому признаку двусторонне симметричного организма (органа). ФА возникает вследствие нарушения стабильности развития организма, и её показатель может использоваться для оценки стрессового воздействия внешней среды на живые организмы [3].

Цель – оценить стабильность развития сосны обыкновенной.

Сосна обыкновенная (*Pinus sylvestris*) – дерево высотой 25–40 м диаметром ствола 0,5–1,2 м. Ствол прямой. Крона высоко поднятая, конусовидная, а затем округлая, широкая, с горизонтально расположенными в мутовках ветвями. Побеги серо-светло-коричневые. Хвоинки расположены по две в одном пучке, серо- либо сизовато-зелёные, как правило, слегка изогнутые, края мелкозубчатые [2]. Для исследования были использованы по 20 пар хвоинок с деревьев, произрастающих в г. Фурманове Ивановской области, г. Костроме и с. Сеготь Пучежского района Ивановской области. Все деревья находились на расстоянии не более 1 км от автотрассы и были приблизительно одного возраста. Морфометрию хвоинок проводили с помощью линейки. Величина флуктуирующей асимметрии оценивалась по формуле: $FA = 2 \times (WL - WR) /$

(WL + WR), где WL – длина одной иглы в паре, WR – длина второй иглы в паре [1].

Используя специальную таблицу [3], по показателю ФА оценивали влияние антропогенного фактора на стабильность развития сосны обыкновенной.

Установлено, что показатель ФА хвоинок, собранных с деревьев, произрастающих в г. Кострома и г. Фурманов составил 0,0053 и 0,0060 соответственно, что свидетельствует о высоком влиянии антропогенного фактора на стабильность развития исследуемых деревьев. Данный показатель для хвоинок сосны, произрастающей в селе Сеготь, составил 0,048, что соответствует умеренному влиянию антропогенного фактора. Высокое влияние антропогенного фактора объясняется тем, что данные деревья произрастают вблизи крупных автотрасс и испытывают сильное влияние вредных веществ, попадающих в атмосферу при работе автомобильных двигателей. Полученные данные подтверждают результаты наших исследований, проведенных в 2017 г. при изучении техногенного влияния на стабильность развития сосны обыкновенной, произрастающей в с. Сеготь Пучежского района Ивановской области [4].

Как видим, сосны, произрастающие в г. Фурманове и в г. Костроме, испытывают сильное стрессовое воздействие аэротехногенной нагрузки, в с. Сеготь – слабое. Интенсивное влияние факторов внешней среды привело к значительному нарушению, а небольшое – к незначительному нарушению стабильности развития ассимиляционных органов, что свидетельствует о наличии у сосны на данном этапе онтогенеза высокого адаптивного потенциала.

Литература

1. Биоиндикация загрязнения воздуха по состоянию сосны обыкновенной в парке «Дружба» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2015/04/01/bioindikatsiya-zagryazneniya-vozduha-po-sostoyaniyu-sosny-obyknovennoy> (дата обращения: 12.02.2020).
2. Сосна обыкновенная [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Сосна_обыкновенная (дата обращения: 12.02.2020).
3. Скрипальщикова Л. Н., Стасова В. В. Биоиндикационные показатели стабильности развития насаждений в нарушенных ландшафтах // Сибирский лесной журн. 2014. № 2. С. 62–72.
4. Оценка влияния антропогенного фактора на стабильность развития сосны обыкновенной / Л. К. Ильинова [и др.] // Материалы III Всероссийской обзорательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Иваново, 2017. Т. 1. С. 387–388.

ПИТАНИЕ, СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОЛОВАЯ КОНСТИТУЦИЯ СТУДЕНТОК

А. К. Абасова¹, В. С. Паукова¹, В. Л. Стародумов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Качество питания является одним из основных факторов, участвующих в формировании костно-мышечной системы, для характеристики которой используют соматометрические показатели. В последние десятилетия во всем мире наблюдается феномен грациализации, увеличение вертикальных параметров при уменьшении горизонтальных, объемных [1]. Это может привести к изменению такого показателя, как трохантерный индекс (ТИ), определяющий половую конституцию и репродуктивные возможности.

Цель – установить связь качества питания и соматометрических показателей, в том числе и ТИ, характеризующего состояние половой конституции студенток.

На базе ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России обследовано 39 девушек в возрасте 19–22 лет. Антропометрические исследования проводились по общепринятой методике: определялись рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), длина ног, ТИ, окружность плеча, грудной клетки и талии.

В качестве верифицирующих признаков физического развития рассчитывались ИМТ и ТИ. Гигиеническая оценка качества фактического питания проводилась анкетным методом [2]. Результаты сравнивались с нормативными показателями [3]. Статистические расчеты данных проведены с помощью стандартных программ Microsoft Excel и Биостат. Достоверность принималась значимой при вероятности выше 95 % ($p \leq 0,05$).

После проведения анализа качества питания по суточному меню рассчитывали разницу в процентах между показателями, полученными у всех девушек в возрасте 18–24 лет с учетом физиологических норм питания Установлено: 1) калорийность питания ($1814 \pm 81,69$ ккал) снижена по сравнению с физиологической нормой; 2) снижено количество углеводов ($236,3 \pm 18,2$ г), повышено содержание белка на 12 % ($76,1 \pm 7,7$ г) и жиров на 7 % ($76,31 \pm 4,5$ г); 3) снижено количество витамина С на 7,8 % ($73,5 \pm 9,5$ мг) и кальция – на 31 % ($632,9 \pm 57,4$ мг), повышено содержание фосфора на 9,7 % ($944,4 \pm 66,5$ мг), что говорит о нарушениях сбалансированности рациона.

По ТИ все девушки были распределены на группы: с сильной, средней и слабой половой конституцией. Наибольшее число студенток (74 %) оказалось в группе со слабой конституцией с ТИ менее 1,97. Это явление могло быть связано с процессом грациализации физического

развития девушек, который наблюдается в последнее время в России [4], и потому эти студентки изучались более углубленно.

У девушек со слабым типом конституции результаты оценки питания были ближе к физиологическим нормам. Калорийность составила $1933 \pm 93,64$ ккал за счет повышения потребления белков на 18,6 % и жиров на 14,9 %. Количество углеводов в свою очередь было снижено только на 9,2 %. Также отмечены нарушения сбалансированности питания.

Средний рост всех девушек составил $167 \pm 0,9$ см, масса тела – $56,8 \pm 1,1$ кг, длина ног – $91 \pm 1,1$ см; окружность плеча – $14,85 \pm 0,28$ см, окружность грудной клетки – $86,23 \pm 1,1$ см, окружность талии – $66,92 \pm 0,88$ см. ИМТ – $20,7 \pm 0,5$ кг/м²; ТИ – $1,84 \pm 0,02$. Соматометрические показатели (рост, масса тела, ИМТ, длина ног, ТИ, окружность плеча, грудной клетки и талии) девушек со слабым типом половой конституции статистически достоверно отличались от показателей студенток с другими типами конституции только по длине ног и ТИ ($p < 0,05$).

Для оценки связи антропометрических показателей и рациона применялся метод парной корреляции. Закономерно, что между ТИ и длиной ног наблюдалась обратная корреляция ($r = -0,91$), как и для окружности грудной клетки ($r = -0,34$). Отмечены связи между ИМТ, массой тела ($r = 0,69$) и окружностью талии ($r = 0,43$). Статистически достоверных связей антропометрических показателей с рационом питания отмечено не было. В группе девушек со слабой половой конституцией (ТИ $< 1,97$) отмечены статистически достоверные прямые корреляционные связи ТИ с калорийностью ($r = 0,37$) и количеством углеводов ($r = 0,36$). У студенток со средней половой конституцией отмечены статистически достоверные корреляционные связи ТИ с количеством потребляемых углеводов ($r = 0,94$) и обратная связь с количеством жиров в рационе ($r = -0,88$). У девушек с сильной половой конституцией (ТИ $> 2,0$) наблюдались подобные тенденции, но их достоверность была ниже 95 %: ТИ – с калорийностью пищи ($r = 0,67$), ТИ – с содержанием в рационе жиров ($r = 0,59$).

Таким образом, установлено, что питание студенток не сбалансировано по количеству белков, жиров и углеводов, а также по соотношению уровня кальция и фосфора. Наибольшее число девушек (74 %) имели слабую половую конституцию по ТИ, что могло быть связано с процессом грациализации физического развития. Обнаружена прямая корреляция ТИ с калорийностью пищи и количеством в ней углеводов, более выраженная у девушек слабой половой конституции.

Литература

1. Дерябин В. Е., Федотова Т. К., Ямпольская Ю. А. Возрастная динамика величины полового диморфизма соматических свойств у детей 8–17 лет // Вopr. современной педиатрии. 2006. № 5. С. 176.

2. Бондарев Г. И., Виссарионова В. Я. Методические подходы к изучению фактического питания населения и состояния его здоровья в связи с характером питания // *Вопр. питания*. 1983. № 3. С. 9–15.
3. *Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации : метод. рекомендации*. М. : Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2009. 36 с.
4. Щедрин А. С. Проявление общебиологических закономерностей в физическом развитии школьников г. Новосибирска // *Морфология*. 2001. Т. 120, № 4. С. 56–59.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ, РЕЖИМА И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

В. В. Голубева¹, М. В. Волкова², О. С. Аминова², А. Э. Акайзина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Низкая физическая активность, нарушение режима дня и регулярное нерациональное питание приводят к ухудшению состояния здоровья и качества жизни молодежи [1–3].

Цель – сравнить и оценить адекватность питания, режим дня и уровень физической активности студентов медицинских вузов.

В исследовании приняли участие 156 студентов 3-го курса Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) и 222 студента Ивановской государственной медицинской академии (ИвГМА). Им было предложено ответить на вопросы анкеты по особенностям питания, режима дня, образа жизни и ежедневной физической активности. Статистический анализ результатов проводили с помощью MS Office 2007.

В ходе исследования было выявлено, что 44 % студентов ИвГМА ложатся спать и засыпают в промежуток между 23:00 и 00:00, 38 % – 00:00, 18 % – до 23:00. При этом у 57 % опрошенных продолжительность сна составляет 6–7 часов, у 27 % – менее 6 часов, у 14 % – 7–8 часов, у 2 % – более 8 часов. У студентов ЯГМУ отмечается тенденция к более позднему и менее продолжительному сну. До 23:00 спать ложатся только 8 %, а менее 6 часов спят 40 % опрошенных. Трехразовое питание имели 38 % респондентов ИвГМА, 19 % – двухразовое, 22 % – четырехразовое и 8 % – пятиразовое. У 61 % студентов ИвГМА самым калорийным приемом пищи является обед, у 30 % – ужин, у 9 % – завтрак. При схожести

режимов питания студентов медицинских вузов 29 % опрошенных ЯГМУ питаются четыре раза в день, лишь 54 % считают обед своим основным приемом пищи. 44 % студентов ИвГМА употребляют говядину или свинину один-два раза в неделю, 23 % – 3–4 раза, 17 % – почти ежедневно, а 16 % – не употребляют вовсе. 49 % опрошенных используют рыбу и морепродукты в своём рационе один-два раза в неделю, 6 % – более трех раз в неделю, 45 % – не используют вовсе. 46 % респондентов употребляют яйца один-два раза в неделю, 27 % – 3–4 раза в неделю, 11 % – почти ежедневно, а 17 % – не употребляют совсем. Среди студентов ЯГМУ отмечено большее число лиц, не употребляющих белковые продукты, 24 % отказываются от мяса, 51 % – от рыбы, 24 % – от яиц. 35 % опрошенных ИвГМА используют каши и крупы в своём рационе один-два раза в неделю, 25 % – 3–4 раза в неделю, 22 % – почти ежедневно и 18 % – не используют вовсе. 41 % студентов каждый день употребляют сладости, 16 % – 5–6 раз, 19 % – 3–4 раза, 20 % – один-два раза в неделю, 5 % – не употребляют. 37 % опрошенных используют в своём рационе свежие овощи 3–4 раза в неделю, 34 % – один-два раза в неделю, 23 % – почти каждый день, 5 % – не используют вовсе. 37 % студентов ИвГМА используют свежие фрукты в своём рационе питания 3–4 раза в неделю, 32 % – 1–2 раза в неделю, 24 % – почти ежедневно, 7 % – не используют вовсе. В сравнении студенты ЯГМУ в большем количестве ежедневно употребляют овощи и фрукты (32 %), крупяные гарниры и каши (28 %). 55 % опрошенных из ИвГМА употребляют «вредные продукты питания» один-два раза в неделю, 15 % – 3–4 раза, 2 % – 5–6 раз, 28 % – не употребляют. В ЯГМУ 36 % респондентов совсем не употребляют «вредные продукты питания». 32 % студентов ИвГМА выпивают 1–1,5 л чистой воды в день, 20 % – 1,5–2 л, 7 % – более 2 л, 29 % – 0,5–1 л, 11 % – менее 0,5 л. Лишь 24 % студентов ЯГМУ выпивают 1,0–1,5 л чистой воды в день, а 38 % – всего 0,5– 1,0 л.

Занимаются интенсивной физической нагрузкой 2 раза в неделю 42 % опрошенных из ИвГМА, 19 % – 3 раза, 12 % – более 4 раз, 24 % – не занимаются вовсе. У 31% студентов нагрузка длится 20–40 минут, у 25 % – 40–60 минут, у 14 % – более часа, у 14 % – 10–20 минут, у 16 % – менее 10 минут. В ЯГМУ отмечается меньшее число респондентов, совсем не занимающихся интенсивной физической нагрузкой – 17 %, продолжительность нагрузки одинакова у студентов обоих вузов. Неинтенсивной физической нагрузкой 2–3 раза в неделю занимаются 45 % респондентов ИвГМА, 18 % – 4–5 раз в неделю, 17 % – более 5 раз, а 18 % – не занимаются совсем. При этом продолжительность неинтенсивной физической нагрузки у 34 % опрошенных составляет 20–40 минут, у 23 % – 40–60 минут, у 9 % – более часа, у 10 % – более 1,5 часа, у 24 % – до 20 минут. 39 % респондентов ЯГМУ более 5 раз в неделю занимаются неинтенсивной физи-

ческой нагрузкой, продолжительность нагрузки схожа у студентов обоих вузов. 26 % опрошенных ИвГМА проводят в положении сидя более 8 часов в день, 23 % – 7–8 часов, 16 % – 6–7 часов, 19 % – 5–6 часов, 8 % – 4–5 часов, 7 % – 3–4 часа. Только 8 % опрошенных ЯГМУ проводят в положении сидя менее 5 часов. 41 % студентов ИвГМА назвали основным препятствием для занятий физической культурой или спортом отсутствие времени из-за учебы или работы, 12 % – имеющиеся заболевания, 9 % – отсутствие желания или подходящего вида занятий, 38 % – занимаются спортом или физической культурой. 54 % респондентов ЯГМУ назвали своим основным препятствием отсутствие времени, и лишь 31 % ответили, что занимаются физической культурой. 53 % студентов ИвГМА сдают клинический минимум раз в год, 25 % посещают лечебные учреждения только по необходимости. 37 % опрошенных ЯГМУ посещают врача только по необходимости, клинический минимум сдают раз в год только 40 %. 80 % студентов ИвГМА и 70 % студентов ЯГМУ утверждают, что реклама не влияет на их выбор продуктов.

Выводы: 1. Режим дня большинства студентов не соответствует гигиеническим нормативам из-за наличия позднего и непродолжительного сна. 2. Рационы питания неполноценны из-за присутствия фастфуда, преобладания простых углеводов, дефицита животного белка, пищевых волокон, нарушения питьевого режима. 3. Студенты ЯГМУ имеют более негативное направление изменений в отношении режима дня и ежедневного питания. 4. Треть студентов имеют низкую физическую активность, недостаточную по времени и нагрузке, при этом студенты ЯГМУ имеют больше препятствий для занятий физкультурой и спортом. 5. Студенты ЯГМУ реже контролируют свое состояние здоровья при помощи клинического минимума.

Литература

1. Волкова М. В., Голубева В. В., Акайзина А. Э. Оценка образа жизни молодежи по рациональности питания и уровню физической активности // Актуальные вопросы медицинской науки : сб. тез. 73-й Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием, посвящ. 75-летию Ярославского государственного медицинского университета. Ярославль, 2019. С. 242.
2. Волкова М. В., Голубева В. В., Акайзина А. Э. Информированность молодежи о влиянии правильного питания и физической активности на образ жизни и здоровье // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. V Всерос. образоват.-науч. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. Иваново, 2019. С. 519–521.
3. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы / Л. А. Жданова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21, № 3. С. 5–13.

ЭКСПРЕСС-ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАЛЬСИФИКАЦИИ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ И ПРЕСНЫХ БУТИЛИРОВАННЫХ ПИТЬЕВЫХ ВОД

А. Э. Акайзина¹, Э. С. Акайзин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время активный рост рынка природных минеральных и пресных бутилированных питьевых вод сопровождается появлением в России опасной, некачественной и фальсифицированной продукции. Фальсификация природной минеральной и пресной питьевой воды производится путем розлива в бутылки водопроводной воды без ее очистки с добавлением и без добавления минеральных солей. В водопроводной воде содержатся хлорорганические соединения и остаточный хлор, оказывающие вредное воздействие на организм человека [1]. Опасно использование фальсифицированной бутилированной воды для питья и приготовления детского питания. Фальсифицированная питьевая бутилированная вода не проходит санитарно-эпидемиологический контроль и может представлять опасность для жизни и здоровья детей и взрослых. Необходим экспресс-метод определения фальсификации природных минеральных и пресных бутилированных питьевых вод [2].

Цель – проанализировать образцы вод для разработки способа экспресс-определения фальсификации природных минеральных и пресных бутилированных питьевых вод.

На базе биохимической лаборатории Научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России (НИЦ ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России) в 2014 году определяли уровень индуцированной хемилюминесценции питьевых вод на биохемилюминометре «БХЛ-07». На первом этапе исследования были проанализированы параметры индуцированной хемилюминесценции некондиционных бутилированных минеральных питьевых вод в пределах срока годности и с истекшим сроком годности в качестве демонстрационной модели. На втором были изучены параметры индуцированной хемилюминесценции трех образцов минеральных и пресных бутилированных питьевых вод, источниками которых являлись скважины Ивановской области различной глубины, образца воды централизованной системы питьевого водоснабжения г. Иванова из реки Увель, образца воды из поверхностного источника – реки Волкуша. Это позволило смоделировать экспресс-метод групповой идентификации фальсифицированных и опасных бутилированных питьевых вод. Статистическую обработку проводили непараметрическим U-критерием Манна – Уитни, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Проанализированы 9 параметров хемилюминесценции пяти образцов вод из подземных источников (скважин) и двух поверхностных источников, из них отобраны три наиболее информативных параметра: I_{\max} , S и $\text{tg}2\alpha$. I_{\max} – максимальная интенсивность свечения – дает представление о потенциальной способности объекта к свободнорадикальному окислению; S – светосумма за 30 с – отражает содержание радикалов, соответствующих обрыву цепи свободнорадикального окисления; $\text{tg}2\alpha$ – показатель, характеризующий скорость спада процессов свободнорадикального окисления. Технический результат достигается тем, что методом стимулирования химическими соединениями хемилюминесценции воды измеряют световые сигналы и рассчитывают I_{\max} , S и $\text{tg}2\alpha$ для анализируемой и дистиллированной воды. Были рассчитаны коэффициенты отношения показателей анализируемой воды к соответствующему показателю дистиллированной воды: $K(I_{\max})$, $K(S)$, $K(\text{tg}2\alpha)$. При значениях $K(I_{\max})$ – от 0,9 до 2,6, $K(S)$ – от 0,4 до 2,5, $K(\text{tg}2\alpha)$ – от 0,8 до 2,5 устанавливают ее принадлежность к бутилированной питьевой воде подземного источника, а при значении любого из трех параметров: $K(I_{\max})$ – больше 2,6, $K(S)$ – больше 2,5, $K(\text{tg}2\alpha)$ – больше 2,5 устанавливают ее фальсификацию – принадлежность к бутилированной питьевой воде из централизованной системы питьевого водоснабжения из поверхностного источника и загрязненности воды. Показатели хемилюминесценции для анализируемой водопроводной и речной воды значительно выше, чем у бутилированных питьевых вод. Величины световых сигналов хемилюминесценции и рассчитываемых показателей зависят от суммарного содержания в воде железа, меди, хрома, кобальта, марганца, свинца, кадмия, мышьяка, ртути, цианидов, остаточного хлора, фенола, формальдегида и других неорганических и органических соединений, содержание которых отличается у вод из разных источников. Таким образом, более высокие параметры хемилюминесценции позволяют устанавить фальсификацию бутилированных минеральных и пресных питьевых вод. На первом этапе исследования нами был разработан экспресс-метод выявления опасных для человека, некачественных и фальсифицированных бутилированных питьевых вод. На втором этапе в 2015 году произведено патентование «Способа экспресс-определения источника и загрязненности воды» [3].

Таким образом, показатели хемилюминесценции можно использовать для экспресс-определения фальсификации природных минеральных и пресных бутилированных питьевых вод.

Литература

1. Акайзина А. Э., Акайзин Э. С., Стародумов В. Л. Приоритетные показатели химического загрязнения и оптимизация мониторинга качества питьевой

- воды г. Иванова // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2014. № 1. С. 15–17.
2. Акайзина А. Э. Разработка экспресс-метода выявления опасной, фальсифицированной и контрафактной бутилированной питьевой воды // Актуальные вопросы медицинской науки : сб. тез. 73-й Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием, посвящ. 75-летию Ярославского государственного медицинского университета. Ярославль, 2019. С. 240.
 3. Пат. 2567733 Российская Федерация. Способ экспресс-определения источника и загрязненности воды / А. Э. Акайзина и др. Оpubл. 10.11.2015. Бюл. № 31.

СОДЕРЖАНИЕ РЯДА УЛЬТРАМИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛИСТЬЯХ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО

Б. С. Шабанов¹, М. А. Волюнец¹, Н. А. Куликова¹, О. К. Стаковецкая¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Биологическая роль ультрамикроэлементов, несомненно, велика. Они входят в состав ряда ферментов, принимающих участие в обмене, синтезе и распаде органических веществ. Изменение их количества влечет за собой нарушение функций и токсическое влияние на растения, которые являются высокочувствительными индикаторами, на загрязнение они быстро отвечают морфологическими реакциями: изменение окраски листьев, появление некрозов, преждевременное увядание и дефолиация листьев [1]. В связи с увеличением количества промышленных предприятий выбросы отходов в атмосферу возрастают, существенно изменяется состав почвы и самих растений. Выявление районов с различным содержанием ультрамикроэлементов в листьях дуба дает возможность регулировать их содержание в почве и является актуальным.

Цель – определить и сравнить количество искомым микроэлементов в листьях дуба черешчатого в г. Иваново и Ивановской области.

Объект исследования: Дуб черешчатый, *Quercus robur* L., который относится к семейству Fagaceae Dumort, произрастает только в Европейской части РФ.

Материалом для исследований микроэлементного состава послужили листья дубов, произрастающих в трех районах г. Иваново (район Авдотьино, железнодорожный вокзал, м. Богородское, ул. Маршала Василевского) с критическим уровнем загрязнения и в 8 регионах Ивановской области (г. Тейково, г. Кинешма, г. Пучеж, г. Гаврилов-Посад, с. Архиповка – критический уровень загрязнения, дер. Юркино – сильное загрязнение, г. Заволжск и г. Приволжск – умеренное загрязнение).

Из 12 точек сбора были изучены листья (по 10 штук). Элементный анализ листьев дуба с определением концентрации церия, самария и вольфрама определяли методом атомной эмиссионной спектроскопии с индукционно-связанной аргонной плазмой на базе кафедры неорганической и аналитической химии МСХА им. К.А. Тимирязева и кафедры клинической и лабораторной диагностики РГМУ (г. Москва).

Церий (Ce) – химический элемент из группы лантаноидов. В составе листьев дуба диоксид церия принимает участие в окислительно-восстановительных процессах в клетке, повышая ее способность к регенерации. Известны УФ-защитное, антифунгальное и избирательное взаимодействие церия с бактериальными клетками в зависимости от их физико-химических свойств [2]. Содержание церия в листьях исследованных дубов в г. Иваново (железнодорожный вокзал, район Авдотьино), г. Приволжск и в г. Пучеж составляет от 0,055 до 0,087 мкг/кг, в остальных точках сбора он отсутствует. Вольфрам (W) представляет собой твёрдый блестящий серебристо-серый переходный металл. В физиологическом отношении вольфрам является антагонистом молибдена. Молибден, являясь составной частью ряда ферментов, действует на обмен пуринов, синтез РНК, АТФ и белков, участвует в фосфорно-кальциевом обмене [3]. Повышенное содержание молибдена стимулирует ксантиноксидазу и ингибирует каталазу, при этом запускает перекисное окисление липидов, что приводит к повреждению клеточных мембран. Вольфрам вытесняет молибден из молибден-зависимых ферментов, в результате чего они инактивируются и снижается повреждающее действие молибдена на клетки и ткани. При избыточном поступлении вольфрама в растениях развиваются симптомы «молибденовой недостаточности»: в избытке накапливаются нитраты, развивается хлороз листьев, что сопровождается коричневым некрозом. Содержание вольфрама в листьях дубов в 10 точках сбора колеблется от 0,104 до 0,451 мкг/кг, в районе Авдотьино – 0,884 мкг/кг, в г. Приволжск – 2,987 мкг/кг, превышая минимум в 20 раз. Самарий (Sm) – твёрдый металл белого цвета из группы лантаноидов. На воздухе окисляется, превращаясь в Sm₂O₃. Известно, что он стимулирует метаболизм в клетках. Токсичность самария и его соединений невысока. Содержание самария в листьях дубов небольшое: в 10 точках сбора – от 0,002 до 0,011 мкг/кг, в р-не Авдотьино – 0,016 мг/кг, в районе железнодорожного вокзала г. Иваново – 0,027 мкг/кг.

Итак, впервые определены региональные особенности состава ультрамикрорезультатов биосубстратов дубовых листьев. Наибольшее количество церия и вольфрама обнаружено в г. Приволжске (умеренное загрязнение среды), самария – в районе железнодорожного вокзала

г. Иваново (критическое загрязнение среды). Дубы могут аккумулировать в своих тканях вольфрам.

Литература

1. Протасова М. В., Белова Т. А. Оценка состояния окружающей среды по показателям флуктуирующей асимметрии листьев древесных растений // Auditorium. 2018. № 3(19).
2. Жолобак Н. М. вопросу о механизме антибактериального и пробиотического действия коллоидного (наноразмерного) диоксида церия // Вісн. проблем біології і медицини. 2016. № 1.
3. Шерхов З. Х., Курданов Х. А., Шеожев М. А. Структурные изменения в легких под влиянием аэрозолей молибдена, вольфрама и их комплекса в условиях модельного эксперимента // Экология человека. 2009. № 2.

ОЦЕНКА РОССИЙСКОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ БУТИЛИРОВАННОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ

А. Ю. Субботина¹, А. Э. Акайзина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

При существующем многообразии бутилированных негазированных питьевых вод следует помнить, что эта продукция должна быть физиологически полноценной, что играет важную роль для сохранения здоровья человека [1–3].

Цель – оценить качество российской и зарубежной бутилированной питьевой воды по информации с этикеток производителей и сравнить её на соответствие нормативным документам и критериям физиологической полноценности.

Изучена информация с этикеток 80 наименований бутилированной негазированной питьевой воды. Оценивали полноту сведений об источнике воды, глубине скважин и забора воды, минеральном составе, включавшем минерализацию, общую жесткость, содержание ионов кальция, магния, калия, натрия, йода, фтора, сульфатов, карбонатов, хлоридов. Информацию, представленную производителями на этикетках, оценивали на соответствие нормативам Технического регламента Евразийского экономического сообщества 044/2017 «О безопасности упакованной питьевой воды, включая природную минеральную воду», действующим в настоящее время, также было проведено сравнение параметров с требованиями СанПин 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества». Физиологическую полноценность питьевой воды оценивали согласно СанПин 2.1.4.1116-02, п. 4.7, табл. 5. Статистическую обработку результатов проводили с помощью MS Office 2007.

Изученная бутилированная негазированная питьевая вода была представлены 80 образцами продукции различных российских и зарубежных торговых марок. Из них 4 – для питания детей от 0 до 3 лет. Эта продукция имела высшую категорию, что соответствовало требованиям. В качестве источника для трех из четырех образцов для детского питания были указаны артезианские скважины, одна из которых была глубиной 78 м, две другие – по 100 м. Информация об источнике воды у одного из четырех образцов для питания детей от 0 до 3 лет на этикетке отсутствовала, что не соответствовало требованиям. Из оставшихся 76 образцов было три наименования воды высшей категории, 4 наименования «премиум категории» и один образец «элитной категории», которые, по-видимому, можно отнести к водам высшей категории, 30 наименований воды имели первую категорию. 38 образцов не имели информацию о категории. Этикетка одного из трех образцов высшей категории не содержала информации об источнике воды, что не соответствовало требованиям. На этикетках воды премиум класса присутствовала информация об источнике. Всего лишь у одного представителя данного сегмента была указана глубина скважины – 130 м. На этикетках 12 образцов воды первой категории содержалась информация о номере скважин, 3 – были водопроводными, один – из источника. Один образец содержал информацию о природном происхождении воды и принадлежности к конкретному источнику водозабора, один образец был представлен природной водой из озера, взятой на глубине 430, ещё один источник был представлен ледниковой водой из республики Адыгея в пределах горных хребтов Северного Кавказа. 12 из 80 изученных нами образцов воды содержали информацию о водоочистке с использованием озонирования у 5 образцов и обработки ультрафиолетом – у 3. Один образец воды подвергался и озонированию, и обработке ультрафиолетом. 5 из 12 – кондиционированию, но только в одном случае было указано, по содержанию каких именно ионов было произведено кондиционирование: это были ионы калия, фтора, кальция и магния. Источники воды – скважины глубиной от 50 м до 700 м и водопровода сети Костромской, Московской, Ивановской, Вологодской, Владимирской, Тверской областей, Камчатки, Санкт-Петербурга, Саратова, Новосибирска, зарубежные образцы воды из Боснии, Черногории, Словакии, Франции, Турции, Японии. На этикетках выявлено отсутствие информации об общей жесткости в 52 % случаев, общей минерализации – в 6 %. Не было указано содержание йодидов в 80 % образцов, фторидов – в 65 %. В 5 % случаев отсутствовала информация о содержании магния, в 17 % – калия и натрия; в 31 % образцов этикеток – о содержании сульфатов, в 26 % – хлоридов, в 25 % – гидрокарбонатов.

Выводы. 1. Исходя из информации, содержащейся на этикетках, образцы бутилированной питьевой воды не соответствовали нормативам

физиологической полноценности по содержанию ионов калия, магния, натрия, фтора, йода, гидрокарбонатов, хлоридов, сульфатов. 2. Для ежедневного применения следует использовать бутилированные негазированные питьевые воды, удовлетворяющие требованиям нормативных документов и критериям физиологической полноценности.

Литература

1. Субботина А. Ю., Акайзина А. Э. Применение критериев физиологической полноценности для оценки бутилированных вод // Сборник тезисов 73-й Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 75-летию Ярославского государственного медицинского университета. Ярославль, 2019. С. 246.
2. Субботина А. Ю., Акайзина А. Э. Исследования бутилированных негазированных питьевых вод на соответствие критериям физиологической полноценности // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека : матер. V Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. Иваново, 2019. С. 503–505.
3. Онищенко Г. Г. Проблемы качества питьевой воды в Российской Федерации и пути их решения // Водоснабжение и санитарная техника. 2010. № 12. С. 5–8.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМФОРТНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ

Н. Р. Горкина¹, Н. Б. Денисова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Важную роль в жизни человека играет спецодежда – одежда для защиты работающего от воздействия опасных и вредных производственных факторов. Показатели, характеризующие её качество, определяют степень применимости продукции. Особое значение имеет специальная медицинская одежда. Она не только обеспечивает сохранение нормального функционального состояния человека и его работоспособность, но и создает барьерную защиту для работников и пациентов [1]. Медицинская одежда должна обеспечивать удобство и комфорт в процессе работы, быть безопасной, износостойкой, гипоаллергенной.

Цель – определение показателей комфортности тканей, используемых для изготовления медицинской одежды.

Объектом исследования были выбраны образцы медицинской одежды различных специализированных производителей: хирургический костюм (100 % хлопок) – ткань № 1 и комплект хирургический одноразовый стерильный – ткань № 2. Выбор для исследования образца «Стерильный комплект хирургический из нетканых материалов одноразовый» объясняется его хорошими микробиологическими характери-

стиками (микробная пропускаемость – 0 %), что является показателем полной бактериологической безопасности данного изделия. Для ткани № 1 она составила 14,6 % [2]. Оценка показателей комфортности проводилась в соответствии с действующим ГОСТ 12.4.176-89 [3] и методическими указаниями МУК 4.3.1895-04 [4].

В соответствии с гигиенической классификацией по балльной системе для каждого изделия рассчитан классифицирующий показатель (КП), устанавливающий степень риска воздействия изделия на здоровье. КП для всех изделий – III класс. Все изделия отнесены к одежде второго рода. Данный показатель определяет требования к материалам для медицинской одежды.

Одежда должна способствовать нахождению человека в оптимальном тепловом режиме при различных условиях окружающей среды, то есть быть комфортной. Концепция комфорта одежды основана на двух составляющих: термофизиологическом и органолептическом [5]. Термофизиологический комфорт зависит от многих гигиенических свойств (воздухопроницаемости, гигроскопичности, водоемкости, пористости и др.) материала, из которого она изготовлена. Данные характеристики определялись по массе, объемному весу, пористости и гигроскопичности ткани. Полученные показатели у изделия № 1 составили 180 мг/см², 0,225 г/см³, 86 % и 9 % соответственно, что свидетельствует о хорошей воздухопроницаемости и достаточной гигроскопичности исследуемого материала. У изделия № 2 определяемые показатели оказались значительно ниже (20 мг/см², 0,24 г/см³, 2 %, 3 %). Такая ткань не пропускает воздушные потоки и не впитывает жидкость, что нарушает пододежный микроклимат и ухудшает функциональное состояние человека.

Оценка органолептических показателей комфортности (эластичность, структура поверхности, драпируемость) трудно измеримы, их определение возможно только на натуральных испытаниях в процессе эксплуатации. С этой целью проводилось анкетирование медицинского персонала, использующего эту одежду в профессиональной деятельности. В анкете содержались вопросы, отражающие психофизиологический характер ощущений при ношении этой одежды. В результате более половины опрошенных (66,7 %) отметили дискомфорт при работе в одноразовой нетканой медицинской одежде, при этом наиболее часто встречающиеся нарушения касались следующих характеристик: усиленное потоотделение (33,3 %), ощущение жара (22,2 %), чувствоскованности движений (33,3 %). Все опрошенные отрицали дискомфорт при работе в изделиях, на 100 % состоящих из хлопковых волокон. Оценка теплоощущений по методике определения теплового состояния человека установила изменения значений от 1 до 4 баллов у изделия № 2, что указывает на развитие у испытуемых состояния дискомфорта. Колебания теплоощущений для образца ткани № 1 составили от 1 до 2 баллов.

Термофизиологический комфорт оценивался также по объективным показателям (частота пульса на лучевой артерии и средняя температура тела). Работа хирурга относится ко 2-й группе тяжести труда. Исходя из этого, испытуемым была дана соответствующая нагрузка в лабораторных условиях. При дозированной физической нагрузке при испытании образца № 1 не отмечено превышения изменения частоты пульса (значения ниже 32), однако при использовании образца № 2 этот показатель в 60 % случаев превысил верхнюю границу нормы.

Таким образом, наилучшие показатели комфортности выявлены у образца № 1, полностью состоящего из натуральных волокон. Образец № 2 обладает хорошими микробиологическими свойствами, однако спецодежда, изготовленная из данной ткани, имеет низкие гигиенические характеристики (показатели пористости и гигроскопичности) по сравнению с изделиями из натуральных волокон. Это приводит к нарушению процессов терморегуляции и ухудшению функциональных возможностей организма во время длительной трудовой деятельности.

Литература

1. Ботезат Л. А. Гигиена одежды : учеб.-метод. комплекс. Витебск, 2008.
2. Горкина Н. Р., Денисова Н. Б., Кузнецов О. Ю. Гигиеническая и микробиологическая характеристика тканей для медицинской одежды // Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Иваново, 2019. С. 524–526.
3. ГОСТ 12.4.176-89. Система стандартов безопасности труда. Требования к защитным свойствам и метод определения теплового состояния человека. Введ. 1990.01.01.
4. МУК 4.3.1895-04 Оценка теплового состояния человека с целью обоснования гигиенических требований к микроклимату рабочих мест и мерам профилактики охлаждения и перегревания.
5. Бузов Б. А., Румянцева Г. П. Материалы для одежды. Ткани. М. : ФОРУМ-ИНФРА-М, 2012.

СИСТЕМА ИНТЕГРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА УРОЖЕНЦЕВ ЖАРКИХ СТРАН НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ АРКТИКИ

А. Б. Кирьянов¹

¹ ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова»

Необходимость приспособливаться к новым условиям существенно усложняет процесс обучения студентов, особенно при временном проживании в другой стране, где присутствует комплекс климатических

и социальных воздействий, резко отличающихся от привычных условий среды обитания. Кроме того, механизмы поддержания гомеостаза северян и уроженцев жарких стран сильно различаются: например, у иностранцев менее интенсивная теплопродукция при повышенной теплоотдаче может приводить к частым переохлаждениям и развитию острых респираторных заболеваний в холодные сезоны. Доля исследований функционального состояния студентов, приехавших из жарких стран в приполярные регионы, крайне мала, а имеющиеся сведения в большей степени касаются центральных регионов России [1–3]. К тому же зачастую рассматриваются лишь отдельные показатели или функциональные системы, такие как сердечно-сосудистая или дыхательная система [4, 5], либо процесс адаптации не к климату, а к процессу обучения в другой стране [6]. Поэтому комплексный подход к оценке функциональных резервов населения, как местного, так и пришлого, является важным этапом изучения особенностей жизни в северных широтах. С целью безнагрузочной оценки состояния организма в области спортивной медицины часто используется система интегрального мониторинга «Симона 111», при которой на основе ранее известных показателей сердечно-сосудистой системы рассчитываются три интегральных показателя, используемых для определения резервов организма обследуемого [7].

Цель – оценить возможность использования системы интегрального мониторинга «Симона 111» для исследования функциональных резервов организма уроженцев жарких стран на начальном этапе адаптации к условиям Арктики.

На базе института медико-биологических исследований и кафедры биологии человека и биотехнических систем Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова (С(А)ФУ) было проведено пилотное исследование с участием иностранных студентов обоих полов из двух разных географических регионов – Юго-Восточной Азии (Индия, Япония) и Северной Африки (Судан, Камерун). Контрольную группу составили юноши и девушки – студенты С(А)ФУ. Возраст всех участников, которые дали информированное согласие на участие в исследовании, составил 20–25 лет. Обследование проводилось с использованием аппаратно-программного комплекса «Симона 111» по методике, рекомендованной А. А. Антоновым – разработчиком системы [7]. Анализировались следующие показатели сердечно-сосудистой системы: интегральный баланс (ИБ), кардиальный резерв (КР), адаптационный резерв (АР). Активность вегетативной нервной системы оценивалась с помощью индекса напряжения Баевского (ИНБ) и индекса симпатической активности (ИСА). Обработка результатов производилась с помощью программного обеспечения SPSS, критерий значимости $p \leq 0,05$.

Выявлено, что в обеих исследуемых группах показатели сердечно-сосудистой системы имели значимо ($p \leq 0,05$) более низкие значения, чем в контрольной, но показатели AP и KP во всех группах были выше нормальных пределов, рассчитываемых программным обеспечением на основе антропометрических данных каждого отдельного обследуемого. Показатели активности вегетативной нервной системы также статистически значимо различались ($p \leq 0,05$). Студенты – уроженцы жарких стран – отличались преобладанием симпатического влияния на сердечно-сосудистую систему в период острой адаптации, что соответствует данным похожего исследования, выполненного с помощью узкоспециализированных приборов [4].

Итак, по результатам пилотного тестирования отмечены сниженные резервы организма у студентов-иностранцев по сравнению с местным населением, что, учитывая влияние симпатической нервной системы, означает возможность выдерживать нагрузки меньшей интенсивности без срыва компенсаторных механизмов. Соответствие результатов, полученных с помощью системы интегрального мониторинга «Симона 111», с результатами подобных исследований свидетельствует о целесообразности применения данного аппаратно-программного комплекса для оценки функциональных резервов студентов-иностранцев.

Литература

1. Эффекты локального охлаждения кисти руки у уроженцев жарких климатических регионов на терморегуляцию и параметры ритмокардиограммы / С. М. Геда, В. И. Торшин, А. Е. Северин, Н. Мансур // Вестн. РУДН. Серия: Медицина. 2014. № 2. С. 5–11.
2. Панченко Л. С. Изучение динамики физиологической адаптации иностранных студентов к резко континентальному климату России // Роль науки в развитии социума: теоретические и практические аспекты. СПб., 2018. С. 21–23.
3. Киричук А. А., Радыш И. В., Чижов А. Я. Активность, дисбаланс и адаптационные реакции функциональных систем организма иностранных студентов Российского университета Дружбы народов в условиях мегаполиса // Экология человека. 2019. № 1. С. 20–25.
4. Мелькова Л. А. Динамика кровообращения у жителей Африки на начальном этапе адаптации при обучении в северном вузе : автореф. дис. ... канд. биол. наук. Архангельск, 2005. 20 с.
5. Товмасын Л. А., Севрюкова П. Л. Характеристика функций кардиореспираторной системы у российских и иностранных студентов, обучающихся в вузах субрегионов Северо-Западного Прикаспия // Биосфера и человек : матер. междунар. науч. конф. Н. Новгород, 2019. С. 406–408.
6. Самаров В. В. Особенности адаптации учащихся подготовительного отделения из стран юго-восточной Азии и Африки к процессу обучения в высшей школе : дис. ... канд. биол. наук. Астрахань, 2014. 144 с.
7. Антонов А. А. Безнагрузочная оценка функционального состояния организма спортсменов // Поликлиника. 2013. № 1. С. 37–41.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ КОЛИЧЕСТВА ПРОВОДЯЩИХ ПУЧКОВ И ФОРМЫ ЛИСТЬЕВ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОСИСТЕМАХ

А. А. Теленев¹, А. А. Соколова¹, О. К. Стаковецкая¹, Н. А. Куликова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Строительство и работа крупных промышленных предприятий, развитие городов, автотранспорта сопровождается загрязнением воздуха вредными аэротехногенными выбросами, состоящими из мелких твёрдых и газообразных продуктов. Растения в экосистемах выполняют важную биологическую роль по очистке атмосферного воздуха, и с их помощью можно проводить биоиндикацию экосистем, при этом материал для исследования доступен и прост в сборе [1]. Установлено, что загрязнение атмосферы оказывает существенное влияние на прирост побегов и листьев дуба черешчатого [2]. Используя морфогенетический подход по внешним изменениям вегетативных органов высших растений можно оценить качество среды, что является актуальным для жителей городов.

В качестве объекта исследования был выбран дуб черешчатый (*Quercus robur*). В норме листовые пластинки данного растения продолговатые, перистолопастные с сильно выдающимися более светлыми жилками. Лопасте листа тупые, округлые, вырезы между ними неглубокие, обычно добавочных жилок и выростов не имеют. Лопасте тупые, округлые, вырезы между ними неглубокие. Дополнительных жилок и выростов не имеют. Сбор проводился в 40 точках по 40 листьев с каждого дерева в населенных пунктах Ивановской (17 дубов), Владимирской (10), Костромской (3), Московской (6) областей и республики Дагестан (4). Далее подсчитывали добавочные выросты на лопастях каждого листа и жилки второго порядка с обеих сторон листовых пластинок. Результаты заносили в таблицы Excel и проводили статистическую обработку данных. Гипотезой исследования являлось предположение, что в городах с интенсивной антропогенной нагрузкой и наиболее развитой дорожно-транспортной сетью листовые пластинки дуба черешчатого будут иметь большее количество дополнительных жилок и выростов, чем в маленьких городах с небольшой численностью населения и более низкой антропогенной нагрузкой.

Цель – количественная оценка морфологических изменений листьев дуба в населенных пунктах с различной антропогенной нагрузкой.

Сопоставление количества добавочных жилок, расположенных между жилками второго порядка, с обеих сторон листьев показало не-

значительные различия между значениями. Наименьшее их количество отмечено у дубов, произрастающих в природном заказнике Самурский лес и двух поселках респ. Дагестан, от минимального – от 0,68 до 1,49 жилок соответственно. В шести точках, расположенных вдали от дорог, число дополнительных жилок не превышает двух на лист, в том числе и в г. Иваново во дворах домов, где произрастают дубы. В 22 населенных пунктах, различных по численности жителей, среднее количество добавочных жилок варьирует от 2 до 4 на лист. Среда в этих населенных пунктах загрязнена, но добавочные жилки компенсируют поступление воды в лист и отток питательных веществ из него. В семи населенных пунктах г. Кострома, г. Иваново, г. Ковров и г. Муром и д. Боровитиха, Вичугского р-на Ивановской обл., с. п. Ершовское Одинцовского р-на Московской области листья дуба имеют максимальное количество жилок – от 5 до 8,78. Наибольшее значение отмечено у дуба, растущего в парке «Имени 50-летия советской власти» г. Муром.

В сельской местности листья у дубов крупнее, чем у деревьев в городах. По-видимому, добавочные жилки на листьях выполняют компенсаторную функцию и это является приспособлением к обитанию в среде с высокой антропогенной нагрузкой.

На листовых пластинках дубов ранее были отмечены небольшие выросты на лопастях. Анализ листьев из разных мест сбора на их наличие и количество показал, что в ряде проб они вообще отсутствуют. В Ивановской области это листовые пластинки дубов из д. Пальмицыно Ивановского р-на, д. Боровитиха Вичугского р-на, д. Маховицы Савинского р-на, ул. Уткина г. Иваново, а также г. Кострома (парк Берендеевка), г. Наро-Фоминск (дачные участки), г. Дубна Московской обл. (церковный двор). В 23 точках дубовые листья имеют не более двух выростов, в 6 – до трех; в двух – Московская область, Одинцовский р-н, Ершовское поселение – 3–4; в двух – Ивановская область, г. Кинешма, ул. Ломоносова – 3,22 и 3,92 соответственно. Максимальное количество выростов отмечено в г. Кольчугино Владимирской области – 4,81, в г. Иваново, ул. Рабфаковская – 4,92, что свидетельствует о сильном загрязнении среды мутагенами.

Уровень морфологических отклонений в строении листовых пластинок от нормы минимален при определённых оптимальных условиях среды и неспецифически возрастает при стрессовых воздействиях. В населенных пунктах антропогенные факторы оказывают негативное воздействие на процессы морфогенеза листовых пластинок дуба черешчатого. Листья дубов приобретают добавочные жилки второго порядка и выросты на краях лопастей, которые свидетельствуют о наличии соматических мутаций в листьях. Развитие добавочных жилок в листьях дуба у деревьев в городах выражено сильнее, чем у растений из сельской

местности. Данные признаки могут быть использованы при оценке качества среды в местах произрастания дубов.

Литература

1. Скупченко В. Б., Соколова Л. О. Биоиндикация окружающей среды. СПб., 2008. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://spbftu.ru/site/upload/201512092321_Skupchenko_2008.pdf (дата обращения: 20.02.2020).
2. Аминова К. З. Эколого-биологическая характеристика дуба черешчатого (*Quercus robur* L.) в условиях техногенного загрязнения (на примере Уфимского промышленного центра) : дис. ... канд. биол. наук : 03.02.08. Уфа, 2016.

АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОСНОВНЫХ ДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Д. С. Горшков¹, А. А. Чингаева¹, Т. И. Латынина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Научно доказано, что основным патогенным фактором, приводящим к заболеваниям ротовой полости и поражению тканей зуба, является действие метаболитов бактерий данного биотопа. Проведенные врачами-стоматологами исследования показывают, что для профилактики данных патологий в домашних условиях необходимо регулярное использование дополнительных средств индивидуальной гигиены полости рта. К ним относят ополаскиватели полости рта, современные представители которых содержат в составе антисептические вещества различной степени эффективности.

Цель – изучение антисептических свойств основных действующих веществ, входящих в состав ополаскивателей полости рта, с целью определения наиболее эффективного средства, воздействующего на патогенную микрофлору ротовой полости.

Проанализировав составы ополаскивателей для полости рта различных торговых марок, был сделан вывод, что основными активными веществами, обуславливающими антисептический эффект, являются: chlorhexidine, triclosan, methyl salicylate, xylitol, benzydamine, phenoxyethanol, alcohol. В соответствии с этим были подобраны образцы.

В качестве представителей анаэробной микрофлоры ротовой полости были выбраны *Clostridium* spp, *Bacillus* spp; аэробной – *S. aureus*, *E. coli*, *Candida* spp. В исследовании использовались питательные среды: ЖСА, Сабуро и Эндо [1, 2].

Исследование чувствительности микроорганизмов к ополаскивателям проводилось при помощи метода диффузии. На поверхность пи-

тательной среды в чашке Петри нанесли бактериальную суспензию и затем поместили «диски», содержащие определенное количество ополаскивателя. Диффузия ополаскивателя в питательную среду приводит к формированию зоны подавления роста микроорганизмов вокруг «дисков». После инкубации чашек в термостате при температуре 35–37°C в течение суток учитывали результат путем измерения диаметра зоны вокруг «диска» в миллиметрах. Для анаэробных микроорганизмов использовался анаэростат [2, 3]. Эффективность ополаскивателя оценивалась по диаметру зоны подавления роста, соответственно, чем больше данный показатель, тем выше эффективность средства.

Проведенное исследование показало, что наиболее эффективным в отношении как аэробной, так и анаэробной микрофлоры является образец № 1 (основной активный компонент – alcohol denat 24 %). Менее эффективными ополаскивателями в отношении анаэробных микроорганизмов – образцы № 3, № 7 № 10 (основной активный компонент – xylitol), а также № 9 и № 10 (основной активный компонент – methyl salicylate), остальные образцы показали низкую эффективность. Результаты в пробе с аэробными микроорганизмами схожи. Менее эффективными ополаскивателями в отношении аэробов явились образцы № 4 (основной активный компонент – triclosan) и № 11 (phenoxyethanol), а остальные образцы показали низкую эффективность.

Следовательно, полученные данные необходимо использовать при индивидуальном подборе ополаскивателей для полости рта, а также при разработке новых образцов продукта.

Литература

1. Ахременко Я. А. Микробиология полости рта : учеб. пособие для студентов стомат. фак-тов. –Якутск : изд-во Якутского ун-та, 2008. 108 с.
2. Микробиология, вирусология и иммунология : учеб. для студентов мед. вузов / под ред. В. Н. Царёва. М. : Практ. медицина, 2009. 581 с.: ил.
3. Поздеев О. К. Медицинская микробиология / под ред. В. И. Покровского. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. 768 с.

ОЦЕНКА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МОЮЩИХ СРЕДСТВ

С. К. Нищенко¹, А. А. Кабалина¹, М. А. Кириленко¹, К. М. Литов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В современном мире человеку предоставлен огромный выбор специально разработанных средств, которые, как утверждает реклама, способны очистить пол на все 100 %. И даже защищают кожу рук от вредного воздействия компонентов моющего средства. Но так ли они эффек-

тивны и безвредны, как нам пытаются это представить, и что входит в состав средств для мытья пола?

Большинство потребителей, доверяя производителям, смешивают моющее средство и воду в пропорциях, которые указаны на упаковках, не задумываясь о том, действительно ли моющие средства в таком соотношении с водой убивают микробы и очищают поверхность.

С древнейших времён в качестве моющих средств употреблялись щелочные соли, гидрофильные глины, сок или водная вытяжка из некоторых растений. Все эти природные моющие средства быстро утратили своё хозяйственное значение с возникновением в XIX веке мыловаренной промышленности. Промышленный выпуск синтетических моющих средств впервые был осуществлен в Германии ещё в 30-х гг. XX века. С 1950-х гг. производство моющих средств резко возросло во всех промышленно развитых странах. К 1965 г. более 50 % составляли синтетические моющие средства, и количество их неуклонно растёт, приближаясь к 100 %.

Цель – провести сравнительную оценку состава и эффективности моющих средств и дать рекомендации по их использованию.

На первом этапе исследование проведено анкетирование с участием 120 человек. По результатам опроса были определены аспекты, на которые респонденты обращают внимание при выборе моющих средств для пола, а также выявлены лидеры среди моющих средств. На основании опроса были выбраны три образца разной ценовой категории (высокой, средней и низкой). Также была оценена эффективность моющего средства «Сульфохлорантин-Д», которое используется для мытья полов в детских дошкольных учреждениях. На следующем этапе была произведена оценка состава моющих средств. По результатам анализа этикеток можно сказать, что во всех марках моющих средств используется схожий набор компонентов: ионогенные и неионогенные ПАВ, дезинфектанты, отдушки и другие добавки.

Далее были приготовлены растворы моющих средств исходя из рецептуры, указанной на упаковках. Была оценена способность к пенообразованию, которая является важной характеристикой при мытье различных поверхностей, в том числе и полов. Все торговые марки моющих средств проявили схожую способность к пенообразованию. У «Сульфохлорантина-Д» пенообразование оказалось в 4–5 раз ниже, чем у других моющих средств.

Антибактериальную активность исследовали с помощью метода диффузии в агар [1] на тест-культуры: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*. Через 24 часа оценили действие растворов моющих средств на каждую из тестовых культур.

Таким образом, моющие средства в заявленной рецептуре не обладают антибактериальной активностью, кроме одного средства низкой

ценовой категории на тест-культуру *S. aureus*. Зона лизиса для данного средства составила 4 мм, а тестовую культуру можно отнести к слабо-чувствительной. Действие на другие тестовые культуры в результате эксперимента не обнаружено.

Для того чтобы оценить возможный эффект мы приготовили новые растворы с увеличенной концентрацией в 2 и в 5 раз. Установлено, что при увеличении концентрации в 2 раза и в 5 раз моющее средство высокой ценовой категории увеличивает антибактериальную активность в отношении культуры *E. coli* зона лизиса составила 5 и 7 мм соответственно. При увеличении концентрации моющего средства средней ценовой категории антибактериальной активности не проявило в отношении тесткультур. Средство низкой ценовой категории увеличивает свою активность в отношении культуры *S. aureus* до 6 и 8 мм, но увеличение непропорционально увеличению концентрации моющего вещества, также наблюдается антибактериальная активность в отношении тестовой культуры *E. coli* и составляет 3 и 5 мм соответственно. Моющее средство «Сульфохлорантин-Д», рекомендованное для использования в детских дошкольных учреждениях, не показало антибактериальной активности как для заявленной концентрации, так и при её увеличении в 2 и в 5 раз ни на одну тест-культуру. Грибы вида *C. albicans* оказались устойчивы ко всем моющим средствам.

Таким образом, на основании результатов анализа дезинфицирующего действия моющие средства, взятые в эксперимент, не проявили заявленной эффективности в рекомендуемых концентрациях. Наибольшей антибактериальной эффективностью обладает моющее средство низкой ценовой категории.

Литература

1. Руководство к практическим занятиям по медицинской микробиологии / К. Д. Пяткин, Н. С. Маркова, Н. Д. Трофимова. М. : Медицина, 1969. С. 295.

ОЦЕНКА ИММУНОТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ЦЕФАЗОЛИН» МЕТОДАМИ IN VITRO-ТОКСИКОЛОГИИ

В. В. Кончак¹, К. М. Солонец¹, К. И. Павлов¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Для всех групп антибиотиков характерны те или иные токсические эффекты: нейро-, гепато-, нефротоксичность, а также аллергические реакции [1]. Имеются научные данные о воздействии антибиотиков на гемопоэз и антителогенез [2]. Цефалоспорины относятся к часто используемым β-лактамным антибиотикам, имеют общее основание и от-

личаются боковыми радикалами, что и обуславливает сходство фармакологических эффектов [1, 3]. Цефазолин является антибиотиком I поколения из группы цефалоспоринов. Среди побочных эффектов цефазолина выделяют аллергические реакции (крапивница, дерматиты, зуд и т. д.), судороги, лейко- и нейтропению, гемолитическую анемию, расстройства желудочно-кишечного тракта и дисбактериоз [3–5].

Цель – оценить токсический эффект антибактериального лекарственного средства цефазолина для культур клеток мононуклеарных лейкоцитов крысы и кератиноцитов HaCaT.

Исследование выполнено на базе лаборатории экспериментальной медицины, фармакологии и токсикологии научно-исследовательской части БГМУ. Объектами данного исследования послужили культуры клеток мононуклеарных лейкоцитов и кератиноцитов HaCaT. Культура мононуклеарных лейкоцитов получена авторами. Культура кератиноцитов поддерживалась в научной группе «Иммунология» научно-исследовательской части БГМУ. Перед исследованием кератиноциты HaCaT культивировались в течение трех суток в среде DMEM с добавлением L-глутамина и сыворотки эмбрионов телят до достижения необходимого количества в 600 тысяч клеток на одну лунку 24-луночного планшета. Токсикант с культурами клеток селезёнки крысы инкубировался в течение часа, с культурой клеток кератиноцитов HaCaT – 24 часа. Краткосрочность инкубации токсиканта с культурой клеток селезёнки крысы связана с высокой летальностью клеток в первые сутки после выделения. Световая и флуоресцентная микроскопия проводилась при помощи микроскопа «ZEISS Axio Vert.A1.» с использованием различных красителей. В основу оценки иммунотоксичности было положено свойство красителя пропидия йодида связываться с ДНК, что возможно только в мертвой клетке в результате нарушения барьерной функции цито- и кариолеммы. Клетки, активно инкорпорирующие пропидий йодид, ярко окрашенные при флуоресцентной микроскопии, считались мертвыми. Выполнялись положительный и отрицательный контроли. В качестве положительного контроля использован сапонин – классический эталонный токсикант в исследованиях *in vitro*. Его основное свойство – увеличение проницаемости биомембран, за счет чего краситель пропидий йодид накапливался в клетках при их инкубации в растворе данного токсиканта. В качестве отрицательного контроля использована дистиллированная вода. Обработка результатов осуществлялась с помощью табличного процессора Microsoft Excel 2016 и пакета программного обеспечения Statsoft Statistica 10.

При инкубации мононуклеарных лейкоцитов в растворе сапонины (положительный контроль) при концентрации от 0,02 до 0,04 мг/мл отмечено резкое повышение летальности до максимального уровня. После

инкубации цефазолина с моноклеарными лейкоцитами селезёнки крысы в течение часа был выявлен выраженный токсический эффект в диапазоне концентраций 16–167 мг/мл. Инкубация цефазолина с кератиноцитами HaCaT в течение часа эффекта не имела. В течение 24 часов был выявлен токсический эффект в диапазоне концентраций 8–163 мг/мл, не превышавший 25 %-ной клеточной летальности.

Как видим, антибактериальное лекарственное средство цефазолин оказало дифференцированный токсический эффект как на культуру моноклеарных лейкоцитов крысы, так и на культуру иммортализованных кератиноцитов HaCaT. Достигалась высокая летальность клеток селезёнки при значительном повышении дозы. Для кератиноцитов, напротив, использование значительных концентраций цефазолина не вызывало значительного повышения летальности. Получены сведения, дополняющие существующие знания о сапонинах как группе веществ, активно применяющихся в токсикологических исследованиях. Данные наблюдения акцентируют иммунотоксический эффект цефазолина и указывают на повышенную чувствительность клеток иммунной системы к токсическим эффектам данного антибактериального средства.

Литература

1. Харкевич, Д. А. Фармакология : учебник. 10-е изд., испр., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 908 с.
2. Стецюк О. У. Безопасность и переносимость антибиотиков в амбулаторной практике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2009. № 11(3). С. 218–238.
3. Синопальников А. И., Фесенко О. В. Цефалоспорины: спектр активности, направления клинического применения // Российские медицинские вести. 1997. № 3. С. 56–66.
4. Черный В. И. Характеристика основных групп антибактериальных препаратов, применяемых в медицине критических состояний // Новости медицины и фармации. Антимикробная терапия. 2010. № 343. С. 15–21.
5. Противомикробные лекарственные средства производства РУП «Белмедпрепараты» : справ. изд.-е. Минск: Парадокс, 2014. 338 с.

МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ГУБОК ДЛЯ МЫТЬЯ ПОСУДЫ ПОСЛЕ ТЕПЛОВОЙ МИКРОВОЛНОВОЙ ОБРАБОТКИ

В. А. Гонобоблева¹, Д. С. Абрамова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Губки для мытья посуды в различных вариациях приобрели огромную популярность. Длительность их использования индивидуальна. Большая часть населения не догадывается, что губка является объек-

том, на котором колонизируют микроорганизмы и представляют опасность для жизни и здоровья людей. По предположениям исследователей, микробная обсемененность губок для мытья посуды после обработки их микроволнами в комплексе с повышенной температурой СВЧ печи, должна значительно снизиться.

Цель – исследование микробной загрязнённости губок для мытья посуды с разной длительностью использования после обработки их микроволнами печи СВЧ.

Исследовали микробную загрязненность губок для мытья посуды после одной, двух, трех недель использования. Обработка губок осуществлялась микроволнами и температурой в СВЧ-печи в течение 30, 60 и 90 секунд. Использован метод смывов с губок на плотную питательную среду. В качестве среды был использован мясо-пептонный агар [1].

Исследовались губки, которыми мыли посуду одну, две и три недели. В контрольные чашки были внесены смывы образцов без микроволновой обработки. В остальные чашки – с губок, которые перед посевом обрабатывались в микроволновой печи 30, 60, 90 секунд. При подсчете колоний микроорганизмов были получены следующие данные

Содержание колоний микроорганизмов в контрольной чашке со смывом с губки, которая использовалась в течение недели: до обработки микроволнами засеяна сплошным слоем микроорганизмов, после обработки в течение 30 с – 500 КоЕ/г; в течение 60 с – 240 КоЕ/г; в течение 90 с – 42 КоЕ/г.

В чашке со смывом с губки, которая использовалась две недели: до обработки микроволнами засеяна сплошным слоем микроорганизмов; после обработки в течение 30 с – 500 КоЕ/г; в течение 60 с – 295 КоЕ/г; в течение 90 с – 9 КоЕ/г.

Для губки, использованной в течение трех недель были получены следующие результаты: в контрольная чашке – сплошной рост микроорганизмов по всей поверхности; после обработки микроволнами в течение 30 с – более 500 КоЕ/г; в течение 60 с – 221 КоЕ/г; в течение 90 с – 119 КоЕ/г.

При обработке губок микроволнами количество микроорганизмов на них уменьшается: в течение 60 с – в 2 раза, 90 с – в 4 и более раз.

Итак, микроволны оказывают разрушающее воздействие на микроорганизмы, при этом чем оно дольше, тем меньше микроорганизмов остается на объекте.

Литература

1. Микробиология : учебник / А. В. Воробьев, А. С. Быков, Е. П. Пашков, А. М. Рыбакова. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2003. 336 с.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ АВТОМАТОВ С АРТЕЗИАНСКОЙ ВОДОЙ

Я. Д. Артюгин¹, Н. В. Миллин¹, М. А. Кириленко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Вода играет роль универсального растворителя нутриентов, без которого немислим обмен веществ в организме человека [1]. Питьевая вода предназначена для каждодневного неограниченного и безопасно потребления. Вода многих источников, к сожалению, непригодна для питья людьми, так как может служить источником распространения инфекционных болезней и вызывать проблемы со здоровьем, т. к. не отвечает определённым стандартам качества. Из-за снижения качества воды во многих странах стали использовать бутилированную воду и воду из автоматов. Однако будет ли соответствовать стандартам безопасности питьевая вода в данных автоматах? Мы провели микробиологическое исследование воды в подобных автоматах.

Цель – определить микробную обсеменённость питьевой воды в автоматах.

В ходе исследования было проверено 10 автоматов по продаже питьевой воды. Для определения микробной обсеменённости использовали методы определения общего микробного числа (ОМЧ) и бактерий группы кишечной палочки (БГКП) воды.

В ходе исследований образцов воды по критериям общего микробного числа нами были получены следующие результаты. Общее микробное число (ОМЧ) в воде: в первом образце выявлено наличие в 1 мл – в среднем 2 ± 2 бактерии, образующих колонии (КОЕ/мл), во втором – 2 ± 1 КОЕ/мл, в третьем – 6 ± 2 КОЕ/мл, в четвертом – 2 ± 1 КОЕ/мл, в пятом – 1 ± 1 КОЕ/мл, в шестом – 2 ± 1 КОЕ/мл, в седьмом – 2 ± 2 КОЕ/мл, в нем также было выявлено присутствие трех колоний споровых микроорганизмов. ОМЧ в воде, полученной в восьмом образце, составил 1 ± 1 КОЕ/мл, в девятом – 5 ± 3 КОЕ/мл, в десятом – 2 ± 1 КОЕ/мл.

Бактерии группы кишечной палочки были обнаружены в 2, 3, 4 и 9 образцах, в остальных не выявлены.

Таким образом, по ОМЧ пробы, взятые из шести исследуемых источников, пригодны к употреблению в качестве питьевой воды, поскольку они не превышают норму, установленную СанПиН (ОМЧ – не более 20 КОЕ/мл), а также в них не обнаружены БГКП [2, 3]. Выявлено наличие колиформных бактерий в четырех из десяти образцов, а в седьмом обнаружены еще и споровые микроорганизмы, что также недопустимо по нормам СанПиН. На основании полученных результатов счита-

ем, что необходимо усилить санитарно-эпидемиологический контроль над качеством воды, находящейся в автоматах по розливу питьевой воды, чтобы предотвратить распространение возбудителей кишечных инфекций.

Литература

1. Микрофлора окружающей среды и тела человека : учеб. пособие / Н. В. Литусов, А. В. Сергеев, Ю. В. Григорьева, В. Г. Иштутинова. Екатеринбург, 2013. С. 22–48.
2. СанПиН 2.1.4.1074-01. Гигиенические требования к качеству централизованных и децентрализованных систем питьевого водоснабжения (с изменениями на 2 апреля 2018 года).
3. СанПиН 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в ёмкости. Контроль качества».

ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ШАРИКОВЫХ ДЕЗОДОРАНТОВ НА НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

*А. К. Абасова¹, Э. З. Бабаева¹, Т. Е. Власова¹,
Т. И. Латынина¹, Ж. М. Дмитриева¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Современный рынок предлагает широкий спектр дезодорантов. Зачастую трудно определить, какой из них эффективнее блокирует выделение пота, удаляет запах, ухаживает за кожей или придает телу приятный аромат. Пот в принципе не имеет запаха, зато он является хорошей средой для размножения бактерий. Именно микробы становятся причиной неприятного запаха. Дезодорант борется с последствиями потоотделения: подавляет активность бактерий и маскирует неприятный запах за счет ароматных отдушек. Поэтому важно знать, действительно ли дезодорант оказывает антибактериальное действие, как заявляют многие производители [1, 2].

Цель – оценить наибольшую эффективность антибактериального действия дезодорантов среди четырех образцов.

Исследование проводилось на кафедре микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. На первом этапе мы провели опрос студентов педиатрического факультета, какими дезодорантами они предпочитают пользоваться, что помогло нам отобрать дезодоранты для исследования. Это образцы № 1, № 2, № 3 и № 4. На втором этапе нами был изучен состав представленных дезодорантов.

Анализ состава показал, что в трех из представленных образцов содержится вещество лимонен, которое обладает высокой антибактери-

альной активностью. Образец № 3 не содержит в своем составе веществ, которые проявляют антибактериальные свойства. Дезодорант № 4 в своем составе кроме лимонена содержит еще ряд веществ, обладающих антимикробной активностью: цетеариловый спирт (дезинфицирующий эффект), феноксиэтанол (антисептическое действие), пентиленгликоль (антимикробная активность), масло тонкосемянника Петерсона (мощный антибактериальный эффект).

На третьем этапе мы проверили антибактериальную эффективность представленных дезодорантов для тестовых культур *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Candida albicans* с помощью метода диффузии в агар [3]. Исследуемую бактериальную культуру засевают газоном на питательный агар в чашке Петри. На засеянную поверхность пинцетом помещают на одинаковом расстоянии друг от друга бумажные квадраты (1 × 1 см), обработанные дезодорантами. Посев инкубируют при 37° С до следующего дня. По диаметру зон задержки роста исследуемой культуры бактерий судят о бактерицидном действии дезодоранта.

По истечении 24 часов образец № 1 с тестовыми культурами *S. albicans* на среде Сабуро и с *E. coli* на мясо-пептонном агаре не дает зоны лизиса. Однако на желточно-солевом агаре с тестовой культурой *S. aureus* выявляется зона лизиса. Образцы № 2 и № 3 со всеми тестовыми культурами не дают зон лизиса. Исследования показали, что наибольшим антибактериальным эффектом обладает образец № 4, так как при его исследовании нами были обнаружены наибольшие зоны лизиса на тестовых культурах *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Candida albicans* с помощью метода диффузии в агар.

Следовательно, из дезодорантов, взятых нами в эксперимент, только один образец соответствует заявленным требованиям. В состав образца № 4 входит масло тонкосемянника Петерсона, которое, скорее всего, обуславливает антибактериальный эффект из-за большого содержания фитонцидов.

Литература

1. Вилкова С. А. Волкова С. А. Товароведение и экспертиза парфюмерно-косметических товаров : учебник для вузов. М. : Деловая литература, 2000. 286 с.
2. Яковлева Л. А., Яковлев Л. А., Кутакова Г. С. Товароведение парфюмерно-косметических товаров : учебник для вузов. СПб. : Лань, 2001. 246 с.
3. Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. МУК 4.2.1890-04. М., 2004.

**Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, РАЗВИТИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ,
ЛЕЧЕБНОЙ, АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
И СПОРТА»**

**ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ИВАНОВА
О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

А. А. Гуляева¹, Т. А. Меркушева¹, Н. Н. Угланова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

По данным Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных причин смертности населения, приводят к временной и стойкой нетрудоспособности и требуют больших экономических затрат, поэтому важное значение имеют вопросы профилактики [1]. При этом акцент ставится на выявлении и устранении факторов риска (ФР), которые представляют собой индивидуальные особенности, оказывающие влияние на вероятность развития в будущем заболевания у конкретного человека. Согласно исследованиям ВОЗ, значительно повышают риск внезапной смерти три основных фактора: гипертония, гиперхолестеринемия и курение [2]. Основными ФР возникновения болезней сердца и инсульта (более 80 % случаев) считаются нездоровое и несбалансированное питание, физическая инертность и употребление табака. Следствием первых двух являются повышение артериального давления (АД), уровня глюкозы в крови, количества жиров в крови, избыточный вес и ожирение. Все эти причины объединяют одним общим термином «промежуточные факторы риска» [2, 3].

Цель – изучить информированность населения г. Иванова о роли различных ФР в развитии ССЗ для формирования здорового образа жизни.

На базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново проводился опрос 150 жителей города по специально разработанной анкете, включающей 20 открытых и закрытых вопросов. В программу обработки входил расчет средних и относительных величин, достоверности их разности с использованием прикладных компьютерных программ.

Среди опрошенных 50 % составили мужчины, 50 % – женщины. Средний возраст – $44 \pm 1,5$ года, социальные группы – работающие, уча-

щиеся, пенсионеры. Была изучена осведомленность населения о немодифицируемых (пол, возраст, наследственность) и модифицируемых ФР, среди которых выделялись корригируемые (АД, наличие курения, ожирения, гиподинамии) и частично корригируемые (наличие гиперлипидемии, сахарного диабета, психоэмоционального напряжения).

Согласно полученным результатам, о верхней границе нормы АД осведомлены 53 % опрошенных; о нормальном уровне глюкозы в сыворотки крови – 86 % опрошенных, холестерина в крови – 40 %.

Почти половина (46 %) респондентов уверена в том, что избыточная масса тела и ожирение не влияют на развитие патологии сердечно-сосудистой системы; 35 % не знают о возможном влиянии сахарного диабета. Проявили неосведомленность о таких ФР, как частый стресс, 12 % опрошенных, вредные привычки и алкоголь – 18 %, отягощенная наследственность – 38 %.

Превышают рекомендуемую суточную норму потребления соли в пищевом рационе взрослого человека 72 % опрошенных, не зная о данном ФР. Низкая физическая активность, гиподинамия, оцениваемые в данном исследовании по количеству ежедневных шагов, отмечена более чем у половины опрошенных (52 %).

Среди основных неблагоприятных последствий высокого АД, по мнению 82 % респондентов, наиболее вероятны инфаркт и инсульт, тогда как о головокружениях, обмороках, головной боли осведомлены менее 12 %.

Таким образом, материалы проведенного исследования свидетельствуют о низкой информированности населения г. Иванова о ФР развития ССЗ, которая напрямую связана с недостатком информации по данным вопросам. Для повышения информированности предлагается проведение мероприятий в виде тематических лекций в старших классах среднеобразовательных школ, в колледжах и высших учебных заведениях; создание и размещение в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена плакатов, буклетов и листовок с необходимой информацией о компонентах здорового образа жизни. Формирование здорового образа жизни в дальнейшем позволит снизить заболеваемость и смертность от ССЗ.

Литература

1. Бубнова М. Г., Драпкина О. В. Кардиоваскулярная профилактика. М., 2017. С. 187–190.
2. Виноградова И. В. Основы формирования здорового образа жизни // Справочник поликлинического врача. 2017. № 3. С. 6–9.
3. Цыганкова М. А., Дмитриева О. А., Громова Е. В. Отношение населения к проблемам здоровья и уровень информированности о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний // Огарёв-online. 2018, № 4. С. 7.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СПОСОБНОСТИ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ У СТУДЕНТОВ 1-го КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В. А. Зыков¹, Н. В. Черненко²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Проблема эффективного усвоения нового материала – одна из главных проблем, с которой приходится сталкиваться студентам медицинского вуза. Учебная деятельность обучающегося проходит на фоне повышенных интеллектуальных нагрузок, в условиях эмоционально-психического напряжения и гиподинамии [1]. Многочисленные исследования параметров умственной работоспособности, мышления и памяти у адаптированных и не адаптированных к систематическим физическим нагрузкам лиц свидетельствуют, что умственная работоспособность прямо зависит от уровня общей и специальной физической подготовленности [3]. При снижении двигательной активности происходит нарушение обмена веществ, кровотока, афферентной импульсации, что сказывается на работе всех органов, вызывает расстройства регулирующей функции головного мозга, дискоординирует процессы возбуждения и торможения [2]. Исходя из вышеизложенного, изучение устойчивости внимания во взаимосвязи с уровнем физической подготовки организма у студентов медицинского вуза является актуальной задачей.

Цель – определение взаимосвязи соматометрических и функциональных показателей физического развития и способности к концентрации внимания студентов 1-го курса медицинского вуза.

Материалом для изучения послужили данные тестирования 90 студенток и 40 студентов 1-го курса ФБГОУ ВО ИвГМА Минздрава России, давших информированное согласие на участие в исследовании. Концентрация внимания у обследованных определялась по трем методикам: методике Мюнстерберга, представляющей из себя сплошной буквенный текст, в котором задачей испытуемого являлось нахождение необходимого количества слов; таблицам Шульте, где требовалось показать и назвать все цифры от единицы до двадцати пяти; методике «10 слов», требующей после единственного зачитывания воспроизвести все слова в любом порядке. У испытуемых измерялись рост, вес, окружность грудной клетки, артериальное давление в покое, а также проводились пробы Руфье – Диксона и Мартинета. На основании соматометрических показателей рассчитывались: индекс Робинсона для количественной оценки функционального резерва сердечной мышцы, индекс Кердо, ис-

пользующийся для оценки деятельности вегетативной нервной системы, индекс массы тела Кетле (ИМТ), индекс Пинье, определяющий тип телосложения. Предварительный расчет репрезентативности выборки осуществлялся с помощью приложения StatCalc программы EpiInfo. Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи пакетов прикладных программ «Statistica-6» и «Microsoft Excel 2010». Для каждого показателя вычисляли среднюю арифметическую и ее ошибку ($M \pm m$); достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента – Фишера. Критический уровень значимости p принимался равным 0,05.

Данные исследования показали, что концентрация внимания у студентов ИвГМА в целом хорошая и составила $3,9 \pm 0,009$ балла по пятибалльной шкале, в то время как у студенток она больше – $4,3 \pm 0,02$ балла. Средний ИМТ у девушек равен $23,72 \text{ кг/м}^2$; студенток с дефицитом массы тела выявлено не более 5 %, с избыточной массой тела – 11,1 %, с ожирением – 2,2 %. Средний ИМТ юношей соответствовал $22,11 \text{ кг/м}^2$, избыточную массу тела и недостаток веса имели по 5 %. Достоверной зависимости концентрации внимания от ИМТ и других показателей не выявлено. Расчет индекса Пинье показал, что большинство юношей и девушек являются нормостениками, а также у юношей отсутствует зависимость концентрации внимания от типа телосложения. В то же время у девушек обнаружена взаимосвязь концентрации внимания и типа телосложения: у нормостеников концентрация внимания соответствует $4,14 \pm 0,015$ у. е., у гиперстеников – $4,25 \pm 0,02$ у. е., у астеников – $3,85 \pm 0,009$ у. е., что свидетельствует о самой низкой концентрации внимания. Также данные исследования позволили выявить наличие достоверной взаимосвязи между концентрацией внимания и способностью сердечно-сосудистой системы к восстановлению после нагрузки. Студенты и студентки с хорошей способностью к восстановлению после физической нагрузки имеют максимальную концентрацию внимания ($4,25 \pm 0,004$ у. е.), наименее физически адаптированные – наименьшую ($3,5 \pm 0,025$ у. е.).

Таким образом, в ходе исследования по определению взаимосвязи соматометрических и функциональных показателей физического развития и способности к концентрации внимания студентов 1-го курса ИвГМА установлена достоверная зависимость последней от общей работоспособности, а именно, от способности к восстановлению сердечно-сосудистой системы после физической нагрузки. Тип телосложения, недостаток или избыток массы тела, функциональные резервы сердца, особенности вегетативной регуляции не оказывают существенного влияния на концентрацию внимания. С целью улучшения умственной работоспособности студентам рекомендованы систематические физические нагрузки и активные виды отдыха.

Литература

1. Булич Е. В. Физиолого-гигиеническая характеристика влияния занятий физическим воспитанием на умственную работоспособность и психоэмоциональную устойчивость студентов // Ученые записки СГУ. 2011. 320 с.
2. Любаев А. В. Влияние физических упражнений на умственную деятельность студентов и их взаимосвязь // Молодой ученый. 2015. № 18. С. 423–425.
3. Механцев Б. Е., Екомасова Д. Ю. Связь между умственным и физическим развитием молодых людей от 17 до 22 лет [Электронный ресурс] // Современные пробл. науки и образования. 2014. –№ 3. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13743> (дата обращения: 25.02.2020).

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

*А. О. Шаповал¹, К. И. Булатова¹, Н. Н. Нежкина¹,
О. В. Кулигин¹, О. Л. Насонова¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Важным направлением развития современной физической культуры является дифференциация программ тренировок в соответствии с параметрами функционирования и индивидуальными особенностями организма. Одним из таких критериев является исходный вегетативный тонус (ИВТ), который является наследственно обусловленным фактором в деятельности вегетативной нервной системы (ВНС), обеспечивающей адаптацию человека к любым изменениям как внешней, так и внутренней среды организма [1].

Цель – оценить эффективность тренировок скандинавской ходьбы (СХ) в зависимости от времени их проведения у подростков с ваготоническим и симпатикотоническим типом ИВТ.

В исследовании приняли участие 80 детей в возрасте 14–16 лет, проходившие оздоровление в ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России. Были сформированы две группы по 40 человек: ваготоники и симпатикотоники, каждая из которых была разделена на две подгруппы: утреннюю (ВУ и СУ – занятия с 8.00 до 9.00) и вечернюю (ВВ и СВ – занятия с 18.00 до 19.00). Тренировки продолжительностью 45 минут проводились ежедневно в течение 21 дня. По формуле Карвонена производился расчет целевой зоны пульса. Использовались следующие методики: оценка текущего состояния вВНС путем измерения вариабельности ритма сердца (ВРС) в фоновой (ФП) и активной ортостатической пробах (АОП) на приборе «Поли-Спектр-8/Е» («Нейрософт», Россия, 2010) [2], определение ИВТ с помощью АПК («Нейрософт», 2013); определение самооценки (ме-

тодика Д. Кейрси), диагностика самочувствия, активности, настроения (опросник САН), оценка физической выносливости (шестиминутный бег, м); оценка самочувствия по шкале индивидуального восприятия интенсивности нагрузки Борга.

В подгруппах ВВ и СУ при изучении динамики показателей ВРС обнаружено достоверное повышение общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции, как в ФП – с 2300 (1900; 2800) до 3430 (3010; 3805) мс² и с 1440 (1260; 2014) до 2055(1133; 3757) мс², так и в АОП – с 1448 (1335; 1564) до 1850 (1506; 2003) мс² и с 1234 (909; 2624) до 1528 (1037; 2630) мс² соответственно. Это происходило за счет увеличения действия обоих отделов ВНС в регуляции сердечного ритма и свидетельствовало о повышении резервных возможностей ВНС, более экономичной работе сердечно-сосудистой системы (ССС). Так, при оценке физической выносливости в обеих подгруппах отмечено достоверное увеличение ее показателей: ВВ у юношей – с 1000 ± 110 до 1250 ± 85 м, у девушек – с 810 ± 50 до 950 ± 60 м; СУ у юношей с 1000 ± 90 до 1280 ± 65 м, у девушек – с 750 ± 40 до 900 ± 60 м. В этих подгруппах отмечалось достоверное повышение настроения: ВВ – с 3,8 ± 0,02 до 5,3 ± 0,02 балла, СУ – с 4,0 ± 0,04 до 5,2 ± 0,04 балла; активности: ВВ – с 3,5 ± 0,04 до 5,3 ± 0,04 балла, СУ – с 4,1 ± 0,04 до 5,1 ± 0,04 балла и самочувствия – с 3,9 ± 0,04 до 5,5 ± 0,03 балла (ВВ) и в подгруппе СУ – с 3,8 ± 0,03 до 5,5 ± 0,04 балла. Наблюдалось достоверное уменьшение суммарного балла самооценки: с 70,3 ± 8,5 до 56,2 ± 8,4 – у ВВ и с 72,5 ± 8,6 до 55,2 ± 8,5 – у СУ, что говорит о возрастании числа детей с адекватной самооценкой. Количество пропущенных занятий составило 0,4 пропуска на одного человека, что указывает на формирование высокой мотивации к физическим тренировкам у подростков этих групп. Оценка по шкале Борга показала параметры в диапазоне 11–13 баллов у подростков обеих подгрупп, что говорит об адекватной переносимости физической нагрузки. В подгруппах ВУ и СВ наблюдался недостоверный рост общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции в ФП при сохранении симпато-парасимпатического дисбаланса. Самочувствие и настроение у ВУ были средними, а активность при этом достоверно уменьшалась. У СВ активность достоверно увеличивалась что ухудшало их эмоциональный фон в вечерние часы. Изменений самооценки, выносливости в обеих подгруппах не наблюдалось. Отмечено 2,5 пропуска на одного человека, что говорит о слабой мотивации к занятиям. Оценка по шкале Борга (ВУ – 13–17 и СВ – 14–17 баллов) показала более тяжелую субъективную переносимость физической нагрузки подростками данных групп.

Итак, результаты исследования показали, что индивидуализация программ физических тренировок с учетом типа ИВТ в зависимости от

времени их проведения способствует увеличению их эффективности. Происходит улучшение состояния ВНС, самочувствия, эмоционального фона, повышается самооценка подростков, формируется высокий уровень мотивации к физической активности.

Литература

1. Формирование программ двигательного режима спортсменов с учетом особенностей вегетативного гомеостаза / Н. Н. Нежкина [и др.] // Европейский исследователь. 2012. № 6-2(24). С. 970–971.
2. Показатели временного и спектрального анализа variability сердечного ритма / Н. Н. Нежкина, О. В. Кулигин, Ф. Ю. Фомин, Ю. В. Чистякова // Вестн. Ивановской медицинской академии. 2013. Т. 18, № 2. С. 66–67.

МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ВСЕРОССИЙКОМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ ГТО

Т. А. Меркушева¹, А. А. Гуляева¹, Н. Н. Углова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

«Готов к труду и обороне» – это Всероссийский физкультурно-оздоровительный комплекс (ВФОК), утвержденный в СССР в 1931 году. Комплекс, нормы которого менялись с течением времени, нес идею укрепления здоровья граждан и воспитания физической культуры. Дисциплины, входящие в комплекс ГТО, требовали отличного развития физических качеств [1]. В 2014 году президент России В. В. Путин подписал указ о восстановлении в стране ВФСК ГТО с целью укрепления здоровья и повышения продолжительности жизни населения через систематическую физическую подготовку, сосредоточенную на формировании человеческого потенциала и укрепление здоровья жителей нашей страны [2, 3]. ГТО – это движение, направленное на развитие массового спорта и оздоровления нации в целом. Современный комплекс ГТО охватывает граждан от 6 до 70 лет и старше, нормативы включают в себя обязательные дисциплины, которые развивают выносливость, быстроту, гибкость, силу и меткость. Современная молодежь знакома с данным комплексом недостаточно, поэтому повышение информированности по данному вопросу – важный шаг вперед в физическом воспитании молодого поколения [4, 5].

Цель – изучить мотивацию и информированность студентов медицинского вуза по вопросам проведения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО.

В исследовании приняли участие 160 студентов 1-го, 2-го и 5-го курсов лечебного и педиатрического факультета ФГБОУ ВО МвГМА Минздрава России. Проводился опрос по специально разработанной анкете, включающей 32 закрытых и открытых вопроса. Программа обработки включала расчет средних и относительных величин, достоверности их разности с использованием прикладных компьютерных программ.

Более половины (76,4 %) опрошенных не информированы о порядке организации и проведения тестирования по программе ГТО, о том, какие категории граждан имеют право выполнять нормативы, о кратности и объеме, о наличии ступеней комплекса. Высокая осведомленность наблюдается по вопросу наличия знаков отличия ГТО и возможных преимуществах, при их наличии для поступления в вузы (81 %), тогда как о детализации видов испытаний ГТО, методика проведения осведомлены лишь 12 % респондентов. Знания о наличии нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность в сфере ГТО, продемонстрировали 11 % опрошенных. Основными источниками информации о ВФСК ГТО для студентов ИвГМА явились спортивные тренеры различных спортивных секций (85 %), педагоги школ (74 %), данные социальных сетей – 56 %.

Оценка заинтересованности в выполнении нормативов ВФСК показала, что индивидуальный регистрационный номер на официальном сайте (<https://www.gto.ru/>) имеют лишь 17 % студентов, а в целом в тестировании нормативов ГТО принимали участие 43 % учащихся. Средний возраст на момент выполнения нормативов ГТО, указанный студентами ИвГМА, составил 17 ± 2 года, что указывает на период школьного обучения. Основными указанными мотивами, побудившими к выполнению комплекса ГТО, явились: желание получить поощрение (дополнительные баллы к ЕГЭ, гарантия поступления в вуз) – 74 %, желание испытать себя (59 %), стремление быть сильным и здоровым (47 %). Большая часть респондентов (86 %) не планирует в дальнейшем сдавать первичные или повторные контрольные испытания ГТО, в дальнейшем считая, что при сдаче тестов могут возникнуть трудности различного характера.

Таким образом, материалы проведенного исследования свидетельствуют о низкой информированности студентов медицинского вуза по вопросам проведения ВФСК ГТО. Низкая осведомленность о детализации проведения ВФСК ГТО напрямую связана с недостатком информации по данному вопросу. Для повышения информированности студентов предлагается проведение мероприятий по популяризации здорового образа жизни; тематических лекций в старших классах школы, в колледжах и в высших учебных заведениях; распространение доступных плакатов, буклетов и листовок о комплексе ГТО; включение данной информации в раздел общения тьюторов со студентами начальных курсов

вузов; публикации в СМИ, в том числе на страницах газеты «Медвузовец», об истории возникновения ВФСК ГТО, что позволит увеличить в дальнейшем число студентов, участвующих в выполнении нормативов ГТО и занимающих активную жизненную позицию.

Литература

1. Иванов О. Н. ГТО: прошлое и настоящее // Вестн. Югорского государственного университета. 2016. № 1(40). С. 174–176.
2. Указ Президента РФ от 24 марта 2014 г. №172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)».
3. Постановление правительства Российской Федерации от 11 июня 2014 г. № 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)».
4. Кораблева Е. Н. Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс ГТО в системе физического воспитания // Вестн. науки и творчества. 2016. № 6(6). С. 95–100.
5. Хорошева Т. А. Проблемы внедрения ГТО в образовательной системе // Аллея науки. 2018. Т. 2, № 2(18). С. 689–693.

Научно-практический семинар
«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

**АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
В СОЧЕТАНИИ С ДРУГОЙ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

А. М. Копосова¹, В. С. Логинова¹, А. В. Лебедева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Диагностика и лечение аутоиммунных заболеваний печени остается одной из самых сложных задач современной гастроэнтерологии. Это связано с тем, что данная патология является относительно редкой и гетерогенной, поэтому её изучение может быть затруднено из-за ограниченного числа пациентов [1, 2].

Цель – проанализировать клинический случай сочетанной аутоиммунной патологии, методы его диагностики и особенности лечения.

Больная 61 года поступила в гастроэнтерологическое отделение ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» с жалобами на слабость, недомогание, головокружение, вздутие живота, периодически – ноюще-колющие боли в правом подреберье, одышку при физической нагрузке, горечь во рту, повышенную «синячковость», онемение и покалывание в кистях, боли в икроножных мышцах, отеки голеней. Впервые аутоиммунная патология – аутоиммунный тиреоидит в стадии гипотиреоза – был диагностирован у пациентки в 1999 году. Впоследствии периодически в крови стала выявляться анемия, а также элементы геморрагического синдрома и спленомегалия. В 2013 году после обследования больной был установлен диагноз аутоиммунной гемолитической анемии. При этом были выявлены изменения со стороны печени: признаки цитолиза и холестаза, гепатоспленомегалия, асцит. Установлен диагноз цирроза печени предположительно аутоиммунного генеза. Для подтверждения диагноза были использованы аутоиммунные маркеры и выявлены антинуклеарные антитела (АИГ 1 типа). Начата терапия глюкокортикостероидами (ГКС) и препаратами урсодезоксихолиевой кислоты. На фоне приема ГКС у пациентки произошла декомпенсация сахарного диабета 2 типа, что в совокупности с патологией печени привело к необходимости перехода на инсулинотерапию. В этот же период на фоне уменьшения роста был диагностирован диффузный остеопороз с грубой деформацией грудной клетки и позвоночника. В течение года в анализах крови стал выявляться высокий уровень мочевины, кислоты,

был приступ подагрического артрита. При осмотре: состояние удовлетворительное. Выраженная деформация грудной клетки по типу кифосколиоза, деформация грудины. Кушингоид. Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тургор резко снижен, кисти цианотичны. На коже предплечий, кистей – множественные экхимозы на разных стадиях развития. В нижней трети стоп и голени наблюдаются отеки. Варикозное расширение вен нижних конечностей. ЧДД – 20 в мин. При сравнительной перкуссии определяется коробочный звук; при аускультации – жесткое дыхание. Пульс: 80 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, артериальное давление – 130/70 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, вздут, мягкий, слабо болезненный в эпигастральной области. Печень на 5–6 см выступает из-под реберной дуги. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Выявлены нормохромная анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, признаки холестаза, диффузные изменения в печени (по типу цирроза), в поджелудочной железе и паренхиме почек; увеличение размеров селезенки, эхо-признаки портальной гипертензии (расширение селезеночной вены, воротная вена – на верхней границе нормы). На основании жалоб, анамнеза и данных обследования был установлен диагноз: «Цирроз печени с синдромом холестаза (в исходе аутоиммунного гепатита 1 типа), стадия развернутых клинических проявлений, класс В по Чайл – Пью, портальная гипертензия (гепатоспленомегалия, транзиторный асцит)». Сопутствующий диагноз: «Сахарный диабет смешанной этиологии (2 типа и стероидный). Анемия смешанного генеза (приобретенная гемолитическая, В12-дефицитная) легкой степени. Аутоиммунный тиреоидит (медикаментозный эутиреоз). Остеопороз, кифосколиотическая деформация грудной клетки. Гипертоническая болезнь 2 ст. ГЛЖ, риск 4. Киста правой почки. МКБ. Левосторонний нефролитиаз. ВРВ нижних конечностей. Учитывая аутоиммунную патологию печени больной было назначено длительное лечение ГКС, что привело к развитию множественных осложнений: декомпенсации сахарного диабета, остеопорозу, кушингоиду, васкулопатии».

Итак, представленный клинический случай показывает сложность диагностики аутоиммунных заболеваний, поскольку диагноз ставится методом исключения. Сочетание патологии печени с другой аутоиммунной патологией, которая может изменять клиническое течение и выходить на первый план в клинической картине, приводит к тому, что заболевание выявляется на поздних стадиях гепатита или начальных стадиях цирроза печени, когда терапия уже малоэффективна [3, 4]. Лечение аутоиммунного цирроза печени проводится иммуносупрессорами в комплексе с ГКС, подавляющими иммунную реакцию и изменя-

ющими гормональный фон. Такая терапия имеет выраженные побочные действия. Следовательно, пациенты с полиморбидной патологией, в том числе аутоиммунной, требуют регулярного наблюдения врачами разных специальностей [5].

Литература

1. Аутоиммунный гепатит (клинический случай) / Э. Р. Карамуллина [и др.]. Ижевск : Ижевская гос. мед. акад., 2018. С. 59–62.
2. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени / В. Т. Ивашкин [и др.]. М., 2016. С. 71–102.
3. Вариантная форма поражения печени: аутоиммунный гепатит – первичный билиарный цирроз при болезни Шегрена / И. А. Лопатина [и др.] // Клин. медицина. 2013. № 1. С. 66–70.
4. Рак печени (печеночноклеточный) : клин. рекомендации. М. : Ассоциация онкологов России, 2018. 36 с.
5. Бокарев И. Н., Попова Л. В. Внутренние болезни. Дифференциальная диагностика и лечение. М. : МИА, 2015. 776 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДАГРЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ ПОД МАСКОЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

В. А. Казанов¹, Я. А. Королёва¹, Н. В. Корягина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Отличительным признаком подагры является острый приступ моно- или олигоартрита, чаще нижних конечностей, характеризующийся быстрым развитием острейшей боли, припухлости, гиперемии и гипертермии, которые достигают максимума в течение 24 часов, полным регрессом симптомов в течение 14 дней. Тем не менее это заболевание диагностируется в среднем только на 7–8-й год после его дебюта, а 30 % больных ставятся ошибочные диагнозы: «травматический артрит», «ревматоидный артрит» (РА), «рожистое воспаление» и т. д. [2].

Цель – показать особенности диагностики подагры у пациента с длительным анамнезом суставного синдрома и поздним обращением.

Пациент П., 46 лет, поступил в терапевтическое отделение (ТО) ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Иваново» в январе 2020 г. с жалобами на боли в коленных суставах, утреннюю скованность в течение 30 минут, повышение артериального давления (АД) до 180/110 мм рт. ст. В 2005 г. впервые появился острый артрит левого лучезапястного сустава, который полностью купировался через две недели на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов

(НПВП). Далее периодически возникали артриты лучезапястных, коленных и голеностопных суставов, суставов кистей в виде моно- или олигоартрита. Систематически не лечился. В апреле 2016 г. развился полиартрит; выявлен положительный ревматоидный фактор (РФ), узелки шиловидного отростка левой локтевой кости при рентгеновском исследовании (Rg), заподозрен РА. Полиартрит был купирован введением глюкокортикоидов и НПВП. После выписки к ревматологу не обращался. Далее отмечался суставной синдром в виде повторяющихся олиго- или полиартрита, длительностью 2–4 недели, периодически повышение температуры тела до 37–37,5°C, чаще по вечерам при выраженном суставном синдроме. За последний год возникали артриты коленных суставов без «светлых промежутков», в начале декабря 2019 г. развился полиартрит с поражением лучезапястных, голеностопных, коленных суставов, суставов кистей, выраженной скованностью, лихорадкой до фебрильных цифр, повышением СОЭ до 56 мм/ч, отсутствием эффекта от НПВП в течение трех недель. Выполнялось внутримышечное введение дипроспана с положительным эффектом: температура тела нормализовалась, полиартрит был купирован.

При обследовании выявлены болезненность коленных суставов, подкожные узелки 1 × 0,5 × 0,3 см (тофусы) на разгибательной поверхности правого локтевого сустава. Ожирение I степени. При аускультации сердца выявлена приглушенность тонов, систолический шум на верхушке, пульс – 92 в минуту, ритмичный, АД – 220/110 мм рт. ст. Результаты анализа крови: эритроциты – 4,81 Т/л, гемоглобин – 153 г/л, ЦП – 0,95, тромбоциты – 242 Г/л, лейкоциты – 8,12 Г/л без изменения формулы, СОЭ – 30 мм/ч. РФ – 10,6 МЕ/мл (норма – 0–14,0), С-реактивный белок – 9,1 мг/л (норма – 5,0), АЦЦП – 7 Е/мл (норма – 17,0), мочевиная кислота – 552 мкмоль/л, холестерин (ХС) – 9,85 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,58 ммоль/л, ХС ЛПВП – 2,77 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, глюкоза – 6,75 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 4,9 %, АСТ – 22,8 Ед/л, АЛТ – 46,7 Ед/л (норма – 0–41), щелочная фосфатаза – 168,7 Ед/л (норма – 0–258), клиренс креатинина – 79,3 мл/мин. HBsAg – отрицательный (отр.), анти-HCV суммарные – отрицательный. На рентгенограмме кистей определяется сужение суставных щелей в лучезапястных суставах и в суставах запястья, больше выражено слева, кистовидные просветления в костях запястья, больше слева, в головках проксимальных и средних фаланг. На рентгенограмме стоп – множественные кистовидные просветления. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) мягких тканей в области правого локтевого сустава определяются подкожные или внутрикожные гипозоногенные образования до 5–6 мм.

Данные компьютерной томографии (КТ) суставов кистей: множественные краевые дефекты, окруженные остеосклерозом костей левого запястья и проксимальных головок 2-го, 3-го и 4-го фаланг левой кисти, полулунной кости справа, отложение солей мочевой кислоты (подагрические тофусы) в суставах левого запястья, запястно-пястных суставов слева, пястно-фалангового сустава 2-го пальца левой кисти, в области полулунной кости справа.

Дуплексное сканирование сосудов: эхо-признаки нестенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий, их деформация (комплекс интима – медиа 0,8–1,0 мм, дифференцировка на слои частично нарушена). При УЗИ выявлена гепатомегалия. Выставлен диагноз: «Подагра, хроническое течение, внеприступный период, тофусная форма. Вторичный артроз коленных суставов, левого лучезапястного сустава, рентгенологическая стадия 3. Функциональный класс 2. Гипертоническая болезнь II стадии. ГЛЖ. Н 0. Риск 4 Ожирение 1 степени, дислипидемия, гиперурикемия. Неалкогольная жировая болезнь печени. Гепатоцеллюлярная недостаточность 0 степени». Диагноз подагры у пациента с метаболическим синдромом установлен по классификационным критериям ACR/EULAR 2015: наличие по крайней мере одного эпизода периферического артрита плюс дополнительные клинические, лабораторные и визуальные признаки: вовлечение голеностопного сустава; типичные симптомы эпизода острого артрита; повторяющиеся типичные эпизоды острого артрита; тофусы, гиперурикемия, КТ признаки уратных депозитов. Потребовалась дифференциальная диагностика с ревматоидным артритом и пирофосфатной артропатией.

Таким образом, особенностью данного случая является атипичная для подагры локализация артрита в начале заболевания и при его рецидивах. Диагностику хронического подагрического артрита осложняет его сходство с ревматоидным артритом. Анализ клинической картины поражения суставов у пациента с выраженным метаболическим синдромом, наличие околосуставных тофусов, гиперурикемия, визуальные признаки уратных депозитов в суставах позволяют верифицировать диагноз.

Литература

1. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 448 с.
2. Ревматология : нац. рук-во. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 714 с.
3. Елисеев М. С. Классификационные критерии подагры (рекомендации ACR/EULAR) // Науч.-практ. ревматология. 2015. № 6. С. 581–586.

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Т. Е. Щербакова¹, М. В. Рамазанова¹, О. Б. Аркин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

По данным официальной статистики РФ, алкоголь входит в число основных факторов смерти в российской популяции, составляя 11,9 % [1]. Частота алкогольной болезни печени достигает 50-80% у пациентов с диффузными болезнями печени [1]. Одним из наиболее тяжёлых вариантов алкогольного поражения печени является алкогольный гепатит тяжёлого течения, смертность от которого достигает 50% в первые 28 дней болезни. Помимо поражения печени, злоупотребление алкоголем вносит существенный вклад в генез общей заболеваемости и смертности [2], в том числе повышается заболеваемость и смертность при неспецифических инфекциях [3]. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – относительно редкое тяжелое инфекционно-воспалительное заболевание эндокарда. Летальность при инфекционном эндокардите остается на высоком уровне – 24–30 % [4]. Заболеваемость ИЭ в РФ составляет более 10 000 человек в год, из которых около 2 500 нуждаются в хирургическом вмешательстве [4].

Цель – провести анализ случая выявления ИЭ у больного с тяжелым алкогольным гепатитом.

Больной 35 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново с жалобами на выраженную слабость, желтуху, отёки ног, увеличение живота в объеме, чувство «распирания», «тяжести» в животе, кровоточивость десен при микротравматизации (чистка зубов), одышку при незначительной физической нагрузке, выраженную слабость и нарушение чувствительности в ногах. Из анамнеза известно, что более 5 лет систематически употреблял крепкий алкоголь в больших дозах, в последнее время – в среднем по 0,5 л водки в сутки. В октябре 2019 г. появились отёки ног и желтуха. За четыре дня до госпитализации был выписан из терапевтического отделения ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново с диагнозом «Алкогольный гепатит с переходом в цирроз печени с высокой активностью и выраженной гепатоцеллюлярной недостаточностью (ГЦН)». Уже в ОБУЗ ГКБ № 3 у больного отмечалась лихорадка до фебрильных цифр, которую связывали с внебольничной правосторонней нижнедолевой пневмонией. Был выписан с сохраняющимися желтухой, отёками и асцитом. При выписке было рекомендовано продолжить приём левофлоксацина в таблетках. В связи с сохраняющимися цитолизом, гепатоцеллюлярной недостаточностью и отёчно-

асцитическим синдромом госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 с диагнозом «Хронический гепатит токсической (алкогольной) этиологии, тяжелого течения, на фоне формирующегося цирроза печени, с умеренной активностью цитолиза гепатоцитов. Холестаза, желтуха. Портальная гипертензия, компенсированная. Асцит. Гепатомегалия. Коагулопатия. ГЦН III ст.».

При поступлении у больного выявлена лихорадка 37,6°C. Исключалась пневмония. Предполагался пиелонефрит с учетом лейкоцитурии и данных УЗИ почек (расширение чашечно-лоханочной системы и её уплотнение). Больному была продолжена терапия левофлоксацином внутривенно. Однако сохранялся субфебрилитет по вечерам. На 6-е сутки госпитализации у больного вновь появилась фебрильная лихорадка. По данным эхо-КГ выявлена аортальная регургитация I степени. При аускультации сердца определен протодиастолический шум в точке Боткина. При повторной эхо-КГ отмечена вегетация на створке трехстворчатого аортального клапана и усиление аортальной регургитации до III ст. Посевы крови на гемокультуру дали отрицательный результат. Установлен клинический диагноз: «Инфекционный эндокардит аортального клапана, аортальная недостаточность III степени, активный, с негативной культурой крови из-за предшествующего антибактериального лечения. ХСН IIБ стадии. ФК IV». Консультирован кардиохирургом Ивановской областной клинической больницы. Оперативное лечение было отсрочено до нормализации функции печени и купирования цитолитического синдрома. Больному проведено лечение: ванкомицин 900 мг/сут, омепразол, панкреатин, лактулоза, адеметионин 800 мг/сут, урсодезоксихолиевая кислота 750 мг/сут, верошпирон 75 мг/сут, инфузионно ремаксол, сорбифер. В результате терапии температура тела снизилась до субфебрильных цифр, уменьшились слабость, одышка в покое, асцит и отёки, появился аппетит. В биохимическом анализе крови уменьшились признаки цитолиза гепатоцитов (АСТ – от 105 до 46 ед/л, АЛТ – от 43 до 13 ед/л), гепато-целлюлярной недостаточности (ПТИ – с 60 до 68 %, альбумин в крови – с 22,7 до 28,4 г/л), холестаза (билирубины общ. – с 70,0 до 48 мкмоль/л, пр. – с 60,0 до 37 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – с 779 до 389 ед/л, ГГТП – с 546 до 152 ед/л. В общем анализе крови гиперхромная анемия с положительной динамикой уровня гемоглобина и эритроцитов. СОЭ – 45 мм/ч. Результаты посевов крови на стерильность: бактериального роста нет. Больной был выписан в среднетяжёлом состоянии для продолжения лечения по поводу инфекционного эндокардита в кардиологическом отделении ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново. В последующем больному было успешно выполнено протезирование аортального клапана в условиях кардиохирургического отделения ИвОКБ.

Таким образом, данный клинический пример демонстрирует сочетание двух тяжелых заболеваний у пациента, злоупотребляющего алкоголем, и указывает на необходимость включать в диагностический поиск ИЭ у лиц с алкогольным поражением печени и неуточненным генезом лихорадки.

Литература

1. Клинические рекомендации Российской общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. № 27(6). С. 20–40.
2. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии : справ. матер. / В. Т. Ивашкин [и др.]. М. : МЕДпресс-информ; 2016. С. 43–54.
3. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Инфекционный эндокардит (ИЭ). М., 2016.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ТЯЖЕЛОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Т. А. Князева¹, Е. В. Алкасарова¹, О. Б. Аркин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Одним из наиболее распространенных побочных эффектов, связанных с приемом лекарственных средств (ЛС), служит гепатотоксичность. Лекарственные поражения печени (ЛПП) составляют около 10 % от всех побочных реакций, обусловленных применением фармакологических препаратов [1]. Их высокая распространенность, широкий спектр клинических проявлений, отсутствие однозначных методов диагностики, нередко плохой прогноз делают ЛПП одной из сложных проблем в клинической практике. В Российской Федерации (РФ) острые ЛПП регистрируются у 2,7 % госпитализированных больных. Как правило, ЛПП связаны с применением противотуберкулезных, антибактериальных препаратов, анальгетиков, гормональных, цитостатических, гипотензивных и антиаритмических средств [1, 2]. По данным зарубежных авторов, ЛПП наблюдаются у 10–20 из 100 000 пациентов, принимающих ЛС [3]; в 2–5 % случаев служат причиной желтухи у госпитализированных пациентов, составляют около 10 % всех случаев острого гепатита [3], в 11 % являются причиной острой печеночной недостаточности [3] и обуславливают до 40 000 смертей в год [3]. ЛС могут быть причиной хронического поражения печени и формирования выраженного фиброза/цирроза [3].

Цель – провести анализ течения рецидива ЛПП у больной, получавшей терапию антипсихотическими препаратами по поводу послеродового психоза.

Больная А., 35 лет, наблюдалась в гастроэнтерологических стационарах по поводу лекарственного гепатита, ассоциированного с применением психотропных средств с 2009 г. Впервые в 2009 г. после физиологических родов у пациентки развился послеродовый психоз. Для его купирования в Областной клинической психиатрической больнице «Богородское» применялись нейролептики (аминазин, галоперидол, циклодол, карбамазепин), препараты лития (седалит), транквилизаторы (реланиум). Через 2–3 недели от начала лечения пациентка была доставлена в гастроэнтерологическое отделение ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» (ИВОКБ) в связи с развитием гепатита с выраженным холестазом и легкой степенью печеночно-клеточной недостаточности. Учитывая данные анамнеза, клинической картины, уровня лабораторных маркеров (отсутствие аутоиммунных маркеров и маркеров вирусных гепатитов) у больной был диагностирован токсический (лекарственный) гепатит. В течение шести месяцев пациентка принимала урсодезоксихолиевую кислоту (УДХК) в дозе 18 мг/кг/сут с последующей снижением дозы до отмены. Самочувствие улучшилось, в течение года желтуха исчезла, нормализовались анализы крови. В последующем больная не наблюдалась, биохимические показатели крови не контролировала. В декабре 2018 г. при планировании второй беременности была обследована в гастроэнтерологическом отделении ИВОКБ. Установлен диагноз «Хронический гепатит неуточнённого генеза, с минимальной активностью, без признаков фиброза печени с компенсированной функцией печени. Перенесенный лекарственный гепатит от 2009–2010 г.».

В сентябре 2019 г., после вторых физиологических родов, у пациентки вновь развился послеродовый психоз и она вновь была госпитализирована в ОКПБ «Богородское». Проведена терапия нейролептиками, транквилизаторами. Через две недели от начала терапии у пациентки появилась желтуха, при биохимическом исследовании крови выявлены признаки цитолиза гепатоцитов с высокой активностью (АСТ – 468 Ед/л, АЛТ – 467 Ед/л) и холестаза (ЩФ – 909 Ед/л, билирубин – 36,9 мкмоль/л, прямой – 11,9 мкмоль/л). С диагнозом «Хронический гепатит лекарственной этиологии, с высокой активностью, холестазом, гепатомегалией. ГЦН 1–2 ст. Полипоз желчного пузыря. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени, компенсированная» госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4. Проведено лечение: омепразол, панкреатин, лактулоза, адеметионин 800 мг/сут, УДХК – 1250 мг/сут, инфузионная терапия 2 л/сут, преднизолон

60 мг/сут внутривенно и 30 мг/сут per os, мальтофер 2 табл./сут. Через месяц лечения кожный зуд купирован, исчезла желтуха, снизились активность цитолиза гепатоцитов (АСТ – 42, АЛТ – 217) и выраженность холестаза (ЩФ – 402 г/л, ГГТП – 632 Ед/л). При выписке снижена доза преднизолона до 35 мг/сут per os.

Таким образом, известно, что ЛПП носят рецидивирующий характер [2]. В нашем примере повторное применение антипсихотических препаратов спровоцировало рецидив заболевания. Поражение печени у пациентки протекало тяжелее по сравнению с первым эпизодом, проявлялось выраженным цитолитическим и холестатическим синдромами и потребовало назначения преднизолона в высоких дозах. Тщательный сбор анамнеза при назначении антипсихотической терапии, вероятно, позволил бы предотвратить рецидив ЛПП у больной.

Литература

1. Болезни печени и желчевыводящих путей / под ред. В. Т. Ивашкина (ред.). М. : М-Вести, 2002. 416 с.
2. Полунина Т. Е., Маев И. В. Лекарственный гепатит // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2008. № 1. С. 3–10.
3. Incidence, pre-sentation and outcomes in patients with drug-induced liver injury in the general population of Iceland / E. S. Björnsson [et al.] // Gastroenterology. 2013. Vol. 144(7). P. 1419–1425.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ

О. С. Мазанова¹ Д. А. Никитин¹, Е. А. Жук¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) – генетически детерминированное заболевание, в основе которого лежат врожденные дефекты строения ресничек мерцательного эпителия респираторного тракта и аналогичных структур, приводящие к нарушению их двигательной активности. Наиболее часто проявляется рецидивирующими и хроническими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей и в 40–50 % случаев – зеркальным расположением внутренних органов [1]. Частота встречаемости – 1 на 2 265–40 000 населения [2]. В России медиана возраста установления диагноза ПЦД у детей с обратным расположением органов соответствует четырем годам, тогда как у пациентов без situs inversus – позже (медиана возраста – 7,6 года) [3].

Цель – описать случай ПЦД, впервые диагностированной у взрослого пациента.

Пациент Д., 33 лет, находился на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иванова, являющейся клинической базой кафедры терапии и эндокринологии ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. Проведено клиническое, лабораторное и инструментальное обследование больного, включающее определение уровня альфа-1-антитрипсина в крови, панкреатической эластазы, хлоридов пота, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, спирография. В дальнейшем выполнено исследование функции цилиарного эпителия слизистой оболочки бронхов и носа.

Пациент Д. 23.03.19 поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, кашель со слизисто-гноющей мокротой в дневные часы, общую слабость. В детстве был здоровым ребенком, занимался спортом. С 17 лет страдает частыми бронхитами, неоднократно перенес пневмонии. За последние 2–5 года похудел на 10–12 кг. В феврале 2018 г. при спирометрии впервые выявлены стойкие обструктивные нарушения. С осени 2018 г. нарастает кашель, одышка. При КТ органов грудной клетки выявлены бронхоэктазы, бронхолит, буллы верхних долей. В январе 2019 г. повысилась температура тела до фебрильных цифр, усилилась одышка, мокрота стала гноющей. Отмечена выраженная гипоксемия (сатурация O_2 – 50 %), в связи с чем по экстренной помощи госпитализирован в реанимационное отделение Владимирской областной больницы, где проводилась искусственная вентиляция легких через трахеостому, санационные бронхоскопии, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Проведено медико-генетическое обследование на наличие муковисцидоза, наиболее частых мутаций в гене CFTR не обнаружено. Лечение продолжено в пульмонологическом отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иванова.

При осмотре: пациент астенического телосложения, кожные покровы чистые, наблюдается цианоз губ. Частота дыхания – 16 в 1 минуту. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими выслушивается коробочный перкуторный звук. Дыхание везикулярное ослабленное, рассеянные сухие свистящие хрипы. Сатурация O_2 – 92 % в покое, после нагрузки – 88 %. Пульс – 100 уд./мин. Артериальное давление – 100/70 мм рт. ст. Границы сердца не смещены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. В анализе крови: лейкоциты – 12,0 Г/л, палочкоядерные – 12 %, сегментоядерные нейтрофилы – 55 %. При спирометрии: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – 33 % от должного, объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) – 18 %, ОФВ1/ФЖЕЛ – 45 %. Проба с сальбутамолом – отрицательная. КТ органов грудной клетки: выраженный двухсторонний хронический деформирующий бронхит, бронхоэктазы S2

правого легкого. При бактериологическом исследовании мокроты выделен *Acinetobacterbaumannii* в титре 10^7 КОЕ/мл. Учитывая наличие стойкой бронхиальной обструкции, бронхоэктазов у молодого некурящего мужчины, требовалось исключение дефицита альфа1-антитрипсина в крови. Однако снижения его уровня не отмечено – 3435,0 мг/л (референсный интервал – 900–2 000 мг/л). При обследовании выявлен хронический полипозный верхнечелюстной синусит, азооспермия. Для исключения муковисцидоза проведен анализ хлоридов пота: 58 ммоль/л (норма – 60–80 ммоль/л). Уровень панкреатической эластазы – более 500 (при норме – более 200). Высказано предположение о наличии ПЦД.

Для дальнейшего обследования больной направлен в пульмонологическое отделение Городской клинической больницы имени Д.Д. Плетнева г. Москва, где при исследовании функции цилиарного эпителия слизистой оболочки бронхов и носа установлена высокая вероятность ПЦД. К проводимому лечению (олодатерол/тиотропия бромид, фенотерол/ипратропия бромид, ацетилцистеин 600 мг/сут) рекомендовано добавить 7 %-ный раствор натрия хлорида 4 мл 2 раза в сутки, гентамицин 160 мг 2 раза в сутки ингаляционно постоянно, азитромицин 500 мг 3 раза в неделю внутрь длительно, кинезотерапию.

Таким образом, особенностями данного клинического случая явились поздний дебют заболевания, развитие выраженной стойкой бронхиальной обструкции, прогрессирующая дыхательная недостаточность.

Литература

1. Paediatric Respiratory Medicine ERS Handbook 1st Edition Editors Ernst Eber, Fabio Midulla 2013 European Respiratory Society. 719 p.
2. European Respiratory Society Monograph Orphan Lung Diseases / J. S. A. Lucas, W. T. Walker, C. E. Kuehni, R. Lazor ; ed. by J-F. Cordier // Chapter 12. Primary Ciliary Dyskinesia. 2011. Vol. 54. P. 201–217.
3. Первичная цилиарная дискинезия у детей : клин. рекомендации. М., 2016.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА: СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, ЛЮПУС-НЕФРИТ

Д. М. Вельямидова¹, А. В. Аршинов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Системная красная волчанка (СКВ) является одной из актуальных медико-социальных проблем [1]. Многие исследователи отмечают рост заболеваемости лиц мужского пола [2]. В 20–30 % случаев первым признаком СКВ является поражение почек, сопровождающееся повышением артери-

ального давления. У некоторых заболевших вначале могут иметь место общие проявления, в связи с чем СКВ трудно диагностировать в дебюте [3].

Цель – освещение вопроса о сложностях дифференциальной диагностики и постановки окончательного диагноза у больных СКВ с невыраженными клиническими проявлениями в дебюте.

Пациент Х., 35 лет, армянин, считает себя больным с ноября 2015 года, ранее патологии почек не отмечалось. Обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника. В том же месяце прошел обследование по поводу простатита. Получал лечение у уролога, наблюдался в течение двух лет. Положительной динамики не было: на фоне проводимой терапии боли сохранялись. 28.11.2017 было сделано УЗИ, при котором обнаружены кисты малых размеров обеих почек. В ноябре 2017 г. проходил лечение у невролога по поводу болевого синдрома в поясничной области, так как проводимое урологом лечение не оказало должного эффекта. Обратился к нефрологу с усилившимся болевым синдромом 03.07.2018. Был выставлен предварительный диагноз: «Хронический гломерулонефрит, азотемия, анемия, не исключается амилоидоз почек». Данные биохимического анализа крови: креатинин – 213 мкмоль/л, мочевины – 11,7 ммоль/л, мочевого кислоты – 493 мкмоль/л. Выдано направление на госпитализацию. 19.07.2018 был госпитализирован в нефрологическое отделение ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница». В результате проведенных исследований был выставлен основной клинический диагноз: «Неуточненная нефропатия с исходом в нефросклероз»; осложнения – хроническая болезнь почек (ХБП) IV стадии, гиперурикемия; сопутствующий диагноз «Кисты левой почки». По данным обследования признаков аутоиммунной патологии не обнаружено (АНФ, АФА – в пределах нормы, но минимально повышена концентрация антител к ДНК).

Пациент обратился на консультацию к ревматологу. Данные биохимического анализа крови: креатинин – 249 мкмоль/л, мочевого кислоты – 599 мкмоль/л, хлор – 97 ммоль/л. Заключение: «Хроническая болезнь почек III–IV стадии (первично-сморщенная почка?), убедительных данных за аутоиммунную патологию нет». Заключение нефролога от 10.08.2018: «Неуточненная нефропатия с исходом в нефросклероз, ХБП IV стадии, гиперурикемия, анемия, кисты левой почки». В течение месяца состояние пациента прогрессивно ухудшалось, обратился за консультацией к ревматологу повторно.

В исследовании крови от 07.09.2018 на наличие антител к ДНК обнаружено повышение титра до 191 Ед/мл. Консультирован ревматологом. Заключение: «Системная красная волчанка, подострое течение, волчаночный нефрит, ХБП III стадии, поражение суставов; не исключается серозит (боли в животе), активность 1–2 (в соответствии с диагностиче-

скими критериями: аортит, серозит, поражение почек, позитивность по антителам к ДНК)». Был госпитализирован 19.10.2018 в терапевтическое отделение ГУЗ ЯО КБ № 8 в плановом порядке для проведения пульс-терапии (солу-медрол, циклофосфамид). Данные биохимического анализа крови: глюкоза – 34 ммоль/л, мочевины – 24 ммоль/л, мочевая кислота – 440 мкмоль/л, креатинин – 213 мкмоль/л. Предъявлял жалобы на выпадение волос, сохранение болевого синдрома в поясничной области, общую слабость, боли в суставах и животе. Пациенту выставлен диагноз: «Системная красная волчанка, подострое течение, активность 1-й стадии: артралгии, энантема, люпус-нефрит, антитела к нативной ДНК, синдром артериальной гипертензии». Сопутствующее заболевание – сахарный диабет 2 типа (HbA1c < 6,5 %). Больной был выписан в удовлетворительном состоянии (метилпреднизолон в дозе 24 мг/сут per os) под наблюдение ревматолога по месту жительства с рекомендацией последующего снижения дозы препарата.

Итак, данный клинический случай демонстрирует трудности в установлении диагноза СКВ, особенно на начальных этапах заболевания. В результате длительного и сложного диагностического поиска с использованием современных методов инструментальной и лабораторной диагностики, наблюдения за динамикой симптомов и эффектом от проводимой терапии было подтверждено участие в патогенезе заболевания аутоиммунного процесса. Внимательность врача к каждому из симптомов и своевременное проведение диагностических мероприятий позволяют как можно раньше установить достоверный диагноз и назначить необходимую терапию.

Литература

1. Бертсиас Г. И. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки // Науч.-практ. ревматология. 2008. № 1. С. 93–96.
2. Ильина А. Е., Ключкина Н. Г. Системная красная волчанка у мужчин // РМЖ. 2005. № 8. С. 513–514.
3. Клиническая ревматология : рук-во для врачей / И. Б. Беляева [и др.] ; под ред. В. И. Мазурова. 2-е изд., перераб. и доп. СПб. : Фолиант, 2005. С. 233–235.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГУРЛЕРА – ШЕЙЕ

А. А. Зайцева¹, Г. А. Батрак¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время одним из наиболее распространенных генетически обусловленных заболеваний, протекающих с поражением соединительной ткани, является мукополисахаридоз. Изменение катаболизма

основного вещества соединительной ткани вследствие недостаточности лизосомальных ферментов приводит к накоплению гликозаминогликана в лизосомах. Грубые клеточные нарушения обуславливают формирование характерной клинической картины и фенотипического варианта [1–3].

Цель – описать клинический случай мукополисахаридоза 1-го типа (синдром Гурлера – Шейе), подтвержденного энзимологическими методами (дефицит альфа-идуронидазы) и молекулярно-генетически (мутация в гене IDUA с. 1688>с (p.Gln563 Pro), с поражением сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной и костно-суставной систем.

Пациент Р., 24 года, поступил в эндокринологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново в апреле 2019 г. с жалобами на ограничение движения в локтевом, плечевом, тазобедренном, коленном суставах, одышку при ходьбе. Больному были проведены необходимые клинические, биохимические и инструментальные (ЭКГ, эхоКГ, УЗИ) обследования.

Впервые признаки заболевания появились у пациента в возрасте пяти лет. Он наблюдался у кардиолога по поводу митрального порока сердца, у пульмонолога с бронхиальной астмой легкого течения. Специфической терапии не получал. В этом же возрасте появились ограничения движений в локтевых, плечевых, тазобедренных, коленных суставах, отставание в росте, деформация поясничного отдела позвоночника, почечная грыжа. В 13 лет выявлена недостаточность митрального клапана 3-й степени. В 19 лет в ходе диагностического поиска при генетическом исследовании обнаружена мутация в гене IDUA с. 1688>с (p.Gln563 Pro): в гомозиготном состоянии снижение активности фермента альфа-идуронидазы. Диагностирован мукополисахаридоз 1-го типа. Диагноз подтвержден при обследованиях в клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (февраль-март 2016 г.), ФГБУ «Гематологический научный центр» (сентябрь-октябрь 2017 г.), где были определены показания к пожизненной ферментной заместительной терапии (ФЗТ). В дальнейшем прогрессировало поражение опорно-двигательного аппарата: в 2018 г. выполнена декомпрессия невралгических структур на уровне С1–С4, задний спондилодез, монтаж гало-кольца в связи с сужением позвоночного канала в шейном отделе, в апреле 2019 г. направлен в ФГАОУ «Первый МГУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России для ФЗТ ларонидазой «Альдуразим». Были выполнены две инъекции. Пациент был направлен в эндокринологическое отделение по месту жительства для пожизненной ФЗТ в режиме: одна внутривенная инъекция в неделю. На базе эндокринологического отделения ОБУЗ ГКБ № 4 регулярно проводится ФЗТ в течение года, осложнения терапии не выявлены.

При клиническом осмотре выявлены характерные фенотипические признаки: утолщение кожных покровов, пухлые губы, запавшая переносица.

сица, низкорослость, контрактуры плечевых, локтевых, лучезапястных суставов; грудная клетка неправильной формы, деформированная воронкообразно; гепатоспленомегалия; тоны сердца приглушены; тахикардия; пупочная грыжа малых размеров. Данные симптомы подтверждают диагноз синдрома Гурлера – Шейе. Лабораторные показатели крови находились в пределах референтных значений. В моче – «следовая» протеинурия и гиперстенурия. При ЭКГ-обследовании: синусовая тахикардия, уменьшение вольтажа зубцов во всех отведениях и гипертрофия правого предсердия.

На основании полученных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального исследования и молекулярно-генетического анализа установлен диагноз: «Мукополисахаридоз 1-го типа (синдром Гурлера – Шейе), подтвержденный энзимологическим методом (дефицит альфа-идуронидазы) и молекулярно-генетически (мутация в гене IDUA с. 1688>с. (p.Gln563 Pro), с поражением сердечно-сосудистой системы (сочетанный митральный порок, аортальный стеноз 1-й степени, гипертрофия левого желудочка, легочная гипертензия), дыхательной системы (снижение ЖЕЛ, ОФВ1), соединительной ткани (низкий рост, пупочная грыжа), суставов (контрактуры локтевых, плечевых, коленных суставов), центральной нервной системы (миелопатия, состояние после декомпрессии на уровне С1–С4), гепатомегалия. Диагноз сформулирован в соответствии с клиническими рекомендациями. Пациенту рекомендуется наблюдение генетика, эндокринолога, кардиолога, пульмонолога, ревматолога, невролога и проведение пожизненной ФЭТ препаратом «Альдуразим» в условиях реанимационного отделения ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново.

Как видим, приведенный клинический случай демонстрирует сложность первичной диагностики мукополисахаридоза 1-го типа, подчеркивает необходимость пожизненной ферментной заместительной терапии в условиях реанимационного отделения и предполагает комплексное наблюдение пациентов данной группы врачами различных специальностей.

Литература

1. Краснопольская К. Д. Наследственные болезни обмена веществ : справочное пособие для врачей. М. : Фохат, 2015.
2. Guidelines for the Management of Mucopolysaccharidosis Type I / A. M. Martins [et al.] // J Pediatr. 2009. Vol. 155(4), № 2. P. 32–46.
3. Childhood onset of Scheie syndrome, the attenuated form of mucopolysaccharidosis I / J. A. Thomas, M. Beck, J. T. R. Clarke, G. F. Cox // J. Inherit Metab Dis. 2010. Vol. 33. P. 421–427.

Научно-практический семинар
«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ: ОТ ПРАКТИКИ К НАУКЕ»

СИНДРОМ СЕККЕЛЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Е. А. Кутузова¹, Г. А. Ратманова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Ранняя диагностика генетических заболеваний у детей позволяет предоставить соответствующие социальные гарантии и организовать диспансерное наблюдение сопутствующей патологии с учетом особенностей основного синдрома.

Цель – изучить клинический случай синдрома Секкеля для расширения знаний педиатров по одному из вариантов генетически обусловленной патологии.

Проанализирован клинический случай синдрома Секкеля у ребенка 10 лет – воспитанника детского дома-интерната. Из анамнеза известно, что мальчик родился от второй беременности (первая беременность – медицинский аборт) в срок 41 неделя с низким весом и ростом.

При рождении ребенку был поставлен диагноз синдрома Секкеля. В 1 год 6 месяцев в условиях ОДКБ г. Владимира у мальчика была выявлена тяжелая анемия смешанного генеза. Ребенок длительно получал препараты железа, неоднократно был госпитализирован в стационар по месту жительства в связи с изменениями в общем анализе крови – снижение уровня гемоглобина с 81 до 44 г/л. С 2016 года наблюдался по поводу гастроэзофагеального рефлюкса. Последнее ухудшение состояния ребенка наступило в августе 2019 года: по утрам на подушке появились выделения цвета кофейной гущи, слюнотечение, слабость, бледность кожных покровов. При осмотре состояние средней тяжести. Контакт с ребенком затруднен из-за дефицита интеллекта. Обращают на себя внимание микроцефалия, килевидная деформация грудной клетки, большой лоб, большие глаза, низко посаженные уши, «клювоподобный» нос. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, очень бледные. Подкожно-жировой слой развит ниже среднего, распределен равномерно. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны звучные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Питается только протертой пищей. Общий анализ крови от 12.08.2019: признаки панцитопении (Hb – 41 г/л, Эр. – 1,75 Т/л, Тр. – 65 Г/л, Лейк. – 2,16 Г/л).

В условиях стационара по месту жительства проводилась гемотрансфузия с положительным эффектом. С сентября 2019 года наблюдалась непроходимость пищевода для воды и пищи, потеря в весе, госпитализирован в стационар по месту жительства, проведено обследование, выявлен декомпенсированный пептический стеноз средней трети пищевода. В условиях РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (от 06.11.2019) при Rg-скопии желудочно-кишечного тракта с барием обнаружена фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, размерами 1,5 × 2 см, желудочно-пищеводный рефлюкс до верхней трети пищевода. Проведена лапаротомия, эзофагогастрофундопликация по Ниссену, задняя крурорафия. Ребенок выписан с основным диагнозом: «Пептический стеноз пищевода», сопутствующие: «Состояние после оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеального рефлюкса. Килевидная деформация грудной клетки. Синдром Секкеля. Тяжелая умственная отсталость. Белково-энергетическая недостаточность 2–3-й степени».

Проанализировав данный клинический случай, можно предположить, что наличие у ребенка генетического синдрома явилось причиной поздней диагностики серьезной патологии желудочно-кишечного тракта, которая ухудшила состояние пациента.

Таким образом, представленный случай синдрома Секкеля имеет типичную клиническую картину [1–3]. Стоит обратить внимание на сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, пептический стеноз пищевода), тяжелую анемию смешанной этиологии, которая может быть обусловлена как потерей крови при эрозивно-язвенном поражении пищевода, так и неполноценным однообразным рационом в виде протертых каш, супов (с преобладанием углеводов). Не исключено, что эпизод панцитопении явился первым признаком развития аплазии кроветворения. Ребенок нуждается в динамическом наблюдении педиатра с привлечением врачей других специальностей: гематолога, детского гастроэнтеролога и хирурга.

Литература

1. Случай синдрома Seckel (сочетание карликовости с «птицеголовостью») у девочки 10 лет / Л. Я. Климов [и др.] // Российский педиатрический журн. 2003. № 2. С. 58–59.
2. Врождённые наследственные заболевания : рук-во по педиатрии / под ред. А. А. Баранова, Б. С. Каганова, Р. Р. Шиляева. М. : Династия, 2007. С. 342.
3. Наследственные нарушения нервно-психического развития детей: рук-во для врачей / под ред. П. А. Тёмина, Л. З. Казанцевой. М. : Медицина, 2011 С. 429.

СЛУЧАЙ ДЕТСКОЙ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ ВЕРДНИГА – ГОФФМАНА

В. С. Логинова¹, Е. О. Мартыанов¹, С. Т. Тевосян¹, Е. В. Шниткова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

На сегодняшний день амиотрофия Вердника – Гоффмана является одним из самых тяжелых вариантов спинальных мышечных атрофий (СМА). Частота встречаемости данной патологии – около 8 случаев на 100 000 новорожденных. К 20 годам жизни смертность от СМА составляет 100 % [1, 2]. Поскольку до сих пор не разработано эффективного этиологического и патологического лечения, борьба с данным заболеванием вызывает серьезные затруднения, что обуславливает острую актуальность данной проблемы.

Цель – рассмотреть клинический случай СМА, особенности диагностики, лечения данного заболевания.

Рассмотрен клинический случай СМА у новорожденного, поступившего в ОПН ДГКБ № 5. Ребенок от первой беременности, первых своевременных плановых оперативных родов в 40 недель гестации. Беременность у матери протекала на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода, плацентарной недостаточности, железодефицитной анемии 1 ст., маловодия. Отмечалось тазовое предлежание плода. При рождении оценка по Апгар – 8/9 баллов. Физическое развитие новорожденного по данным антропометрических показателей (масса 3430 г., длина 54 см, окружность головы 36 см, окружность груди 34 см) оценено как нормальное. Состояние при рождении ближе к удовлетворительному. Через два дня пребывания в отделении новорожденных состояние ребенка расценено как тяжелое: новорожденный в сознании, вялый, крик слабый, раздражительный, сосательный рефлекс отсутствовал. Появился горизонтальный нистагм. Кожные покровы бледно-розовые, выявлен периоральный цианоз, тургор тканей снижен, эластичность кожи сохранена. Обращала внимание выраженная гипотония мышц, гипорефлексия. Отмечалось трехкратное апноэ. Дыхание у ребенка поверхностное, частота дыхания – 54 в мин, при перкуссии отмечался легочный звук с корочным оттенком, дыхание несколько ослаблено с обеих сторон, проводилось во все отделы легкого. Границы относительной сердечной тупости: правая – по *lin. parasternalis*, левая – на 1,5 см влево от *lin. medioclavicularis*, верхняя – край II ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 134 уд./мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, эластичной консистенции, край закруглен. Ребенок

мочился недостаточно. На восьмые сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных на дальнейшее обследование и лечение.

При поступлении в ОПН ДГКБ № 5 общее состояние пациента расценено как тяжелое. Ребенок не кричит, активность низкая, наблюдается диффузная мышечная гипотония, ближе к атонии; арефлексия. Установка головы – в правую сторону, мальчик сосет вяло. Кожные покровы бледно-розовые, наблюдается цианоз носогубного треугольника; акроцианоз. Тазобедренные суставы – в гиперразведении Дыхание – за счет брюшных мышц, ослаблено, хрипов нет, ЧД – 46 в минуту, сатурация кислорода – 92–96 %. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 132 уд./мин. Живот мягкий, впалый, печень – +2,0 см. Мочится достаточно, стул кашицеобразный. По результатам биохимического анализа крови выявлены гипопропротеинемия (49,5 г/л), гипокалиемия (3,6 ммоль/л), гиперкальциемия (2,21 ммоль/л), повышен уровень щелочной фосфатазы (401 Ед/л), КФК (470,0 Ед/л) и ЛДГ (976 Ед/л), что свидетельствовало о поражении мышечной системы. По данным нейросонографии выявлены сосудистые сплетения с неровными контурами, структура неоднородна, справа в верхней трети имеется анэхогенное образование 3,2 мм в диаметре, повышена эхогенность тканей мозга и перивентрикулярной области; в таламических областях гиперэхогенные включения до 2,0 мм в диаметре, кальцификаты. В динамике появился монотонный крик, при тракции группировки нет; рефлекс опоры, шаговый, автоматического ползания, Переса, Галанта сухожильные отсутствуют, регистрируются контрактуры локтевых, коленных, лучезапястных суставов. Активные движения в кистях, в стопах минимальны. Дыхание – за счет брюшных мышц.

В результате генетического анализа выявлена мутация гена SMN. Подтвержден диагноз: «СМА Верднига – Гоффмана, врожденная форма». Несмотря на проводимое лечение, в возрасте трех месяцев жизни ребенок умер. Причина смерти – дыхательная недостаточность.

Итак, СМА Верднига – Гоффмана развивается в результате мутации гена SMN1 в виде делеции 7-го или 8-го экзона в гомозиготном состоянии. Периферические двигательные нейроны вследствие мутации теряют способность контролировать переход от преРНК к мРНК и производить белки, необходимые для нормального функционирования, что приводит к атрофиям и параличам поперечно-полосатой мускулатуры. Данное заболевание сопровождается сокращением продолжительности и ухудшением качества жизни ребенка и является одной из основных причин детской смертности вследствие генетической патологии [3, 4].

Литература

1. Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : рук-во для врачей. СПб. : Политехника, 2016. С. 66–80, 292–300.

2. Вельтицев Ю. Е., Темин П. А. Наследственные болезни нервной системы. М. : Медицина, 2016. С. 290–301.
3. Кохен М. Э., Даффнер П. К. Детская неврология. Пер. с англ. / под ред. проф. А. С. Петрухина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 78–81.
4. Петрухин А. С. Неврология детского возраста. М. : Медицина, 2018. С. 583–593.

СЛУЧАЙ ОСТРОЙ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ У РЕБЕНКА ДЕСЯТИ МЕСЯЦЕВ

А. А. Кондратович¹, Н. И. Отрощенко¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Питание играет ведущую роль на всех этапах жизни любого человека. По данным UpToDate, приблизительно 52 млн детей (7,7 % всех детей в возрасте до пяти лет во всем мире) страдают от истощения, треть – от острой недостаточности питания [1]. В частности, тяжелое недоедание является проблемой в странах с ограниченными ресурсами [2–4]. Тем не менее в клинической практике развитых государств встречаются случаи как острого, так и хронического недоедания.

Цель – описать клинический случай выраженной алиментарной дистрофии у ребенка.

Девочка 10 месяцев поступила в клинику больницы города Иваново с жалобами на вялость, отказ от еды, беспокойство, пароксизмальные тонические подведения глаз вверх. По данным медицинской документации, ребенок родился с нормальными параметрами физического развития. При сборе анамнеза мать девочки скрывала определенные факты и путалась в хронологии событий, поэтому достоверных данных по развитию заболевания получить не удалось. При осмотре ребенка были выявлены следующие клинические синдромы: судороги с преобладанием тонического компонента, признаки дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, выраженная гипотрофия с элементами эксикоза. После купирования судорожного синдрома по тяжести состояния ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Тяжесть состояния ребенка при поступлении обусловлена дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, гипоэргическим состоянием, гипотрофией и эксикозом. По данным антропометрии, недостаток массы тела составил 36,2 %, Z-скор (дефицит массы тела по отношению к росту; WHO Anthro) – 4,08, что свидетельствует о тяжелой недостаточности питания или постнатальной гипотрофии III степени [5]. Из лабораторных данных следует отметить выраженную гипогликемию (0,65–1,3 ммоль/л при поступлении), признаки интоксикации (выраженный

нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево), нарушение водно-электролитного обмена (гипокалиемия, гипокальциемия), дефицитного состояния (гипопротеинемия), кислотно-основного состояния (лактатацидоз), нарушение системы гемостаза в сторону гипокоагуляции (увеличение ТВ, ПВ, МНО) и другие маркеры полиорганной недостаточности (повышение уровня креатинфосфаткиназы, лактатдегидрогеназы, трансаминаз). Результаты общего анализа мочи: высокий уровень ацетона. Учитывая неясный анамнез заболевания, была проведена мультиспиральная компьютерная томография головного мозга и рентгенограмма грудной клетки, по результатам которых травматическая патология была исключена. С момента поступления ребенка проводился мониторинг витальных функций и интенсивная терапия: охранительный режим, респираторная поддержка методом искусственной вентиляции легких, коррекция сердечно-сосудистой недостаточности, инфузионная и симптоматическая терапия. Однако проводимая терапия была неэффективна. Критическое состояние пациентки обусловлено алиментарной дистрофией, осложненной белково-энергетической недостаточностью и изотонической дегидратацией. Развитие тяжелых дистрофических процессов во внутренних органах привело к необратимому прогрессированию полиорганной недостаточности, предопределяющей неблагоприятный прогноз [1–4]. Вопреки всевозможным приемам интенсивной терапии и реанимации, ребенка спасти не удалось. При вскрытии были обнаружены множественные дистрофические изменения внутренних органов на фоне тяжелой алиментарной недостаточности.

Таким образом, задокументированных случаев острого недоедания у детей младшего возраста в Ивановской области не фиксировалось более 20 лет. Несмотря на инкурабельность данного случая, даже, казалось бы, казуистическая патология в современной развитой стране не должна притуплять внимание тех, кто стоит на страже детского здоровья. Всегда нужно помнить рисках возникновения недостаточности питания у детей, особенно в семьях с неблагоприятным социальным статусом. Это возлагает большую ответственность на работу поликлинической службы. Вовремя выявленные случаи дефектов питания дают возможность на успешную профилактику патологических состояний, что в свою очередь обеспечивает благоприятный прогноз для маленьких пациентов.

Литература

1. Praveen S. Goday. Malnutrition in children in resource-limited countries: Clinical assessment. 2020 [Electronic resource]. URL <https://www.uptodate.com/contents/malnutrition-in-children-in-resource-limited-countries-clinical-assessment>.
2. Children, Food and Nutrition: Growing well: UNICEF. New York, 2019. 255 p.
3. Mortality in children with severe acute malnutrition / H. K. Abate [et al.] // Clinical Nutrition ESPEN. 2019. Vol. 33. P. 98–104.
4. Severe childhood malnutrition / Z. Bhutta [et al.] // Primer. 2017. Vol. 3. P. 17067.

5. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. М.: б. и., 2019. 112 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭТМОИДОГАЙМОТОМИЯ У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГЕМИСИНУСИТОМ

*М. П. Богомолова¹, Е. В. Борзов^{1,2}, М. В. Жабурин^{1,2}, А. Н. Варников^{1,2},
Р. О. Соколов², С. Б. Лопатин^{1,2}, Н. А. Варников²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Осложнения синуситов являются значимой проблемой в оториноларингологической практике. Имеется определенная патогенетическая связь между нарушением дренажной функции пазух и развитием синусогенных осложнений. На характер воспалительного процесса влияет вирулентность бактериальной флоры, длительность ее воздействия, уровень общей реактивности организма и резистентность местных тканей [2, 3].

Цель – рассмотреть клинический случай острого гнойного гемисинусита у ребенка пяти лет и тактику оптимального хирургического лечения этой патологии.

Больной Е., 5 лет, поступил в оториноларингологическое отделение для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» 16.01.2020 с жалобами на отек век правого глаза, лихорадку до 39°C. Со слов матери, болен с 12.01.2020, когда появились жалобы на лихорадку до 39°C. После вызова бригады скорой медицинской помощи температура тела у ребенка снизилась, состояние улучшилось. На следующий день появился отек век правого глаза. Вызван участковый терапевт, установлен диагноз «Аллергический отек правого глаза», назначена терапия супрастином, зодаком. Однако лихорадка держалась на уровне фебрильных значений, пациент принимал нестероидные противовоспалительные средства. Отек век правого глаза нарастал. 16.01.2020 самочувствие ребенка ухудшилось, самостоятельно обратились в приемное отделение ОКБ.

В приемном отделении ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» проведен осмотр ребенка офтальмологом и оториноларингологом. При осмотре определяется отек верхнего и нижнего века правого глаза. При риноскопии: носовая перегородка отвисна, носовое дыхание не затруднено справа. Слизистая оболочка справа гиперемирована, отечна. Носовые ходы сужены. Результаты фаринго-, ларинго- и отоскопии – без особенностей. Осмотр офтальмолога: предметное зрение со-

хранено, глаза видят примерно одинаково. Отек и гиперемия век правого глаза, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока во всех направлениях. Оптические среды прозрачные, рефлекс с глазного дна розовый. Левый глаз – без патологии. Выполнена МСКТ орбит и околоносовых пазух, где выявлено патологическое содержимое гнойного характера в области решетчатой, гайморовой, клиновидной пазух справа с дефектом костной стенки орбиты с выходом содержимого в правую орбиту. Ребенок госпитализирован в экстренном порядке для обследования и лечения с диагнозом: «Острый гнойный гемисинусит справа. Экзофтальм, офтальмоплегия, реактивный отек век и мягких тканей орбиты справа». Данные общего анализа крови: по cito выявлен лейкоцитоз 13,5 Г/л. 16.02.2020 выполнена экстренная операция – эндоскопическая эндоназальная этмоидогайморотомия справа. Произведено зондировано и расширено естественное соустье в верхнечелюстную пазуху, при вскрытии получен сливкообразный гной под давлением, произведена санация. Зондированы клетки решетчатого лабиринта, получен гной под давлением, расширен вход в лабиринт. Обнажена медиальная стенка орбиты, установлена трубка для промывания пазухи, произведена тампонада полости носа. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок получал антибактериальную, дезагрегантную, местную терапию, санацию околоносовых пазух промыванием. На следующий день общее состояние больного улучшилось, температура тела – в норме. Отек век правого глаза в динамике, а также экзофтальм и офтальмоплегия уменьшились. При риноскопии слизистая оболочка справа отечна и гиперемирована. При промывании пазух носа в промывной жидкости имеется слизь с небольшим количеством густого гноя. Пациент находился на стационарном лечении в течение 12 дней. При выписке: дыхание через нос проводится. Пальпация, перкуссия области проекции придаточных пазух носа безболезненны. Носовые ходы широкие, свободные. Даны рекомендации: назонекс в течение месяца, наблюдение оториноларинголога и офтальмолога в динамике.

Итак, особенностью представленного наблюдения является довольно редкая встречаемость массивных воспалительных реакций пазух с осложнениями со стороны органа зрения. Представленный случай интересен в плане диагностического поиска и тактики хирургического лечения, предотвратившего дальнейшее прогрессирование гнойного процесса и приведшего к выздоровлению. Пациенту выполнена операция, являющаяся не только высокоэффективным, но и оптимальным видом хирургического лечения.

Литература

1. Лучихина Л. А. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения // Вестн. оториноларингологии. 2000. № 2. С. 23–27.

2. Меркулов Е. П. Внутрочерепные осложнения гнойных синуситов у детей // Педиатрия. 2001. № 6. С. 53–56.
3. Митин Ю. В. Риногенные орбитальные и внутрочерепные осложнения : метод. рекомендации. Киев, 1989. С. 56–100.
4. Пальчун В. Т. Современные принципы диагностики и лечения орбитальных риносинусогенных осложнений // Вестн. оториноларингологии. 2001. № 2. С. 4–7.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У РЕБЕНКА

Е. А. Назаркина¹, А. В. Шишова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Несахарный диабет – довольно редкое заболевание [1]. В мире этой болезнью охвачены более двадцати тысяч человек. Дети с данной патологией рано инвалидизируются, нуждаются в проведении пожизненного лечения с применением дорогостоящих лекарственных препаратов [2, 3]. Часто бывает трудно диагностировать эту патологию, так как она протекает со сходными с сахарным диабетом симптомами.

Цель – продемонстрировать сложности диагностики и дифференциальной диагностики несахарного диабета у детей.

Рассмотрен случай несахарного диабета у мальчика 11 лет. Генеалогический анамнез у ребенка отягощен: избыточная масса тела у матери и бабушки по линии отца. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне фетоплацентарной недостаточности, анемии, водянки. Роды – в срок 39 недель. Масса тела при рождении – 3250 г., длина тела – 51 см. Оценка по Апгар – 8/9 баллов. Ребенок с рождения наблюдается у невролога с диагнозом: «Перинатальное поражение центральной нервной системы, синдром внутрочерепной гипертензии». Мальчик рос и развивался в соответствии с возрастом.

В марте 2015 года ребенок обратился к детскому эндокринологу амбулаторно с жалобами на полидипсию, полиурию, избыточную прибавку массы тела за предыдущие два месяца, за год она составила 5 кг. Результаты оценки физического развития: высокий рост, ожирение 2-й степени (индекс массы тела – 34,5 кг/м²). Ребенок проходил обследование в детском гастроэндокринологическом отделении ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», исключены сахарный и несахарный диабет. Диагноз при выписке: «Ожирение II ст, экзогенно-конституциональное. Венозная ангиопатия сетчатки обоих глаз. Резидуальная энцефалопатия. Гипертензивно-гидроцефальный синдром в стадии субкомпенсации». Выписан в удовлетворительном состоянии. В ап-

реле 2016 г. повторно обратился к эндокринологу детской поликлиники № 6 с жалобами на полидипсию (в течение дня и ночи выпивал по 3–3,5 л жидкости), полиурию, избыточную массу тела (52 %). Поставлен диагноз: «Экзогенно-конституциональное ожирение III ст. по абдоминальному типу. На протяжении четырех месяцев симптомы нарастают: усилилась жажда (стал выпивать до 5 л/сут); участились мочеиспускания, сохранялась патологическая прибавка массы тела.

В августе 2016 года пациент госпитализирован в детское гастроэнтерокринологическое отделение ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». При осмотре специалистов: телосложение гиперстеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно по абдоминальному типу. Ожирение III степени (избыток массы тела – 62,5 %). Доброкачественная внутричерепная гипертензия, неустойчивая компенсация. Светобоязнь. Лабораторное обследование выявило инсулинорезистентность при нормальных показателях инсулина и глюкозы. В анализе мочи по Зимницкому до лечения «Минирином»* – гипоизостенурия, диурез – 5540 мл; на фоне приема препарата удельный вес повышался, диурез приближен к норме (1400 мл). От проведения МРТ головного мозга отказался.

Таким образом, во время госпитализации ребенка в 2016 г. был впервые поставлен диагноз: «Несахарный диабет. Доброкачественная внутричерепная гипертензия, неустойчивая компенсация. Ожирение III ст. по абдоминальному типу экзогенно-конституциональное. Инсулинорезистентность». Назначено лечение: «Минирин»* внутрь 0,1 мг по схеме с положительным эффектом. Выписан в удовлетворительном состоянии. Масса тела при выписке составляла 45,7 кг.

Повторно ребенок был госпитализация в феврале 2017 года с жалобами на повышение прибавки массы тела (избыток – 71 %), жажду, учащенное мочеиспускание в дневные часы, слабость, вялость. В динамике жажда нарастала в течение дня, ночью спал спокойно. Была скорректирована доза препарата. По МРТ головного мозга: картина формирования «пустого» турецкого седла, признаков за объемный процесс и очаговую патологию структур головного мозга не выявлено. Визуализируются единичные кистозные расширения наружных субарахноидальных пространств.

В настоящее время у мальчика сохраняется патологическая прибавка массы тела (избыток – 72,8 %). Ребенок ведет малоподвижный образ жизни, любит хлебобулочные изделия, супы, картофельное пюре, конфеты. Получает «Минирин»* внутрь 0,1 мг по схеме: ¼ табл. в 7:00 и 22:00, 1/8 табл. в 15:00 постоянно. На фоне приема препарата отмечается положительный эффект, но симптоматика периодически нарастает и лечение требует коррекции.

Таким образом, представленный случай является интересным в плане диагностического поиска. На фоне заместительной гормональной терапии и достаточного потребления жидкости прогноз, как правило, благоприятный, однако у данного ребенка прогноз определяют патологическая прибавка массы тела и несоблюдение рекомендаций.

Литература

1. Распространенность, факторы риска и осложнения несахарного диабета / З. Ю. Халимова [и др.] // Международный эндокринологический журн. 2013. № 7(55). С. 20.
2. Федеральные клинические рекомендации по ведению детей с эндокринными заболеваниями / под общей ред. И. И. Дедова, В.А. Петерковой. М., 2014. С. 153.
3. Дзеранова Л. К., Пигарова Е. А. Несахарный диабет // Эндокринология : нац. рук-во / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 674–676.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Д. Р. Казиева¹, Г. А. Ратманова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В настоящее время для диагностики злокачественных заболеваний используется широкий спектр методов, позволяющих выявить опухоль, уточнить характер и спрогнозировать эффективность терапии [1, 2]. Но значительно затрудняют диагностику состояния, маскирующие симптомы злокачественного процесса. Это сопутствующие соматические заболевания, аномалии развития органов, генетические синдромы. В связи с этим необходимо уметь в каждом отдельном случае выявить симптомы, не характерные для основного заболевания, и оценить их с точки зрения возможной онкологической патологии.

Цель – продемонстрировать диагностически сложный случай нейробластомы у ребенка раннего возраста.

Под наблюдением находился ребенок 1 года 3 месяцев. Из истории жизни: беременность у матери протекала на фоне гестоза от 1-й до 13-й недель. На первом году жизни мальчик рос и развивался в соответствии с возрастом. Из анамнеза заболевания: после перенесенной ОРИ у ребенка появились жажда, повышенный аппетит, слабость и сонливость в течение дня. В динамике состояние ребенка ухудшалось, аппетит понижился, появились симптомы ОРИ. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в инфекционное отделение, где инфекционная патология была исключена, но обнаружена гипергликемия (19 ммоль/л).

Ребенок госпитализирован гастроэндокринологическое отделение для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» с диагнозом: «Сахарный диабет 1-го типа, впервые выявленный в фазе кетоацидоза». Пациенту проведено комплексное обследование и лечение, на фоне которого состояние незначительно улучшилось. Но через несколько дней у ребенка повысился уровень сахара в крови, инсулинотерапия не оказывала должного эффекта. По результатам биохимического анализа крови: гипокалиемия, гипонатриемия, повышение АСТ, на фоне нормального АЛТ, снижение уровня хлора, фосфора, общего белка. Данные клинического анализа крови: тромбоцитопения ($55 \times 10^9/\text{л}$), гипохромная анемия. Результаты исследования не соответствуют основному диагнозу сахарного диабета. Вялость ребенка нарастала, повысилась температура тела, снизился аппетит. При осмотре: бледность кожных покровов со слабым иктеричным оттенком. Обнаруженное мягкотканное образование в области правой височной кости и скуловой дуги мама посчитала результатом травмы. Но через несколько дней аналогичное образование появилось в области левой височной кости и туловища. Увеличились шейные лимфоузлы (конгломераты с отдельными лимфоузлами размером от 1,5 до 2 см), появилась геморрагическая сыпь в перiorбитальных областях (симптом очков, или «симптом енота»). Отмечено увеличение печени и селезенки. Ребенку назначены дополнительные исследования. По данным мультиспиральной компьютерной томографии – картина деструкции скуловых отростков и глазничных поверхностей лобной кости, чешуи и ячеек пирамид обеих височных костей и больших крыльев клиновидной кости, задних ячеек решетчатой кости с выраженным мягкотканым компонентом, распространяющимся в мягкие ткани костей и височные доли головного мозга с обеих сторон. В результате КТ обнаружена опухоль левого надпочечника.

По данным клинической картины и дополнительных обследований диагностирована нейробластома с локализацией в левом надпочечнике. Проведенное генетическое обследование подтвердило диагноз. Мягкотканное образования в коже и деструкция костей черепа – метастазы нейробластомы.

Как видим, уникальность данного случая в том, что у ребенка одновременно имел место дебют сахарного диабета и нейробластомы. Тяжелое эндокринное заболевание маскировало проявление опухолевого процесса, что не позволило диагностировать нейробластому по первым клиническим признакам.

Литература

1. Федякова Ю. С. Нейробластома у детей. Клинико-эпидемиологическое исследование. М., 2010.
2. Строганова А. М., Карселадзе А. И. Нейробластома. Морфологическая структура. Молекулярно-генетические особенности и прогностические факторы. М., 2016.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Е. А. Белова¹, О. Ю. Киселева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Пороки развития влагалища у девочек являются актуальной проблемой репродуктивного здоровья детей и подростков. С каждым годом частота дефектов развития половой системы увеличивается и составляет 4 % всех пороков развития [1]. К аномалиям женских половых органов относятся врожденные расстройства анатомического строения гениталий в виде незавершенного органогенеза вследствие наследственных, экзогенных и мультифакториальных причин [2]. Данные пороки часто сочетаются с дефектами других органов и систем, чаще всего с аномалиями мочевыделительной системы (от 10 до 100 %) [3]. Реже наблюдается сочетание пороков развития половой и мочевыделительной систем с аноректальными аномалиями и патологией опорно-двигательного аппарата, что связано с одновременной закладкой этих органов и систем. В большинстве случаев девочки с пороками развития влагалища госпитализируются по экстренным показаниям с выраженным болевым синдромом, иногда нарушением мочеиспускания и дефекации, что нередко приводит к диагностическим ошибкам, неоправданным и часто повторным операциям. Чаще подобная симптоматика возникает в период менархе. Клиника «острого живота» обусловлена развитием таких осложнений, как гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс, что требует дифференциальной диагностики и принятия решения о необходимости оперативного лечения, в том числе экстренного.

Цель – анализ клинического случая атрезии влагалища.

Проанализирована история болезни пациентки В., 14 лет, с атрезией влагалища. Из анамнеза жизни известно, что в раннем детстве девочка перенесла корь, в последние годы ничем не болела. Менструации еще не появились. За шесть недель до поступления в клинику впервые появились острые боли внизу живота слева и в поясничной области, сопровождающиеся рвотой и общим недомоганием, снижением массы тела. Врач-педиатр заподозрил и лечил глистную инвазию без положительного результата. Через три недели такой же приступ повторился и продолжался три дня. А еще через три недели снова появились приступообразные боли в левой половине живота, но более интенсивные, и рвота.

Девочка была доставлена в хирургическое отделение больницы. Выполнено ректальное исследование и выявлено наличие осумкованного экссудата в дугласовом пространстве, через прямую кишку произведена пунк-

ция и добыто 350 мл темной крови. Заподозрена перекрученная киста, на консультацию вызван гинеколог, пациентка переведена в гинекологическую клинику, где было обращено внимание на периодичность болевых приступов при отсутствии месячных и на наличие сплошной, плотной преграды в средней трети влагалища. При ректальном исследовании определена смещенная вверх, за пределы малого таза, плотная, нормальной величины матка, а ниже и несколько левее от нее – эластическая, умеренно чувствительная, неподвижная опухоль с женский кулак. Неглубокой пункцией в центре атрезии добыта типичная кровь и поставлен диагноз гематокольпоса, подтвердившийся при операции.

Для постановки правильного диагноза использовались общеклинические, УЗИ и эндоскопические методы. По УЗИ органов малого таза визуализируется эхонегативное образование с жидким содержимым размерами 6 × 7 см. Было выбрано хирургическое вмешательство в небольшом объеме (тупой доступ к нижнему полюсу влагалищной трубки, рассечение слизистой влагалища, эвакуация содержимого гематокольпоса и подшивание низведенных краев слизистой оболочки влагалища к эпидермису вульварного кольца). На фоне лечения наблюдалось восстановление влагалищной трубки и нормальных менструальных выделений. Прогноз: во многих случаях после хирургической коррекции аномалии способность к зачатию не нарушается. Нередко возникают признаки угрожающего прерывания беременности, но беременность может завершиться спонтанными родами. В родах почти всегда наблюдаются аномалии родовой деятельности и склонность к гипотоническому кровотечению. Кесарево сечение показано 50 % женщин. Пациентке В. даны рекомендации по дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению у детского гинеколога. При своевременном посещении и коррекции можно ожидать благоприятного исхода заболевания с отсутствием нарушений в репродуктивной сфере.

Итак, аномалии развития внутренних половых органов у девочек требуют ранней точной диагностики и своевременно начатого лечения, что снизит риск развития осложнений и повысит шансы на благоприятный исход заболевания.

Литература

1. Гаджиева З. А. Реконструктивно-пластические операции при пороках развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови : дис. ... канд. мед. наук. М., 2014.
2. Бобкова М. В., Баранова Е. Е., Адамян Л. В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения // Пробл. репродукции. 2015. № 3.
3. Аномалии развития органов женской репродуктивной системы: новый взгляд на морфогенез / Л. В. Адамян [и др.] // Пробл. репродукции. 2009. № 4. С. 10–19.

СОДЕРЖАНИЕ

Секция «СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖТКАНЕВЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ»	3
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ И ВОРСИНЧАТОГО ХОРИОНА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА	
<i>Н. В. Фатеева, Л. П. Перетятко</i>	3
ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА АКТИВИНА А МОНОЦИТАМИ И МАКРОФАГАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ	
<i>Д. Н. Воронин, Д. Л. Воскресенская</i>	5
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	
<i>М. В. Малышева</i>	7
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ТЕЛА МАТКИ	
<i>А. С. Семенова, А. И. Чуланова, В. А. Васин</i>	9
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ ЧЕЛОВЕКА	
<i>И. А. Барышников</i>	11
ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ТИМУСА КРЫС ПРИ ОКРАСКЕ АЗУРОМ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ВОДОРАСТВОРИМОГО СОЕДИНЕНИЯ КРЕМНИЯ	
<i>М. А. Марьянн, А. И. Коршунова, Э. Я. Резник</i>	14
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ СОЕДИНЕНИЯ КРЕМНИЯ СО СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ И ВОДОПРОВОДНОЙ ВОДОЙ	
<i>А. А. Хлупина, В. С. Гордова, В. Е. Сергеева</i>	16
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕЧЕНИ КРЫС	
<i>П. С. Вавилов, С. И. Катаев, Н. В. Черненко</i>	19
ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА» У СТУДЕНТОВ 2-го КУРСА ИВАНОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	
<i>М. А. Наумов, В. Д. Таратихин, С. И. Катаев</i>	21

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕКОТОРЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В АСПЕКТЕ СТРОЕНИЯ МЯГКОГО ОСТОВА	
<i>Е. С. Затолокина</i>	23
ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТ-АЦИДОЗА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕМОСТАЗА IN VITRO	
<i>М. А. Соколова, Е. К. Голубева, О. А. Пахрова</i>	26
АНАЛИЗ СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ И ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ	
<i>А. В. Куст, А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова</i>	28
Секция «ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ»	31
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСЧЕТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И БИОИМПЕДАНСМЕТРИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ	
<i>А. А. Макарова, Т. А. Никитаева, И. А. Чистоклетов, Е. Е. Краснова</i>	31
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	
<i>М. А. Шульга, Т. М. Задорожная, А. Д. Глухова</i>	33
АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ	
<i>В. А. Чеснокова, Н. С. Побединская</i>	35
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ Г. ИВАНОВО	
<i>А. И. Старикова, К. А. Потапова, А. Е. Баклушин, Е. В. Селезнева, О. В. Кузнецова</i>	37
ЗНАЧЕНИЕ СЕРОВОДОРОДА И ЭНДОТЕЛИНА-1 В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	
<i>Ю. А. Фисюк, Н. В. Харламова, О. Г. Ситникова, И. Г. Попова</i>	39
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДИНИТОМ	
<i>Х. А. Эдильсултанова, А. В. Шишова</i>	42
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА, ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОБУЗ «ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	
<i>Д. Д. Турышкина, О. И. Вотякова</i>	44

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ	
<i>Ш. О. Тошбоев, Ш. Ш. Ахмадалиев</i>	46
Секция «ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»	49
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ, ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И РИСКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
<i>Е. А. Тимошина, В. И. Шевцова, А. Н. Шевцов</i>	49
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, УРОВНЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И РИСКА ПАДЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	
<i>В. И. Шевцова, Е. Ю. Есина, А. А. Зуйкова, Е. А. Тимошина, К. Ю. Иншакова</i>	51
ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ	
<i>Ю. П. Адрова, Е. А. Виноградова, А. С. Парфенов, Н. С. Титова</i>	53
СООТВЕТСТВИЕ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НОВЫМ ПОДХОДАМ К ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИХ СТАЦИОНАРА	
<i>А. С. Киселева, А. В. Манько, А. С. Медведева, О. Б. Аркин</i>	55
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	
<i>О. С. Мазанова, Д. А. Никитин, Е. А. Жук</i>	57
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
<i>Ю. П. Адрова, А. В. Лебедева</i>	60
ЧАСТОТА ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ	
<i>А. А. Фомин, А. С. Пайкова</i>	61
АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
<i>Ю. В. Солошенко, И. С. Добрынина, Е. А. Ханина</i>	63
	65

СИНДРОМ ХРУПКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ФАКТОРОВ РИСКА	
<i>Е. И. Амири, С. Е. Мясоедова, Н. В. Корягина, В. Ю. Манохин, И. П. Афанасьева, И. А. Петровская, А. В. Рыбин</i>	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК В МЕНОПАУЗЕ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	
<i>К. О. Самойлина, И. С. Добрынина¹ О. С. Посметьева</i>	68
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	
<i>О. А. Тюльпанова, М. В. Костенюк, А. В. Лебедева</i>	70
ПОВРЕЖДЕНИЕ ДНК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	
<i>Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, О. Н. Красноруцкая, Н. В. Страхова, В. И. Шевцова</i>	71
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
<i>М. А. Еремина, М. А. Маркова, М. В. Титова, О. Б. Аркин</i>	73
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
<i>И. С. Серов, Е. Д. Абрашкина</i>	75
ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АНЕМИИ	
<i>Л. А. Фомина, М. П. Фомина, Н. В. Павленко</i>	77
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ	
<i>А. О. Олексива, С. А. Сакова</i>	80
ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РИСК	
<i>Е. С. Полтырева, С. Е. Мясоедова</i>	82
Секция «РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИ- ЧЕСКОЙ И ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»	84
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Р. Р. Ферзиев, А. А. Шевырин</i>	84
ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У МУЖЧИНЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
<i>М. М. Муравлянцева, Т. С. Рыжова, А. Н. Пичугова, А. М. Морозов</i>	86

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИГОЛЬЧАТОЙ АПОНЕВРЭКТОМИИ И ОТКРЫТОГО ИССЕЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМАТОЗА ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА	
<i>А. В. Смирнов, И. Ю. Кенин, Е. В. Коваленко, О. Г. Шершинева</i>	88
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
<i>Т. С. Рыжова, А. Н. Пичугова, М. М. Муравлянцева, А. М. Морозов</i>	90
ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ И ЭЯКУЛЯТА МЕТОДОМ АНДРОФЛОР У ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ (ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ КАТЕГОРИИ IV)	
<i>Д. М. Рысев, Д. Г. Почерников</i>	92
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «БОЛЕЗНЬ КРОНА» ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
<i>А. Г. Ушакова, Н. В. Березняк, В. В. Рыбачков</i>	94
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБЭМОЛИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	
<i>Д. В. Шепелев, А. В. Смирнова</i>	96
МЕСТНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЛИТОЛИТИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ	
<i>В. Г. Никонорова, А. А. Шевырин</i>	98
ИЗМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РОГОВИЦЫ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПТЕРИГИУМЕ	
<i>А. Э. Нозимов, О. И. Орипов</i>	99
Секция «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ, НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА»	102
РАЗРАБОТКА И АПРОБИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСА УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ КИСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	
<i>Я. А. Королева, В. А. Казанов, Е. И. Амири, Н. В. Корягина, С. Е. Мясоедова</i>	102
ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕЙРОБРУЦЕЛЛЕЗЕ	
<i>Л. Т. Набиева</i>	104
ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ И СОСТОЯНИЕ МИКРОАРХИТЕКТониКИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ	
<i>А. С. Гуцин, М. Н. Кирпикова</i>	106
	108

ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ, К УЧАСТИЮ В ПРОГРАММАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ	
<i>А. С. Самойлов, Х. М. Ражабов, И. Е. Мишина</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ» В ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИЖЕНИЙ РУКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ	
<i>Г. Б. Глинкин, А. А. Сорокина, И. А. Чельшева, Е. М. Лебедева, И. Л. Губина</i>	111
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ	
<i>В. А. Кривоногов, И. П. Ястребцева, Н. Н. Пануева, В. В. Белова, Е. А. Бочкова, Л. Ю. Дерябкина</i>	112
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ПРИ ИНСУЛЬТЕ	
<i>А. Р. Гасанбекова, И. П. Ястребцева, Н. Н. Пануева, В. В. Белова, Е. В. Дмитриев, Е. А. Бочкова, А. А. Козырева</i>	115
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	
<i>М. Л. Касяник, Д. В. Стариков, Ю. В. Чистякова</i>	117
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТРЕНИРОВОЧНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	
<i>К. С. Борисова</i>	119
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
<i>А. В. Матросова, К. С. Борисова</i>	122
Секция «НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ, ЖЕНЩИНЫ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО»	127
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЁННЫХ	
<i>К. С. Трифонова, М. А. Сафронов, Е. В. Шниткова</i>	127
	129

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕТИНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	
<i>Д. Л. Воскресенская, Д. Н. Воронин</i>	
РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ПСОРИАЗОМ	131
<i>Е. П. Боровкова, А. В. Смирнова</i>	
ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	133
<i>М. А. Махнова, А. В. Архипов, Ш. Б. Баранов</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ	135
<i>Д. Ж. Саусанова, М. Е. Мукатаева</i>	
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОГИБШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ НА РАННЕМ СРОКЕ	137
<i>Н. В. Голызина, Н. И. Боброва, М. С. Посулова, Ш. Б. Баранов</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЭЯКУЛЯТЕ И СОСКОБЕ ИЗ УРЕТРЫ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ ИЛИ ПРОХОДЯЩИХ ПРЕГРАВИДАРНУЮ ПОДГОТОВКУ	139
<i>Д. М. Султанова, Д. Г. Почерников</i>	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЮНОЙ БЕРЕМЕННОЙ	141
<i>М. С. Шуляк, П. Д. Махакей, Г. И. Заборовский</i>	
ТРЕХМЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАРУЖНОМ И ВНУТРЕННЕМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ	143
<i>С. Ю. Бурлаков, Ю. Ю. Шишкин, И. В. Абрамова</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ	144
<i>Н. Р. Раджабова, Н. Ю. Борзова, Н. Ю. Сотникова</i>	
ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ	147
<i>Е. В. Козелкова, Н. В. Крошкина</i>	
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	149
<i>А. С. Панащатенко, Е. А. Рокотьянская, Т. З. Горожанина</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ В ТРОМБОЦИТАРНОМ ЗВЕНЕ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	152
<i>С. И. Садов, И. А. Панова, С. Б. Назаров, Г. Н. Кузьменко</i>	

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БЕСПЛОДИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	154
<i>Л. Х. Абдуллаева, А. И. Малышкина</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ	156
<i>Е. В. Фадеева, Е. А. Жигова, И. А. Панова</i>	
Секция «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ»	159
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ПРИЧИН С 2000 ПО 2019 гг. В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	159
<i>А. А. Назаров, Д. В. Яшина, Ю. Ю. Шишкин</i>	
РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ ОДНОЙ ТЕРРИТОРИИ	162
<i>А. В. Зимнякова, Т. В. Стрыгина</i>	
«ТОЛЬКО ПО РЕЦЕПТУ»: О ПРОБЛЕМЕ САМОЛЕЧЕНИЯ. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫБОРОЧНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ВОРОНЕЖСКИХ АПТЕК И КОНТРОЛЬНОЙ ЗАКУПКИ	164
<i>Л. С. Павленко</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	166
<i>А. Н. Дуйсембаева, Е. Л. Борщук</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ИМИДЖ ВРАЧА: «ДЕТСКИЙ» ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	168
<i>А. И. Кузьмин, А. В. Шишова</i>	
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	170
<i>А. А. Холикова, Т. В. Стрыгина, Ш. Ф. Джураева</i>	
БАЗОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ УРГЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ	172
<i>Г. Э. Кочинян, Б. А. Поляков</i>	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НА УРОВНЕ ЗАПЯСТЬЯ И КИСТИ	174
<i>Е. А. Абросимов, Д. Л. Мушников</i>	
	176

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПЕРВОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
<i>А. А. Холикова, Д. Л. Мушников</i>	
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР МОЛОДЕЖИ	
<i>М. Х. Гамидова, А. В. Смирнова</i>	178
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
<i>А. В. Веретенникова, Ю. В. Чистякова</i>	180
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ	
<i>И. А. Демидова, Е. В. Бурделова, Д. М. Ивашиненко</i>	183
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МИНИСТЕРСТВЕ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
<i>И. А. Демидова, Е. В. Бурделова, Д. М. Ивашиненко</i>	185
СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САМАРКАНДСКОГО ОБЛАСТНОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
<i>Ш. Мардонов, Ш. Э. Исламов, Б. Э. Шербек, Д. Т. Хайдаров</i>	188
УСТАНОВЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	
<i>Б. Кобилов, У. Ф. Норкулов, З. Т. Каххарова, Ш. Э. Исламов</i>	190
ВЛИЯНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ДВИЖЕНИЯ «РУКА ПОМОЩИ» НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
<i>И. А. Машухина, Н. П. Лапочкина</i>	193
САНАТОРИЙ «ОБОЛСУНОВО»: АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КЛИЕНТОВ	
<i>Д. Н. Лялякина¹, И. В. Журавлева</i>	195
Секция «РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»	198
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА	
<i>А. А. Изотина¹, Э. К. Даниель</i>	198

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПОСЛЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
<i>Е. А. Кузнецова¹, В. В. Линьков¹, Е. С. Гаранина¹, Е. А. Салова², М. Ю. Точенов², Л. В. Лебедева</i>	200
Секция «ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»	203
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
<i>А. А. Григорян, А. М. Дмитриева, Е. В. Пчелинцева</i>	203
ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОНКОПРОФИЛАКТИКЕ	
<i>Е. И. Липовцева, Е. В. Григорьева, Т. М. Задорожная, А. Д. Глухова, А. В. Бузлама</i>	205
ТАМОКСИФЕН-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ	
<i>М. Р. Асалиева, А. В. Смирнова</i>	207
ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ	
<i>И. М. Мищенко, Э. Э. Вартамян</i>	209
ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПАХ	
<i>В. Р. Читая, О. Ю. Киселева</i>	212
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ НА МОДЕЛИ АСЦИТНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У КРЫС	
<i>И. В. Вerveкин</i>	214
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ	
<i>Н. С. Лыкова, Н. П. Лапочкина</i>	216
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМЫ У ПАЦИЕНТОК ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>М. С. Малкова, К. А. Блинова</i>	218
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ	
<i>А. Р. Салахутдинова, К. А. Блинова</i>	221

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖИТЕЛЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>С. С. Чернояров, Н. П. Лапочкина</i>	222
ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
<i>А. И. Филиппова, Д. Е. Фролова</i>	224
НЕЙРОБЛАСТОМА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА	
<i>Т. М. Полозова, В. Н. Фокин, Г. А. Ратманова, О. Ю. Фадеева</i>	227
ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ГРУПП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<i>Н. С. Трунникова, Н. П. Лапочкина</i>	229
Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»	231
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
<i>Ю. Н. Дейкун, М. П. Фокина, А. Э. Акайзина, Е. А. Ромашина</i>	231
РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ	
<i>В. Ю. Добродеева, Ю. Ю. Ковалева, Л. К. Молькова</i>	233
ИППОТЕРАПИЯ – ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ	
<i>М. Ю. Морева, О. Н. Масленникова</i>	235
Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»	238
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
<i>В. И. Шевцова, Е. А. Тимошина</i>	238
АСТЕНИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
<i>К. А. Морозова, Е. В. Руженская, А. В. Урсу</i>	240
ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
<i>А. С. Морозова, Д. А. Шуненков</i>	242
АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Е. Н. Тарасова, Е. В. Безруков, А. В. Урсу</i>	244

О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПСИХИАТРОВ И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ И ПЕРСПЕКТИВАХ ЕГО УКРЕПЛЕНИЯ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)	
<i>Д. А. Балычева, А. В. Худяков</i>	246
ГЕЛОТОФОБИЯ КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
<i>В. С. Воронцова, Д. А. Шуненков, С. Н. Ениколопов</i>	248
ОСОБЕННОСТИ СОМАТОФОРМНЫХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ	
<i>А. А. Бондарева, Л. С. Шевырина</i>	250
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАЗЛИЧИЯМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ЛИЦ С РАЗНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ	
<i>М. В. Руденко, И. Р. Сушков</i>	252
ОСОБЕННОСТИ ОЛЬФАКТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	
<i>Н. Г. Дмитриева, Д. А. Шуненков, С. Н. Ениколопов</i>	253
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, УРОВЕНЬ ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ И МОТИВАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ТРУДОТЕРАПИЮ	
<i>Т. М. Васильева, Т. С. Павлова¹ А. А. Скупейко</i>	255
САМООЦЕНКА И ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ИВАНОВА В ВОЗРАСТЕ ОТ 20 ДО 25 ЛЕТ	
<i>С. М. Лобанов, Е. А. Серина</i>	257
ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ	
<i>З. С. Абдуллаева, А. В. Смирнова</i>	259
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ И НАЛИЧИЯ У НИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
<i>П. А. Казнина, С. В. Смирнова</i>	262
ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДЕЗАДАПТАЦИЮ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХИКИ	
<i>А. В. Авагян, С. В. Смирнова</i>	264
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА НА СТАДИЯХ ЛЕГКИХ И УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СНИЖЕНИЯ	
<i>М. С. Карпова</i>	266

Секция «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»	269
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	
<i>А. О. Ботова, А. В. Романова, О. В. Дудник</i>	269
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	
<i>Е. В. Виноградова, Н. Н. Федотова</i>	271
ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ HIV1-ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ БЕЗ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	
<i>Т. В. Дерова, А. А. Матвеева, В. Ф. Баликин, Д. И. Земсков</i>	273
ВЕТРЯНАЯ ОСПА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
<i>В. А. Елина, В. Ф. Баликин, С. В. Мельников</i>	275
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ КАТАРАЛЬНОГО СИНДРОМА	
<i>Е. Д. Игнатенко, С. Н. Орлова</i>	278
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА В 2019 ГОДУ	
<i>И. С. Каюмова, П. К. Сивкова, М. И. Пермитина</i>	280
ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ	
<i>К. О. Кокурина, И. П. Смирнова, В. Ф. Баликин, С. Ю. Каплина</i>	282
СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	
<i>Н. Т. Мавлянова, К. Э. Мавлянова, Л. Э. Хасанова</i>	284
ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ГЕНОТИПОВ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ HCV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ HIV1+HCV МАТЕРЕЙ	
<i>А. А. Матвеева, Т. В. Дерова, В. Ф. Баликин, С. Ю. Каплина, И. В. Тезикова</i>	286
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА	
<i>Е. А. Миронова, М. С. Философова</i>	288

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ, У ВЗРОСЛЫХ	290
<i>К. В. Шипулин, Ле Куанг Тхинь, М. А. Колосова</i>	
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ	292
<i>М. А. Шульга, И. А. Круглая</i>	
Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»	295
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЮГЕЛЬНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ	295
<i>О. А. Мамедов, Р. В. Бобокалонов, Е. И. Рубцов, Ш. Ф. Джураева</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА И РЕЖИМ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ	297
<i>А. А. Алесандрова, Ш. Ф. Джураева</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	299
<i>А. И. Майорова, Р. В. Бобокалонов, Ш. Ф. Джураева</i>	
ТЕХНИКА БИМАКСИЛЛЯРНОЙ ОСТЕОТОМИИ С ПОМОЩЬЮ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ КАППА-ШПЛИНТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА	301
<i>И. И. Мукимов, Ш. Т. Шокиров</i>	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ	303
<i>Н. Ю. Муратова, С. Б. Рахмонов</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛОПЛАСТИЧЕСКОГО КОСТНОЗАМЕЩАЮЩЕГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ В МЕСТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	305
<i>М. Хасанов, А. В. Жданов</i>	
ЗАВИСИМОСТЬ ВИДА ОККЛЮЗИИ ЗУБОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТ ТИПА НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	307
<i>Н. В. Швед</i>	
АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ	309
<i>А. А. Тропина, М. В. Мосеева, М. В. Воробьев</i>	

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ»	313
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	
<i>Е. А. Тимошина, В. И. Шевцова, А. Н. Шевцов</i>	313
КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА	
<i>О. А. Трутнева, Г. А. Батрак</i>	314
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ	
<i>М. П. Богомолова, И. А. Романенко</i>	317
ОСОБЕННОСТИ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го И 2-го ТИПА	
<i>А. Р. Глебова, Г. А. Батрак</i>	319
МЕСТО АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ (ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА)	
<i>Л. М. Минасян, И. А. Романенко</i>	321
ОСОБЕННОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	
<i>В. А. Назарова, И. А. Романенко, А. А. Волкова</i>	323
РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА	
<i>Д. С. Барташук, Г. А. Батрак, Н. П. Лапочкина</i>	325
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	
<i>Р. И. Ханкишиева, Г. А. Батрак</i>	327
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО И 2-ГО ТИПА	
<i>А. Е. Егорова, Г. А. Батрак</i>	329
Секция «КАЧЕСТВО СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»	332
ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РЕКИ ХАРИНКА ПО ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ	
<i>А. С. Тевризова, Е. А. Жирнова, В. В. Графова, О. К. Стаковецкая, О. Ю. Кузнецов</i>	332

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ГАЗОДЫМОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПО РАЗНООБРАЗИЮ ЛИСТОВЫХ ПЛАСТИНОК БЕРЕЗЫ ПОВИСЛОЙ	334
<i>К. А. Керимова, В. В. Графова, О. К. Стаковецкая, Н. А. Куликова</i>	
СОСНА ОБЫКНОВЕННАЯ КАК ДЕНДРОИНДИКАТОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ СРЕДЫ	336
<i>В. А. Дмитриева, А. А. Абасова, О. К. Стаковецкая, Н. А. Куликова, М. О. Барина</i>	
ПИТАНИЕ, СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОЛОВАЯ КОНСТИТУЦИЯ СТУДЕНТОК	338
<i>А. К. Абасова, В. С. Паукова, В. Л. Стародумов</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ, РЕЖИМА И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	340
<i>В. В. Голубева, М. В. Волкова, О. С. Аминова, А. Э. Акайзина</i>	
ЭКСПРЕСС-ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАЛЬСИФИКАЦИИ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ И ПРЕСНЫХ БУТИЛИРОВАННЫХ ПИТЬЕВЫХ ВОД	343
<i>А. Э. Акайзина, Э. С. Акайзин</i>	
СОДЕРЖАНИЕ РЯДА УЛЬТРАМИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛИСТЬЯХ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО	345
<i>Б. С. Шабанов, М. А. Вольнец, Н. А. Куликова, О. К. Стаковецкая</i>	
ОЦЕНКА РОССИЙСКОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ БУТИЛИРОВАННОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СООТВЕТСТВИЕ КРИТЕРИЯМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛНОЦЕННОСТИ	347
<i>А. Ю. Субботина, А. Э. Акайзина</i>	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМФОРТНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ	349
<i>Н. Р. Горкина, Н. Б. Денисова</i>	
СИСТЕМА ИНТЕГРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА УРОЖЕНЦЕВ ЖАРКИХ СТРАН НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ АРКТИКИ	351
<i>А. Б. Кирьянов</i>	
ИЗМЕНЧИВОСТЬ КОЛИЧЕСТВА ПРОВОДЯЩИХ ПУЧКОВ И ФОРМЫ ЛИСТЬЕВ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОСИСТЕМАХ	354
<i>А. А. Теленев, А. А. Соколова, О. К. Стаковецкая, Н. А. Куликова</i>	
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОСНОВНЫХ ДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА	356
<i>Д. С. Горшков, А. А. Чингаева, Т. И. Латынина</i>	

ОЦЕНКА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МОЮЩИХ СРЕДСТВ	
<i>С. К. Нищенко, А. А. Кабалина, М. А. Кириленко, К. М. Литов</i>	357
ОЦЕНКА ИММУНОТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ЦЕФАЗОЛИН» МЕТОДАМИ IN VITRO-ТОКСИКОЛОГИИ	
<i>В. В. Кончак, К. М. Солонец, К. И. Павлов</i>	359
МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ГУБОК ДЛЯ МЫТЬЯ ПОСУДЫ ПОСЛЕ ТЕПЛОЙ МИКРОВОЛНОВОЙ ОБРАБОТКИ	
<i>В. А. Гонобоблева, Д. С. Абрамова</i>	361
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ АВТОМАТОВ С АРТЕЗИАНСКОЙ ВОДОЙ	
<i>Я. Д. Артюгин, Н. В. Миллин, М. А. Кириленко</i>	363
ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ШАРИКОВЫХ ДЕЗОДОРАНТОВ НА НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ	
<i>А. К. Абасова, Э. З. Бабаева, Т. Е. Власова, Т. И. Латынина, Ж. М. Дмитриева</i>	364
Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, РАЗВИТИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ, ЛЕЧЕБНОЙ, АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА»	366
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ИВАНОВА О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
<i>А. А. Гуляева, Т. А. Меркушева, Н. Н. Углонова</i>	366
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СПОСОБНОСТИ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ У СТУДЕНТОВ 1-го КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
<i>В. А. Зыков, Н. В. Черненко</i>	368
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ	
<i>А. О. Шаповал, К. И. Булатова, Н. Н. Нежкина, О. В. Кулигин, О. Л. Насонова</i>	370
МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ВСЕРОССИЙКОМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ ГТО	
<i>Т. А. Меркушева, А. А. Гуляева, Н. Н. Углонова</i>	372
	375

Научно-практический семинар

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

- АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
В СОЧЕТАНИИ С ДРУГОЙ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
А. М. Копосова, В. С. Логинова, А. В. Лебедева 375
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДАГРЫ,
ПРОТЕКАЮЩЕЙ ПОД МАСКОЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**
В. А. Казанов, Я. А. Королёва, Н. В. Корягина 377
- СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
ПЕЧЕНИ**
Т. Е. Щербаклова, М. В. Рамазанова, О. Б. Аркин 380
- СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА
ТЯЖЕЛОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ**
Т. А. Князева, Е. В. Алкасарова, О. Б. Аркин 382
- ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ**
О. С. Мазанова, Д. А. Никитин, Е. А. Жук 384
- ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА:
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, ЛЮПУС-НЕФРИТ**
Д. М. Вельямидова¹ А. В. Аршинов 386
- ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГУРЛЕРА – ШЕЙЕ**
А. А. Зайцева¹ Г. А. Батрак 388

Научно-практический семинар

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ:

ОТ ПРАКТИКИ К НАУКЕ»

- СИНДРОМ СЕККЕЛЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА**
Е. А. Кутузова¹ Г. А. Ратманова 381
- СЛУЧАЙ ДЕТСКОЙ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ
ВЕРДНИГА – ГОФФМАНА**
В. С. Логинова, Е. О. Мартыанов, С. Т. Тевосян, Е. В. Шниткова 393
- СЛУЧАЙ ОСТРОЙ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ
У РЕБЕНКА ДЕСЯТИ МЕСЯЦЕВ**
А. А. Кондратович, Н. И. Отроценкова 395
- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНДОАЗАЛЬНАЯ
ЭТМОИДОГАЙМОРОТОМИЯ У РЕБЕНКА
С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГЕМИСИНУСИТОМ**
*М. П. Богомолова, Е. В. Борзов, М. В. Жабурин, А. Н. Варников,
Р. О. Соколов, С. Б. Лопатин, Н. А. Варников* 397

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У РЕБЕНКА <i>Е. А. Назаркина, А. В. Шишова</i>	399
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА <i>Д. Р. Казиева, Г. А. Ратманова</i>	401
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ <i>Е. А. Белова, О. Ю. Киселева</i>	403

Научное издание

**«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

Материалы

Подписано в печать 07.07.2020. Формат 60×84 1/16.
Печ. л. 26,5. Усл печ. л. 24,6. Тираж 100.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8